PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XXXVIII. — 1899.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1899.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXVIII „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice, — A. O. oznacza artykuł oryginalny).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne prace oryginalne.

C. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Sprawozdania ze Zjazdów lekarskich.

IV. Odcinek.

V. Sprawozdanie Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Sekcya lwowska Tow. lek galicyjskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

VI. Korespondencye.

VII. Wiadomości zawodowe.

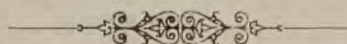
Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

VIII. Nekrologia.

IX. Alfabetyczny spis rzeczy, zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

◂•●•▸

SPIS AUTORÓW.



Rok XXXVIII. Kraków, 7 Stycznia 1899. Nr

PRZEGLĄD LEKARS[illegible]

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKI[illegible]

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August [illegible]

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 1[illegible]
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ [illegible]
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3 [illegible] 8

Treść:

KO[illegible]KURS

W celu obsadzeni[illegible] posad [illegible] sanitarnych z systemizowa[illegible] służbie zdrowia rozpisu[illegible] do 20 stycznia 1899 r[illegible]

Kandydaci winni [illegible] wody kwalifikacyi po[illegible] z 21 marca 1873 Dz[illegible] mości języków krajowy[illegible] ctwa w wyznaczonym [illegible] będący w służbie państ[illegible] wej, a inni przez właś[illegible] i w Krakowie przez m[illegible]

Prezydyu[illegible]

Żołądek [illegible]

Woda Gorzka [illegible]

Zalety Saxlehnera wody „Hunyadi János"
według orzeczenia powag lekarskich:
szybkie, pewne, łagodne działanie.
[illegible] przy dłuższem stosowaniu nie szkodzi, nie znosi przewód pokarmowy [illegible] przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i niesłabnące działanie. — Mała dawka.
Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać
»Saxlehnera wody gorzkiej«. 18

Gips alabastrowy
do celów chirurgicznych
polecony przez Towarzystwo lekarskie krakowskie
wyrabia i sprzedaje 84
Fabryka gipsu M. Ameisena [illegible] **Karol** [illegible]
i Spółka w [illegible]
Wyłączne zastępstwo dla Krakowa [illegible]

[illegible] **i SPÓŁKA** [illegible]

[illegible]

Kanki. Kurki. [illegible]eski i Węże gumowe do tychże
Mia[illegible]nice operacyjne
Słuchawki lekarskie
Okówki gumowe na laski
Wstrzykawki — Rozpylacze
Aparaty inhalacyjne
Termometry lekarskie, pokojowe i kąpielowe.
Najlepsze hygieniczne paryskie towary gumowe do celów sanitarnych.
Chodniki ceratowe, kokosowe i z Linoleum.
[illegible] kokosowe, szczotkowe i żelazne.
Prawdziwe Kalosze rosyjskie
Największy i najnowszy wybór dekoracyj i ozdób [illegible] 73
[illegible] Linia A—B.

Chemiczna Fabryka Heydena, Radebeul, Drezno.

Creosotal i Duotal

Na[illegible] środki przeciw [illegible] przeciw nieżytowi oskrzeli i zołzom [illegible] Creosotal (Heydena) i Duotal (Heydena) posiadają czyste lecznicze działanie Creosotu i Guajakolu [illegible] działania tych środków nie są [illegible] nie posiadają [illegible] zapachu lub nieprzyjemnego [illegible] pobudzają łaknienie, sprowadzają szybki [illegible] w pierwszym okresie [illegible] plwociny) wyleczalna już [illegible] wypadki w zajściu
(Por. [illegible] Schmidt [illegible] 1896» i tą literaturę [illegible])

Xeroform

Za[illegible] w chirurgii, ginekologii i dermatologii. Nietrujący, niewydziela woni, odwaniający łagodny ból i krwawienia posiada wybitne własności osuszające i zmniejszające wydzielinę. Najlepszy suchy antyseptyk. Szybko działający środek gojący. Działanie prawie [illegible] przy ulcus cruris, ulcera mollia, wyprzyskach [illegible] i innych chorobach skórnych.

Itrol

Silny antiseptyczny, niedrażniący, zupełnie bezwonny przetwór srebrowy do leczenia ran sposobem Credego. Działa stale i w głąb. Nadaje się do leczenia ran, do leczenia rzeżączki, wrzodów kiłowych, także w chorobach oczu.

Collargolum

W wodzie rozpuszczalne srebro metaliczne, nietrujący, niedrażniący, nader silny antyseptyk do użytku zewnętrznego i wewnętrznego. Wewnętrznie w lekkich zakażeniach ogólnych także w zapalnym nieżycie żołądka i jelit. Zewnętrznie w postaci maści srebrnej przeciw [illegible] i przew[illegible] zakażeniom (zakażenie krwi, [illegible] i t. d.).

Hyrgolum

Rozp[illegible]lna w wodzie metaliczna rtęć. W postaci maści, mydeł itd. Zamiast dotychczas używanej nierozpuszczalnej rtęci. 19

Cała odnośna literatura na żądanie.

Rok XXXVIII. ...ków, 7 Stycznia 1899. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O gośćcowych cierpieniach gardła, krtani i nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).



Wzmianki o zajęciu gardła przy ostrym gośćcu stawowym (rheumatismus articulorum acutus) spotykamy po raz pierwszy w połowie siódmego dziesiątka lat wieku bieżącego*).

We Francyi Trousseau[1]), w Ameryce zaś Clark[2]), oraz Ogle[3]) są pierwszymi, którzy jednocześnie (w r. 1865) zwrócili uwagę na stosunek obu tych cierpień.

Znacznie później w Niemczech, gdyż dopiero w roku 1872, Heymann[4]), a w parę lat po nim Niemeyer-Seitz[5]) wspominają o zajęciu gardła przy ostrym gośćcu stawowym.

Wkrótce potem Lagranère i Piponier[6]), uczniowie Trousseaua, podają, że spostrzegali występowanie zapalenia gardła (anginy) bądź przed, bądź w czasie, bądź wreszcie po przebyciu ostrego gośćca stawowego. Boeck[7]) zwraca uwagę na częste występowanie *anginae s. tonsillitidis lacunaris* w przebiegu tego cierpienia.

Już wówczas pogląd, co do związku, zachodzącego między cierpieniami gardła z jednej, a ostrym gośćcem stawowym z drugiej strony, musiał być, zwłaszcza w Ameryce, *resp.* Anglii, bardzo rozpowszechnionym, gdyż Lennox-Brown w podręczniku swoim o chorobach gardła z r. 1878 mówi o gośćcowym charakterze ostrego zapalenia migdałków.

Autor ten wspomina również, że w wielu razach spostrzegał przy zwykłem zapaleniu migdałków szmery w sercu. Jakkolwiek pogląd Lennox-Browna nie znalazł, zwłaszcza w Niemczech, oddźwięku, to jednak od tego czasu zaczynają się coraz bardziej mnożyć spostrzeżenia, zdające się przemawiać na korzyść tego poglądu.

I tak, w roku 1880 Fowler[8]) na sobie samym miał sposobność przekonać się o tym związku, Garrod[9]) zaś podaje na 80% (!) stosunek cierpień gardła do ostrego gośćca stawowego. Lasègue[10]) w tymże roku podaje 2 odnośne spostrzeżenia: w jednym z nich zapalenie gardła poprzedziło, w drugiem zaś wystąpiło po ostrym gośćcu stawowym. Dane statystyczne Garroda potwierdził Stewart[11]), oraz Harkin[12]). Ten ostatni autor spostrzegał zapalenie migdałków (tonsillitis), jako wstępne cierpienie w połowie przypadków przy ostrym gośćcu stawowym. W dalszym ciągu ogłosili tu odnoszące się spostrzeżenia Boeck[7]), Bull, Löbl[13]), Laure[14]), znowu Boeck[7]) 3-krotnie zabierający głos w tej sprawie, Ollivier[15]), St. Clair Thomson[15]), oraz Male[17]).

W roku 1885 Mantle[18]) przedstawia w dobrze napisanej pracy wyniki swoich spostrzeżeń, które potwierdzają pogląd Fowlera (nagminne występowanie gośćcowego zapalenia gardła). Rozróżnia on dwie postacie tego ostatniego cierpienia: 1) zapalenie gardła gośćcowe błoniaste (angina rheumatica membranacea), zbliżone do błonicy i 2) niebłoniasta (nonmembranacea), przypominająca płonicowe zapalenie gardła (angina scarlatinosa). Najczęściej przytem, według tego autora, bywają zajęte górne kończyny (staw łokciowy), następnie dolne (stawy: kolanowy i stopowy). Czasami widywał też i zajęcie serca (zastawki 2-kończystej), zwykle jednak przejściowe. Jako cechę znamienną dla tego cierpienia podaje ten autor szybki przebieg.

Wogóle w latach 1885 i 1886 daje się zauważyć, zwłaszcza w Anglii i Ameryce, znaczne zainteresowanie się tą sprawą tak, że nawet wyznaczoną była komisya ze strony *British medical Association* w celu zbiorowego badania częstości cierpień gardła w przebiegu ostrego gośćca stawowego, przyczem Green[19]), jako sprawozdawca wykazał, że przeszło w 25% zapalenie migdałków (tonsillitis) poprzedzało to cierpienie.

Wszyscy autorowie, piszący w owym czasie o tej sprawie, jakoto: Griffith[20]), H. Brown[21])) Fitzmaurice[22]), Fortescue Fox[23]), Easby[24]), Craig[25]), Plimmer[26]), J. Brown[27]), Cameran[28]), wreszcie Gubb[29]) wypowiedzieli pogląd, potwierdzający istnienie przyczynowego związku między temi sprawami chorobowemi. Jeden jedyny Atkinson[30]), jakkolwiek miał sposobność w ostatnich czasach spostrzegać zajęcie gardła przy ostrym gośćcu stawowym, jest przeciwnikiem tego zapatrywania.

Ciekawe są liczby H. Browna. Autor ten stwierdził na 127 przypadków ostrego zapalenia migdałków (epidemia szkolna) 119 razy związek z gośćcem, mianowicie w 76 przypadkach notowano poprzednio to cierpienie, w 14 przypadkach istniał jednocześnie ostry gościec stawowy, w 24 mięśniowy, wreszcie w 28 przyp. stwierdzono bóle gośćcowe. W 46 przyp. rodzice ulegali gośćcowi (w 22 — ojciec, w 14 — matka, wreszcie w 10 przyp. — oboje) — w 17 zaś przyp. bracia i siostry. Semon[31]) również bardzo często widywał zapalenia gardła, powikłane z bólami gośćcowymi, o wiele zaś rzadziej z typowym ostrym gośćcem stawowym. J. Brown wyraża zdanie, że można nie dopuścić do wytworzenia się ropnia migdałka przez wczesne podawanie do wewnątrz przetworów salicylowych, co i ja na podstawie własnego doświadczenia również mogę potwierdzić.

Bardzo interesujący przypadek podaje Stephanides[32])

*) Posiłkować się tu będę przedewszystkiem doskonałą monografią Peltesohna z Berlina, oraz Suchanneka, docenta z Zurychu, w których to pracach literatura, dotycząca omawianej sprawy, jest wyczerpująco podana.

z Karlsbadu: 35-letnia chora, w ciągu 2 tygodni przebyła kolejno zapalenie gardła, gościec ogólny stawowy i plamicę (purpura). Wszystko to powtórzyło się po 8 miesiącach. Po usunięciu przerosłych migdałków, chora ta ostatecznie wyzdrowiała. Seifert[33]) w pięknej monografii o „Angina lacunaris" z r. 1 ?3 również wspomina o stosunku tego cierpienia do ostrego gośćca stawowego. Toż samo Eichhorst w swoim znanym podręczniku szczegółowej patologii i terapii. W dalszym ciągu o tej sprawie chorobowej pisali: Lewis[34]), Whipham[35]), Beverley Robinson[36]), Radcliffe[37]), Thayer[38]), (7 przyp. gośćcowego zapalenia gardła), Ingals[39]), który przyjmuje nawet istnienie przewlekłego gośćcowego zapalenia gardła; Thorner[40]), Hinkel[41]), Arche[42]), Dalton[43]), Cuossland[44]) (wielce zajmujący przypadek 20-letniego chorego, który od 17-go roku życia przebył w ciągu 3 lat ostatnich 5 razy zapalenie migdałków, każdorazowo powikłane z ostrym gośćcem stawowym); wreszcie u nas Czajkowski[45]) (2 przyp.), który również uznaje związek między temi cierpieniami.

W roku 1890 l Fiedler[46]) w doskonałej pracy *„Zur Aetiologie der Pleuritis"* mówi, że w początkach gośćcowego cierpienia migdały bardzo często przedstawiają zmiany: są mocno zaczerwienione i obrzmiałe. Uważa on za bardzo „plausible" pasorzytnicze pochodzenie gośćca wszechstawowego z prawdopodobną inwazyą migdałków przez drobnoustroje. Bulson[47]) przyjmuje te jeszcze skłonność do gośćca (diathesis). W dalszym ciągu w sprawie powyższej pisali: Sanson[48]), Roos[49]), z kliniki Quinckego (6 przypadków zapalenia gardła z następczym ostrym gośćcem stawowym). W przypadku Leydena[50]) na 3 tygodnie przed zajęciem stawów i wsierdzia wystąpiło zapalenie gardła. W roku 1894 Buss[51]) napisał bardzo dobrą pracę o tym przedmiocie. Podaje on 12 przypadków w jednej rodzinie zapaleń gardła, powikłanych z ostrym gośćcem stawowym, prócz tego 11 innych przyp., gdzie wprawdzie nie nagminnie, lecz również po zapaleniach gardła występowało ostre zajęcie stawów, wreszcie w 3 innych przyp. z wywiadów można było przyjąć związek przyczynowy między temi cierpieniami. Riess[52]) podaje o wiele mniejszy stosunek liczby zapadań na gardło w przebiegu ostrego gośćca stawowego, niż Garrod, mianowicie 5%. Suchannek[63]) w doskonałej pracy „O związku zapalenia gardła z ostrym gośćcem stawowym" (1895 r.) wspominał, że widywał również dość często takie powikłania. Przytacza on jeden przypadek mieszkowego (follicularis) zapalenia gardła, powikłany tem cierpieniem, oraz odnośny przypadek Aronsohna. Groedel[54]) spostrzegał zwiastunowe zapalenie gardła przy ostrym gośćcu stawowym. Spostrzeżenia podobne ogłosili Gouguenheim[55]) i Sterling[56]). Gerhardt[66]) podaje odsetek, który najwięcej zdaje się być zbliżony do prawdziwego, zajmując pośrednie miejsce między zbyt wygórowanym Garroda (80%), oraz zbyt niskim Riessa (5%). Według niego zajęcie gardła przy ostrym gośćcu stawowym zdarza się w 21%.

W roku 1895 wyszła praca Freudenthala[57]) pod tyt.: „On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx, and nose". Autor ten, zaliczając do pewników tak zw. gośćcowe zapalenie gardła, włącza między innemi do tej kategoryi i tak zw. łagodne owrzodzenie gardła (angina ulcerosa benigna-Heryng), przytaczając 5 przyp., w których cierpienie to (w 2 powikłane z gośćcem) ustąpiło w parę dni po wewnętrznem stósowaniu salolu. W przypadku Westbrooka rozległe owrzodzenia w gardzieli również były pochodzenia gośćcowego. Wade[96]) uważa zapalenie migdałków za pierwotną, ostry zaś gościec za następową sprawę, wskutek wessania swoistych drobnoustrojów, lub ich produktów.

W roku 1897 wyszła wyczerpująca, najlepsza od czasu Suchannek'a, monografia Peltesohna[58]): Ueber Angina und Rheumatismus), w której autor przytacza między innymi taki przypadek: matka cierpi na wadę serca wskutek częstych nawrotów gośćca stawowego, a podczas ostatniego napadu zmarła. Jednocześnie wszystkie dzieci zapadły na mieszkowe zapalenie gardła, jedno zaś w końcu na ostry gościec stawowy z następczą wadą serca. Oprócz tego autor ten zwraca uwagę, że i gościec mięśniowy wikła się czasem z zajęciem gardła (1 przypadek autora). W ostatnich czasach M. Donnel[59]) opisał przypadek gośćcowego zapalenia migdałków, wikłającego się z zapaleniem osierdzia, bez zajęcia stawów; Braislin[60]) zaś 50 przyp. gośćcowego zapalenia gardła, wreszcie Boichon[61]) podaje 50% zapalenia gardła zwiastunowego (angina prodromalis).

Oto i wszystko, co [illegible] wikłań ostrego gośćca stawowego zajęciem gardła [illegible] wzajemnego stosunku obu tych cierpień, jest wiadomem.

Ze wszystkiego widać, że tak zw. zapalenie gardła gośćcowe (angina rheumatica lub „rheumatic sore throat" angielskich i amerykańskich autorów) niewątpliwie istnieje, jako samoistna sprawa chorobowa. Dowodzą tego całe szeregi klinicznych spostrzeżeń, których udało mi się dotąd zebrać w literaturze około 250.

Jak już wspomniałem, prawie wszyscy autorowie piszący o tej sprawie, a liczba ich jest poważna, oświadczyli się za istnieniem gośćcowego zapalenia gardła. Jedynymi przeciwnikami są Atkinson i Hope[63]).

Zajęcie gardła w ostrym gośćcu stawowym może albo go poprzedzać, albo przebiegać współcześnie, lub wreszcie występować w jakiś czas po ustąpieniu tej sprawy chorobowej.

Najczęstszą postacią bywa według jednozgodnych twierdzeń większości autorów zapalenie gardła mieszkowe (angina follicularis, lub właściwie „tonsillitis lacunaris acuta)". Od wielu lat przy tem cierpieniu stale zalecam przetwory salicylowe i sądzę, że stosunkowo szybki i łagodny przebieg, jaki spostrzegałem w moich przypadkach, należy przypisać działaniu tego leku.

Lecz i zwykłe zapalenia gardła (angina simplex) może być pochodzenia gośćcowego, co między innemi dowodzi powikłanie tej sprawy ostrym gośćcem stawowym. Przypadki takie znane są w literaturze.

Ja osobiście, podobnie jak i Semon, stosunkowo bardzo rzadko miałem sposobność spostrzegania tego powikłania; natomiast bardzo często w moich przypadkach zapalenie gardła (angina) występowało z bólami gośćcowymi. W tych razach zwykle przetwory salicylowe, stósowane wewnętrznie, dawały doskonałe wyniki.

Oprócz tych 2 postaci zajęcia gardła pochodzenia gośćcowego (t. j. tonsillitis lacunaris acuta, oraz angina simplex) niektórzy autorowie wspominają o ropniach migdałków, względnie około migdałkowych (tonsillitis abscedens et abscessus peritonsillaris), powikłanych z ostrym gośćcem stawowym. Monori[92]) podziela pogląd Fowlera, wypowiedziany je-

szcze w r. 1888, że sprawy ropne migdałków i tkanki około-migdałkowej są pochodzenia gośćcowego. Między innymi jeden taki przypadek ogłosił Auché.

W jedynym przypadku tego rodzaju, jaki miałem sposobność spostrzegać, a odnoszącym się do księdza, liczącego lat 40 parę, obok ropnia okołomigdałkowego po stronie lewej od tyłu, istniały też gośćcowe bóle mięśniowe w kończynach. W przypadku tym również było zajęcie gośćcowe krtani (staw obrączkowo-nalewkowy lewy). I tu salicylan sodowy usunął prędko cierpienie, o ile się zdaje przyrody gośćcowej.

Jak już wspomniałem, Freudenthal zalicza również do gromady gośćcowych cierpień gardzieli i tak zw. łagodne owrzodzenie gardła, opisane po raz pierwszy przez Herynga, a następnie Masucciego i przezemnie[63]). Opiera on swój pogląd na jednoczesnem istnieniu w 2, z 5 spostrzeganych przez siebie, przypadkach — ostrego gośćca stawowego. Przypuszczenie to wydaje mi się dosyć prawdopodobne, gdyż i ja przypominam sobie z mojej praktyki jeden przypadek, 12-letniego chłopca, u którego na obu łukach podniebiennych przednich istniały symetryczne powierzchowne owrzodzenia owalne, wogóle przypominające te, jakie widziałem w 2 innych, ogłoszonych przezemnie przypadkach tego cierpienia. Przypadek ten również był powikłany ostrym gośćcem stawowym (matka dotknięta wadą serca, jako następstwo tegoż samego cierpienia).

Jak widzimy więc, cierpienia gardła przyrody gośćcowej mogą występować pod najrozmaitszemi postaciami, niekiedy zupełnie bez zajęcia stawów, czasami z zajęciem serca; niekiedy mają one charakter nagminny, częściej jednak występują sporadycznie. Przyroda gośćcowa tych cierpień znajduje potwierdzenie do pewnego stopnia w skuteczności leczniczej przetworów salicylowych. Z drugiej znowu strony znane są spostrzeżenia, gdzie leczenie miejscowe, t. j. usuwanie spraw chorobowych w gardle, usuwało też bezpowrotnie częste nawroty ostrego gośćca stawowego (przypadki Staffela[64]) i Stephanidesa).

Również za gośćcowym charakterem tych cierpień gardła przemawia tożsamość zarazka w obu tych sprawach chorobowych, zwłaszcza *anginae lacunaris*. W tem ostatniem mianowicie cierpieniu, jak to wykazały zgodne wyniki badań B. Fraenkela[98]), Goldscheidera[100]), moje[65]) i innych, główną odgrywają rolę gronkowce i paciorkowce. Tegoż samego rodzaju drobnoustroje ropotwórcze znajdowano w zawartości stawów w ostrym gośćcu stawowym, mianowicie: Paul Guttmann[67]) gronkowca ropotwórczego złotego, Hlava[68]) paciorkowce, Birch Hischfeld[69]) paciorkowce i gronkowce. W jaki sposób przedostają się owe laseczniki do ustroju? Nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że tak jak przy wielu chorobach zakaźnych, tak i przy ostrym gośćcu stawowym, pierwotnem siedliskiem zarazka jest tkanka gruczołowa, mianowicie tak zw. pierścień limfatyczny Waldeyera, to jest migdały podniebienne, gardłowy i językowy. Przenikaniu temu sprzyja stała sprawa emigracyi leukocytów przez nabłonek migdałków podniebiennych i językowego (Stöhr)[70]), oraz gardłowego (Suchannek)[71]), następstwem czego bywają braki w nabłonku, stanowiące „fizyologiczne rany" (Gerhardt). Dzięki aktowi połykania i wskutek tego ujemnego ciśnienia powietrza ułatwia się przenikanie tych zarazków przez tkankę gruczołową gardła (Scanes Spicer)[72]). W dalszym ciągu, jak to wykazał Löffler[72]), drobnoustroje, dostawszy się z powierzchni błony śluzowej do głębszych warstw, przenikają do przestrzeni w tkance łącznej podśluzowej (Spalträume), lub odrazu przez nadżarcie zmartwiałych tkanek do naczyń chłonnych i krwionośnych, przyczem, wskutek zakrzepowego zapalenia żył (trombophlebitis) mogą się po całym roznosić ustroju, a więc i do stawów, wywołując ostry gośćciec stawowy, na który obecnie zaczynają się zapatrywać, jako na złagodzoną postać ropnicy (verblasstes Spiegelbild der Pyaemie; Sahli)[74]).

Wszystko, co powyżej powiedziałem o ostrym gośćcu stawowym, tyczy się *mutatis mutandis* i gośćca mięśniowego, jako to mianowicie wykazał Peltesohn w wyżej przytoczonej pracy. I przy tem cierpieniu bywa względnie często zajęte gardło (przypadki Haig Browna, Seiferta, Greena, Fowlera, Semona, Peltesohna, Fletcher Ingalsa, Beverley Robinsona, Maclagana, Thornera i innych), przyczem znamiennymi są bóle gośćcowe przedewszystkiem w mięśniach gardła, silne bóle przy połykaniu, obok małych stosunkowo zmian zapalnych, oraz karku i szyi (torticollis). Ciekawy przypadek przytacza z własnej praktyki Peltesohn: już dzieckiem będąc chory często zapadał na zapalenie migdałów, zawsze połączone z szyją skośną (torticollis). W wieku dojrzałym występowały często napady bólów gośćcowych w karku i kończynach (także stawowe), z częstemi ostremi zapaleniami gardła, przeważnie w okolicy fałdu trąbko-gardłowego (plica salpingo-pharyngea). Przypalanie gardła azotanem srebrowym *in substantia* usunęło na czas dłuższy te objawy. Ostatnimi czasy chory znowu zapadł na ostry gościec stawowy i mięśniowy, połączony z bólami przy połykaniu, czasami poprzedzającymi ogólne objawy gośćcowe.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala powszechnego w Żywcu.

Gastroenterostomia w następstwie otrucia kwasem siarkowym.

PODAŁ

Dr. Wiktor Idziński,

dyrektor szpitala.

Działanie trujące kwasu siarkowego polega głównie na silnem jego powinowactwie do wody. W zetknięciu z tkankami organicznemi odciąga on tkankom wodę, skutkiem czego ulegają one szybkiemu obumarciu, tem bardziej, że po odciągnięciu wody łączy się kwas z zasadami, zastępując w tych połączeniach inne kwasy słabsze. W końcu cała tkanka rozpływa się w kwasie siarkowym, a żadne utkanie w ustroju zwierzęcym, nawet kostne, nie jest w stanie oprzeć się temu potężnemu działaniu najsilniejszego kwasu.

Działanie to jest przeważnie miejscowe, a wyjątkowo może kwas siarkowy wywołać pośrednio zmiany nawet w odległych narządach, a to bądź drogą zwrotną, bądź też skutkiem zmiany chemizmu krwi. Siła jego działania zależy od ilości kwasu, od stopnia jego stężenia, od czasu działania i od stopnia napełnienia żołądka płynami.

Wobec tych czynników trudno oznaczyć z matematy-

czną ścisłością dawkę śmiertelną kwasu siarkowego, pomimo, że jest on tak gwałtowną trucizną. Doświadczenia na zwierzętach nie mogą nam służyć jako porównawcze kryteryum otrucia u człowieka; — a w bardzo rzadkich tylko przypadkach otrucia można stwierdzić dokładnie ilość zużytej trucizny i jej stężenie. Podobnie jak przy innych truciznach, znane są i tutaj przypadki, w których nadzwyczaj małe dawki spowodowały śmierć, i na odwrót — znaczna ilość i to stężonego kwasu nie spowodowała zgonu, zwłaszcza w tych razach, gdy żołądek był pełny, a pomoc szybka.

Wogóle jednak musimy uważać każde otrucie kwasem siarkowym za bardzo ciężkie i niepozwalające na dobre rokowanie. Jakkolwiek objawy otrucia można sobie już teoretycznie z łatwością wyobrazić, przecież przebieg kliniczny ulega tu rozmaitym odmianom, a obraz otrucia nie jest zawsze jedn. . Indywidualność, a jeszcze więcej różne okoliczności uboczne, wpływają na rozmaitość tego obrazu. Wyjątkowo zmiany miejscowe są nieznaczne, natomiast spotyka się znaczne zadrażnienie układu nerwowego pod postacią n. p. szczękościsku, ogólnych kurczów i t. d., jako objawów, wywołanych na drodze zwrotnej przez zadrażnienie gałązek nerwów czuciowych. Przeważnie otrucie jest ostre, gwałtowne, t. j. wywołuje szybko śmierć, a czasami tylko przebiega przewlekle, łącząc się z objawami, będącymi raczej w związku nie tyle z samem otruciem, ile z następowemi zmianami.

Już pierwsza scena otrucia bywa rozmaita, co zależy od tego, czy otrucie nastąpiło w celach samobójczych, morderczych, czy też z przypadku. Samobójca pije zazwyczaj znaczną ilość i to najczęściej trucizny stężonej, połyka ją szybko bez względu na ból. Do morderstwa bywają spotrzebowane tylko małe ilości trucizny, gdyż natychmiastowy nadzwyczajny ból ostrzega już w pierwszej chwili ofiarę, spowodowuje wyplucie trucizny lub też wymioty. Wyjątek pod tym względem stanowi znowu wlanie trucizny w celach morderczych wśród spania do ust, lub też nawet do odbytnicy pod postacią lewatywy, jak i o tem literatura nas poucza. Przy gwałtownem wlaniu trucizny do ust może się ona dostać nietylko do przewodu pokarmowego, lecz i do krtani, oraz i dalszych dróg oddechowych. Otrucia z przypadku ulegają także rozmaitym odmianom, co zależy od tego, czy n. p. otruty napił się trucizny w stanie trzeźwym, lub też pijanym, czy pił truciznę powoli, tak n. p. jak się zwykle pije wodę, czy też gwałtownie, tak jak to pije się piwo, połykając gwałtownie i szybko nawet znaczne ilości trunku, bez zatrzymywania go w ustach.

Mówiąc o otruciu, wspominam tylko nawiasowo o tak modnem n. p. w Anglii oblewaniu witryolem twarzy znienawidzonej osoby, lub też wlewaniu kwasu siarkowego do uszu śpiącej osoby. Wypadki te mają być w Anglii tak częste, że parlament angielski uznał za stosowne napiętn... ten występek jako zbrodnię główną *(Capitalverbrechen* według Hasvelta), karaną wyjątkowo ciężko.

Od sposobu otrucia będzie zależeć przebieg i czy główne zmiany wystąpią przeważnie tylko na skórze, lub też w jamie ust, połyku, przełyku, żołądku, krtani, tchawicy, płucach, odbytnicy, lub też w innych narządach.

Śmierć może nastąpić gwałtownie skutkiem szybkiego przedziurawienia żołądka i następowego ostrego zapalenia otrzewnej; dalej skutkiem uduszenia spowodowanego nagłym obrzękiem błony śluzowej dróg oddechowych, lub też od wstrząsu.

W przebiegu łagodniejszym można czasem po kilku godzinach dotkliwych boleści uratować otrutego od śmierci, której sobie życzył, lub też może nie życzył. Pomimo jednak, że miną pierwsze gwałtowne objawy otrucia i kwas siarkowy zostaje albo usunięty, albo znacznie rozcieńczony, lub wreszcie zobojętniony zasadami, — nawet wówczas nie mija jeszcze niebezpieczeństwo, gdyż w tym czasie zaczyna się dopiero odczyn ustroju na wywołane kwasem siarkowym zmiany i tkanki spalone ulegają zapaleniu odczynowemu, zaczerwieniają się, brzękną, stają się bolesnemi i otruty nie jest w możności używać swych chorych narządów, nie może swobodnie połykać, trawić, oddechać i t. d. I w tym okresie odczynowym życie chorego jest w ciągłem niebezpieczeństwie i kończy się bardzo często w przeciągu pierwszych ośmiu dni śmiercią wśród różnych objawów i dotkliwych boleści. Jeżeli zaś otruty przetrwał i ten okres, następują ozdrowiny, ale bardzo powoli. Pojedyncze objawy chorobowe ustępują zwolna, utrudnienie połykania, boleści i wymioty trwają czasem nawet kilka tygodni. Z wydzielinami i kałem odchodzą oddzielające się masy zgorzelinowe, czasem bardzo cuchnące.

Wyss *(Archiv d. Heilkunde,* 1869), Trier *(Union medicale,* 1877, tom XIV), Laboulbène *(Schmidt's Jahrbücher,* 1852), opisują przypadki, że całe odlewy błony śluzowej przełyku lub żołądka odeszły dopiero po kilku tygodniach. — Rudolf Böhm opisuje w 15 tomie podręcznika szczegółowej patologii i terapii Ziemssena, że chorzy tacy mieli dłuższy czas uczucie, jakby tak zwanego *globus hystericus,* — jak gdyby jakaś kula poruszała się w przełyku ku górze i ku dołowi. — Mannskopf spostrzegał w kilku przypadkach silne nerwobóle międzyżebrowe i nerwów brzusznych, znaczną przeczulicę całego tułowia, — objawy prawdopodobnie zwrotne, — występujące w 8 do 22 dni po otruciu.

Zwolna zaczyna się i postępuje zabliźnianie ubytków, powstałych od spalenia kwasem siarkowym. Poprawę tę możemy spostrzegać wzrokiem na ustach i połyku. Okres zabliźniania trwa czasem kilka miesięcy, a życiu zagraża jeszcze ciągle niebezpieczeństwo, nowe i straszne niebezpieczeństwo śmierci głodowej. Powstają najczęściej rozmaite bliznowate przykurczenia w jamie ustnej, oraz takież zwężenia wzdłuż połyku, przełyku, wpustu i w samym żołądku. Naturalnem następstwem tych zwężeń jest upośledzenie połykania, odżywiania się, a więc zwolna postępuje i ogólne osłabienie z wycieńczenia sił, — a w końcu po wychudnieniu aż do kości następuje śmierć. Czasem zwężenia wytwarzają się tak powoli, że chorzy uważają się przez kilka miesięcy za zupełnie zdrowych, połykają nawet przez dłuższy czas twarde pokarmy i dobrze są odżywieni; — zwolna jednak obraz się pogarsza aż do powyżej wspomnianych objawów. Kazuistyka wykazuje jeszcze inne powikłania wywołane przez przeżarcie się kwasu siarkowego do sąsiednich narządów, n. p. przetoki między przełykiem a tchawicą, ropnie w różnych okolicach ciała, wywołane przerzutami wśród ropnicy, lub też porażenia i objawy niedomogi żołądka, odźwiernika, zdziergacza rzyci i t. d.

Taki jest w ogólnych zarysach obraz kliniczny otrucia kwasem siarkowym.

Niechcąc być zbyt rozwlekłym, nie opisuję zmian anatomopatologicznych, gdyż są one zbyt znane i bardzo szcze-

gółowo opisane w podręcznikach medycyny sądowej. Wspomniawszy ogólnie o zwykłym przebiegu klinicznym tego otrucia, chcę dorzucić cegiełkę z własnego spostrzegania jednego przypadku otrucia kwasem siarkowym, tem bardziej, że przebieg ten był niezwykły i co najważniejsza, że skończył się zupełnem wyleczeniem chorego. W dobie obecnej zdarzają się i u nas coraz częściej otrucia kwasem siarkowym, zwłaszcza w miejscowościach, gdzie zaczyna rozwijać się przemysł fabryczny. Kwas siarkowy ma w wielu gałęziach przemysłu liczne zastosowania, bywa używany pod postacią „oleju witryolowego“ do czyszczenia maszyn, więc dostęp do trucizny tej jest bardzo ułatwiony, a ponieważ jest ona bez zapachu i nie wydziela żadnych dymów, jak n. p. kwas azotowy, może stać się z łatwością przedmiotem częstych pomyłek w użyciu, lub też nawet służyć łatwiej niż inne trucizny — do samobójstwa, a nawet morderstwa.

Przypadek mój może być zajmujący nietylko dla lekarza sądowego, lecz i dla klinicysty i chirurga, a przedstawia się on jak następuje:

Dnia 14 sierpnia 1898 roku o godzinie $^{1}/_{2}$ 8-mej rano zawiadomiono mnie, że przywieziono do szpitala z sąsiedniej fabryki, odległej o 4 kilometry od szpitala, chorego, otrutego «witryolem». Pospieszyłem natychmiast do szpitala, gdzie zastałem już chorego w sali operacyjnej. Nie pytając się na razie o bliższe szczegóły otrucia, uchwyciłem pompę żołądkową Czyrniańskiego, połączyłem ją ze sterylizatorem na wodę Fritscha, wypełnionym 15 litrami wyjałowionego roczczynu fizyologicznego soli kuchennej, do którego wsypałem kilka łyżek magnezyi, założyłem choremu cewnik żołądkowy i zacząłem przepłókiwać żołądek. W czasie tej czynności dowiedziałem się od osób, które przywiozły otrutego, następujących szczegółów:

Michał Pawlus, lat 16, robotnik fabryczny, był rano zatrudniony czyszczeniem maszyny pod dozorem maszynisty. Skoro maszynista opuścił na chwilkę lokal, w którym znajdowała się maszyna, spostrzegł robotnik ten obok stojącą flaszkę z piwa, a ponieważ nie jadł jeszcze śniadania (robotnicy przychodzą zwykle o godzinie 5-tej rano do roboty, a śniadają o 7-mej), a był głodny, myśląc, że we flaszcze znajdowało się piwo, łyknął dwa razy szybko i ukradkiem płyn, zawarty w flaszce; niebawem jednak uczuł znaczny ból w ustach i żołądku, odstawił więc flaszkę, splunął i chciał dalej pracować. Jednak ból stawał się tak gwałtowny, że wybiegł z fabryki, położył się na trawniku i zaczął głośno stękać. Nadbiegli robotnicy pytali się go o przyczynę tych użalań się. Chłopiec bał się z początku przyznać, że czegoś się napił z flaszki od piwa, skarżył się tylko na «kurcze żołądka»; dopiero po kilkunastu minutach, na wyraźne i powtórne zapytania, czy czego nie zjadł lub nie wypił i gdy ból stawał się nie do zniesienia, a chory był już blizki omdlenia, przyznał się wreszcie, że wypił coś z flaszki od piwa. Skoro przekonano się, że we flaszcze był kwas siarkowy, podano choremu dużo mleka i oliwy, odtrutki używane zwykle w podobnych wypadkach, które on jednak zaraz zwymiotował. Kazano zaprzęgać zaraz konie i przywieziono chorego do szpitala. Od chwili wypadku do mego przybycia do szpitala upłynęła godzina czasu. Ilość wypitego kwasu (dwa silne łyki) mogła wynosić około 50 gramów, a był to, o ile się później w fabryce dowiedziałem, 75 procentowy kwas siarkowy*). Po tych wywodach przypatrzyłem się bliżej choremu i znalazłem co następuje:

Chłopiec 16 letni, średnio odżywiony, słabo na swój wiek rozwinięty, siedzi na stołku podtrzymywany przez posługaczy, zupełnie apatyczny, jakby na pół nieprzytomny, czasem stęka z bólów, od czasu do czasu wymiotuje obok cewnika żołądkowego. Wymiociny przedstawiają się jako ciecz brunatno-zabarwiona, zawierająca strzępy brunatno czarne. Taki sam płyn przechodzi przy przepłókiwaniu żołądka do flaszki pompy żołądkowej, w powietrzu unosi się lekki zapach kwasu. Zapytany, czy go co nie boli, nie daje wśród apatyi żadnej odpowiedzi, a gdy stęka, wydaje głos głuchy i tępy. Gałki oczne zapadnięte, wzrok błędny, źrenice rozszerzone, skóra blada, zimna, pokryta zimnym potem, tętno przyspieszone, ale bardzo nikłe i łatwo ugniatalne, oddech ciężki. Błona śluzowa warg, języka i podniebienia przedstawia rozlane plamy szare, miejscami brunatno czarne.

Choremu przepłókano żołądek 15 litrową ilością wspomnianego płynu; płyn zwolna odchodził coraz jaśniejszy, zawierał coraz mniej męłów, a gdy w końcu był zupełnie wodojasny i nie oddziaływał już kwaśno, przestałem płókać żołądek i wyjąłem cewnik. Przypominam jeszcze raz, że chory podczas przepłókiwania żołądka wymiotował często obok cewnika, t. j. sam sobie tym sposobem przepłókiwał zarazem przełyk i jamę ustną.

Po przepłókaniu ułożono chorego do ciepłego łóżka, obłożono go ciepłemi kamionkami i polecono podawać mu dużo płynów, mianowicie wino, mleko, czarną kawę, oraz lód i magnezyę zmięszaną z wodą. Zwolna chory się rozgrzał, przestał tak często wymiotować i zaczęła mu wracać przytomność. Wymioty trwały jeszcze przez dwa dni, bywały czasami brudno zabarwione czarnymi strzępami, jednak po 2 dniach ustały prawie zupełnie, a stan ogólny chorego znacznie się poprawił. Skarżył się on tylko na znaczny ból wzdłuż górnej części przewodu pokarmowego, miał silne pragnienie, dostawał ustawicznie mleko podawane mu łyżkami. Zwolna i bóle przy połykaniu i w żołądku stawały się coraz mniejsze, chory mógł coraz więcej używać pokarmów, spalony przybłonek w jamie ustnej i w przełyku zaczął się zwolna oddzielać i odradzać, chory stawał się coraz silniejszy i siadał sam w łóżku. Od 8-ego dnia zaczęto systematycznie wprowadzać mu jak najgrubszy zgłębnik żołądkowy do przełyku, a to celem zapobieżenia możliwemu bliznowatemu zwężeniu przełyku. Wśród tego leczenia przebieg choroby był idealnie dobry. Chory w 2 tygodnie od wypadku mógł jeść jak najgrubsze pokarmy, dobrze się odżywiał; zaczęło mu się przykrzyć w szpitalu i domagał się wypuszczenia do domu.

Wreszcie chory wyszedł ze szpitala dnia 2-go września 1898 r., w 20-tym dniu od wypadku, w stanie zupełnie zadawalniającym.

Pomimo tego jednak, wypuszczając chorego ze szpitala, podyktowałem jako członek komisyi sądowo-lekarskiej do protokółu oględzin chorego zastrzeżenie się w orzeczeniu, że pomimo obecnie dobrego stanu, może jeszcze przyjść do zwężenia przełyku ze wszystkiemi smutnemi jego następstwami.

Przewidywania moje niestety sprawdziły się, lecz zwężenie nie nastąpiło w przełyku, ale zupełnie w innem, niespodziewanem miejscu.

Dnia 10 października 1898 r. przywieziono chorego znowu do szpitala z oświadczeniem, że od kilku tygodni stan jego znacznie się pogorszył, mianowicie, że może wprawdzie wszystko połykać, nawet najgrubsze pokarmy, jednak niestety cały pokarm zwraca w pół godziny po jedzeniu; skutkiem czego jest bardzo osłabiony i jakby umierający. I rzeczywiście stan chorego przedstawiał się wówczas bardzo rozpaczliwie. Niemogłem go poznać, tak znacznie wychudł. Skóra na twarzy pofałdowała się, gałki oczne zupełnie zapadły, na ciele ani śladu tłuszczu, powłoki zewnętrzne suche, łuszczące się, niektóre części kośćca przebijają przez skórę, tętno nikłe, chory nie może ani się ruszać, ani mówić z osłabienia, ani nawet leżeć, bo go kości gniotą, pragnie tylko umrzeć. Szczegółowe badanie wykazuje, że płuca, serce i nerki są zdrowe; brzuch w górnej swej połowie wydęty, natomiast w dolnej — zupełnie zapadnięty tak, że kości miednicowe wysterczają znacznie ponad powłoki brzuszne. Przy opukiwaniu brzucha stwierdzić można stłumienie, odpowiadające wypełnionemu pokarmami żołądkowi, a sięga ono poniżej pępka. Stolec pokazuje się raz na tydzień i to w nader skąpej ilości; wszelkie pokarmy, podawane choremu na próbę, zostają w krótkim czasie zwracane.

(Dokończenie nastąpi).

---

*) Dzięki uprzejmości chemika fabrycznego P. Emila Żaczka mogę dokładnie podać siłę kwasu, pozostałego we flaszce; wynosiła ona 60° Baumé, co się równa kwasowi siarkowemu o ciężarze gatunkowym 1·711 a o zawartości 68,8% bezwodnika kwasu siarkowego (SO^3), lub 78,1% kwasu siarkowego (H^2 SO^4).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Kilka uwag nad skazą moczanową *(diathesis uratica)*.

Podał
Dr. Wincenty Tyszkiewicz w Zakopanem.

Badania naukowe czasów ostatnich przedstawiły we właściwem świetle błędność zapatrywań na tak zw. „dzie-

dziczność" chorób. Dość przytoczyć dawniejsze poglądy na dziedziczność gruźlicy, chorób sercowych, nerkowych i t. p., kiedy to mniemano, iż dziecko przychodzi na świat z zarodkiem nieuleczalnego cierpienia, które prędzej czy później musi się rozwinąć i człowieka, niem dotkniętego, fatalnie zbliżyć do kresu jego życia.

Dzięki najnowszym postępom nauki zmniejszyła się liczba tych rzekomo dziedzicznych chorób, zupełnie jednak nie znikła wcale: owszem, prawdziwie dziedziczne choroby i ich przyczyny stanęły dopiero teraz na pewnych podstawach; to co dawniej przyjmowano za istotną chorobę, dziś często uważa się za jeden z licznych objawów tego cierpienia właściwego, które z pokolenia na pokolenie, z rodziców na dzieci, wreszcie z jednej rodziny na drugą przenosi *hereditarium virum morbi et mortis.* Najwięcej godnymi uwagi są w tym względzie choroby umysłowe, wraz z nerwowemi, dalej ustrojowe i zboczenia w przemianie materyi.

Wśród tych ostatnich znajduje się kilkoro, odznaczających się pewnem patologicznem do siebie powinowactwem, polegającem na tem, iż choroby te występują naprzemian wśród członków tej samej rodziny nawet w kilku po sobie następujących pokoleniach; do tych należą: otyłość, cukrzyca i skaza moczanowa. Zastanówmy się teraz pokrótce nad przyczynami, wywołującemi choroby: kiła przebyta kiedyś w przeszłości, zapoznawanie zasad higieniczno-dyetetycznych, rozumiane w ogólnem tego słowa znaczeniu, nieumiarkowanie w jedzeniu i w piciu poprzedzających pokoleń, stworzyły dla całego szeregu po nich następujących tło chorobowe, z którem nauka nasza rozpaczliwą, a nieraz nawet i daremną walkę toczyć musi; walkę tę z następstwami przeciwhigienicznych wykroczeń człowieka ułatwia, a do pewnego stopnia i rozstrzyga, wczesne i dokładne rozpoznanie danego cierpienia. Na tem polu okazuje nauka nasza niestety znaczne luki. I nic dziwnego: trudną nieraz rzeczą jest odgadnąć właściwą istotę choroby, której poszczególne objawy zamaskowują główne tło chorobowe, jak np. wady serca, lub cierpienia nerek w skazie moczanowej; niełatwem wcale zbadać i wykryć nieprawidłowe czynności zbiorowego działania miliardów komórek, składających ustrój nasz; niemniej niełatwem jest rozpatrzeć się w różnorodnych i zawiłych połączeniach chemicznych, których ustrój ludzki drogą wydzielin pozbywa się, albo które, z powodu zmniejszonej odporności i osłabienia siły przyswajającej ze szkodą dla siebie niepowrotnie traci, lub też wreszcie sam się zatruwa nimi, z powodu niemożności ich wydalenia.

Mimo tych ujemnych stron badania klinicznego i chemicznego, mogą nam one w niejednym przypadku oddać znakomite usługi, przez wczesne wyjaśnienie istoty chorobowej. Niżej podane przypadki rzucają do pewnego stopnia nowe światło na możność wczesnego rozpoznania cierpienia, które nosi nazwę „skazy moczanowej".

W roku 1897 zgłosiła się do mnie pani B. J, lat 44 licząca, skarżąc się na przypadłości nerwowe, jakoto: zawroty i kilkoletni ból głowy, ogólne osłabienie, zaparcie stolca, nieokreślone bóle w nogach i opuchanie palców stóp, które do odmrożenia chora odnosiła. Jeden z kolegów lwowskich już przed pięciu laty podejrzywał istnienie skazy moczanowej i zalecił odpowiednie higieniczno-dyetetyczne i lecznicze przepisy, które chora, w razie »mętnienia moczu« i wzmagających się wyżej opisanych dolegliwości, sama bez porady lekarskiej w latach następnych na sobie stosowała. Uporczywe zaparcia stolca i wzmagające się objawy nerwowe zniewoliły ją do szukania u mnie porady lekarskiej.

Dokładne wywiady, odnoszące się do chorej i jej rodziny, pouczyły mnie, iż gościec, otyłość i nerwowe usposobienie odgrywały wybitną rolę. Skłonność do otyłości i do objawów gośćcowych przypisywała chora forsownemu żywieniu się w Davos i innych miejscowościach w Szwajcaryi, gdzie z powodu cierpienia gruźliczego spędziła z najlepszym wynikiem siedem prawie lat swej młodości. Badanie wewnętrzne wykazało: stwardnienie szczytu płuca prawego na niewielkiej przestrzeni, mierne powiększenie wątroby i niedowład kiszek, na obu udach i podudziach twarde, dość gęsto rozsiane guzki, przy dotyku tkliwe, w pewnych zaś okresach, a mianowicie w czasie »mętnienia moczu«, samoistnie bolesne. Na falangach czwartego palca obu nóg stwierdziłem nieznaczne zaczerwienienie, obrzmienie i boleśność skóry i zgrubienie okostnej, na palcu zaś lewym nieznaczną wybujałość kostną, przy zmianie powietrza na niepogodę, bardzo bolesną. Rozbiór moczu wykazał: zmętnienie, silną kwasotę, c. g. = 1·029, osad ceglasty: ze względu na nieobecność białka nie nastawiłem niestety przyrządu Essbacha. Pod drobnowidem stwierdziłem wielką ilość kryształków kwasu moczowego, w miernym stopniu szczawian wapniowy, moczan sodowy, przybłonki, gdzieniegdzie zaś ciałko ropne.

Znaczącymi objawami były tutaj: 1) wybitna kwasota, 2) wysoki c. g. = 1·029, 3) guzki moczanowe na kończynach, 4) zgrubienia okostnej na palcach nóg, 5) wielka ilość kwasu moczowego. Godnem uwagi zdaje się być spostrzezenie w kilkunastu dawniej przezemnie obserwowanych przypadkach, iż kryształki kwasu moczowego strącają się samodzielnie przeważnie u ludzi powyżej 40 roku życia; w młodszym wieku raz tylko jedyny udało mi się zauważyć wolny kwas moczowy u osoby 30-letniej, który, łącząc się z dłużej trwającym białkomoczem, wraz z nim po 4-ech tygodniach odpowiedniego leczenia ustąpił. Na tem miejscu wspomnę także pokrótce o nieregularnem występowaniu kwasu moczowego pod względem ilościowym u tego samego chorego w różnym czasie — analogicznie z wydzielaniem cukru przy cukrzycy; okoliczność ta nakazuje zapatrywać się sceptycznie na jednorazową, choćby nawet najściślejszą analizę moczu.

W czasie mego pobytu w klinice Neussera w r. 1895 i 1896 zauważyłem kilkakrotnie na dnie probówki Essbacha osad ceglasty, strącony bądź sam, bądź też równocześnie z białkiem, w kształcie podobnym do kostek sześciennych. O ile wiem, nie było wówczas, w tej przynajmniej literaturze, którą z tego właśnie powodu przeglądałem, żadnej wzmianki o badaniu lub zastanawianiu się nad powyższym osadem. Opis następującego przypadku usprawiedliwi zupełnie pobudkę, która mnie popchnęła do napisania niniejszych i dalszych uwag nad skazą moczanową.

Dnia 19 sierpnia 1898 r. wezwany zostałem do 27 lat liczącego, a od 4-ech lat żonatego, Wacława St.; już wywiady dały mi do poznania, iż cierpienie tego chorego wymagać będzie bardzo drobiazgowego badania; nawiasem mówiąc, wezwany zostałem z powodu bólu gardła, dreszczów i lekkiej gorączki (38° Cels.), która już po 24 godzinach zupełnie ustąpiła (angina catarrhalis).

Chory ten po ojcu i po matce pochodził z rodziny nerwowej; po matce zaś z rodziny skłonnej do otyłości; dziadek i ojciec umarli z chorób sercowych; matka i 19-letnia siostra pacyenta, są »nerwowe« i do tuszy usposobione. Z wyjątkiem odry, zapadał on często tylko na nieżyty gardła; od kilku lat cierpi na opuchanie palców u rąk, mniej u nóg, uważane dotychczas za gościec i rwę. Badanie kliniczne wykazało prócz powyżej opisanych objawów ostrego nieżytu gardła zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej, o której istnieniu chory dopiero obecnie się dowiedział; nie mogąc jej powstania, ze względu na brak potemu podstaw, odnieść do cierpienia gośćcowego, zacząłem wypytywać i badać pacyenta w kierunku cierpień ustrojowych; znalazłem na obu udach kilka małych, przy dotyku bolesnych guzków w tych miejscach, w których gruczoły nie zwykły się znajdować; na kilku palcach u obu rąk, obrzmienie i zaczerwienienie skóry, zgrubienie okostnej i ból przy dotyku; zaznaczam, iż stawy między poszczególnemi kośćmi palców z wyjątkiem może jednego nie były zajęte, co sprzeciwia się istnieniu gośćca, atakującego w pierwszym rzędzie połączenia stawowe. Dowiadując się między innymi o zachowanie się moczu, usłyszałem, iż ten bywa mętny i że chory bywa zniewolony niekiedy częściej niż zwykle go oddawać, przyczem doznaje pieczenia w cewce.

Badanie moczu, dokonane w kilka dni po wyzdrowieniu pacyenta, dało wynik bardzo ciekawy: mocz okazał się mętnym, o c. g. = 1·035! a jeszcze po siedemdziesięciu dwóch godzinach stania na wolnem powietrzu, oddziaływał silnie kwaśno; białka i cukru nie zawierał; osad, otrzymany przez centryfugowanie, zawierał różnego rodzaju przybłonki, przeważnie pochodzące z pęcherza i sporą ilość ciałek ropnych: gonokoków Neisserowskich, oraz kryształków kwasu moczowego — nie było. Znaczna ilość ciałek ropnych w osadzie z centry-

fugi nasunęła mi myśl zastósowania przyrządu Essbacha, mimo, iż białka kilku zwykłymi próbami w moczu przesączonym wykryć się nie dało; natomiast zamiast białka znalazłem na dnie probówki Essbacha sporą ilość osadu ceglastego, który się wykrystalizował w kształcie gwiazdek, ułożonych z drobnych bryłek. Przyszły mi zaraz na myśl podobne spostrzeżenia w klinice Neussera, gdzie osadowi temu wówczas żadnego nie przypisywano jeszcze znaczenia: zasiągnąwszy zdania kilku, bawiących tutaj w czasie sezonu, doświadczonych klinicystów i doznawszy zachęty do bliższego zbadania tej sprawy, postanowiłem osad ten poddać przystępnemu mi badaniu chemicznemu, którego wyniki były następujące:

Strąt ten rozpuszcza się bardzo szybko w ciepłej, wolniej w zimnej wodzie, nadając jej żółte zabarwienie, pochodzące od kwasu pikrynowego; alkohol i chloroform zachowują się wobec tego strątu obojętnie; za dodaniem eteru zbija się on w bryłki, złączone jakąś istotą lepką, osadzającą się na ścianach miseczki w postaci tłustych kropelek. Wodny rozczyn strątu nie zmienia się ani pod wpływem HNO_3, ani NH_3, ani też chloroformu. Zupełnie odmiennem jest oddziaływanie strątu na alkalia; pod wpływem NaHO przyjmuje on w pierwszej chwili zabarwienie ceglasto-różowe; następnie się odbarwia i rozpuszcza, a rozczyn ten przybiera barwę ciemno-pomarańczową; nie zmienia się on pod wpływem kwasu octowego zgęszczonego, karbolowego i formaliny: H_2SO_4 odbarwia i wyjaśnia go zupełnie: to samo dzieje się po dodaniu HNO_3, po dodaniu zaś NH_3 do ostatniego połączenia występuje nieznaczny wybuch i dymienie, rozczyn zaś przybiera słomiasto-żółte zabarwienie.

Rozczyn, otrzymany pod wpływem NaHO, zabarwił się po odparowaniu na brudno-ceglasto i zaczął wykrystalizowywać grube, makroskopowo do 1 ctm. długości dochodzące igły: po zupełnem wyschnięciu cieczy przybrał osad ten barwę słabo czekoladową, o powierzchni szklistej i składał się z drobnych, szklistych, nieregularnych bryłek.

Strąt pierwotny, otrzymany pod wpływem odcz. Essbacha przedstawiał się pod drobnowidem (Reichert VIII/4) w postaci a) żółtych, nieregularnych, przeświecających bryłek; b) z przeźroczystych, długością do średnicy dwóch ciałek czerwonych dochodzących igiełek; c) z drobnych, dość regularnych, wydłużonych pryzmatów, pochodzących prawdopodobnie z rozpadu pod b) opisanych igieł. Na tych badaniach musiałem, dla braku odpowiednio urządzonej pracowni, poprzestać.

Przystępuję obecnie do rozpatrzenia się i do zastanowienia nad ostatnim, wyżej opisanym przypadkiem, który uwzględniając wynik badania klinicznego i chemicznego, za przypadek skazy moczanowej — zdaje mi się — uważać można.

Wywiady, tyczące się pacyenta i jego rodziny wykazują, iż przypuszczenie tu tła dziedzicznego jest uzasadnione. Nerwowość, tak często w związku z chorobami przemiany materyi powstająca, otyłość matki i skłonność do niej u siostry, wreszcie śmierć ojca i dziadka pacyenta, spowodowane przez chorobę sercową, skłaniają do przyjęcia wspólnej dla tych objawów chorobowych przyczyny, t. j. nieprawidłowej przemiany materyi, przechodzącej niejako w spadku z pokolenia na pokolenie: wywiady, dotyczące samego pacyenta przekonują nas, iż cierpienie jego powoli, od szeregu lat się rozwijało, przyśpieszonem zaś zostało nadużywaniem wyskoku i życiem hulaszczem, które pacyent rozpoczął w wieku względnie młodym.

Badanie kliniczne wykazało: a) charakterystyczne obrzmienia falang u palców rąk, a jak opiewają wywiady i nóg; b) charakterystyczne guzki na dolnych kończynach (tophi uratici); c) zadraźnienie pęcherza przez bardzo kwaśny mocz, częsty objaw skazy moczanowej, cechujące się koniecznością częstego moczenia i obecnością ciałek ropnych, a niedające się odnieść do rzeżączki, wykluczonej przez wywiady i badanie drobnowidowe; d) wada zastawki dwudzielnej, często występująca przy skazie moczanowej; e) dziedziczna „nerwowość“, bardzo wybitna; f) wreszcie stan moczu: ciemna wysycona jego barwa, niedająca się w żaden sposób odnieść do sprawy gorączkowej, trwającej zaledwie 24 godzin, zwłaszcza, iż mocz dopiero w trzy dni po ustaniu gorączki otrzymałem; wysoki, 1·035 wynoszący, ciężar gatunkowy, wreszcie bardzo wybitna, przez 8 dni utrzymująca się kwasota moczu, niedająca się innym jakimś czynnikiem wytłómaczyć, zniewoliły mnie do postawienia rozpoznania „skazy moczanowej“.

Osad, wywołany odczynnikiem Essbacha, jest, o ile mnie pamięć nie myli, a przejrzenie dostępnej mi literatury na to twierdzenie pozwala, składnikiem, któremu dotąd nikt bliższej uwagi nie poświęcił. Obecność jego w moczu może być — jak to ostatni opisany przypadek chorobowy wykazuje — nieobojętnym i łatwym do wykonania czynnikiem rozpoznawczym we wczesnych okresach skazy moczanowej, zanim ta, w początkach swych niełatwa do rozpoznania, choroba się rozwinie i poszczególne narządy ustroju ludzkiego kolejno pozajmuje. Ma się rozumieć, iż nie ośmielam się stawiać żadnych pewników i wyciągać wniosków z luźnych spostrzeżeń, które właściwie na jednym tylko dość ściśle spostrzeganym przypadku oprzećby się mogły. Uważam jednak za stósowne podać te skąpe spostrzeżenia do wiadomości ogółu, a to w tym celu, aby tak poważni przedstawiciele nauki, jak i lekarze praktyczni mogli dalej od moich idące spostrzeżenia i badania poczynić, a względnie me błędne zapatrywania sprostować.

IV. Oceny i sprawozdania.

Penzoldt i Stintzing. **Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.** *Wydanie II Jena 1898. Nakład G. Fischera.* Zeszyt 18, 19 i 20.

Z ukazaniem się trzech leżących przed nami zeszytów ukończonem zostało wydawnictwo wybornego siedmiotomowego podręcznika. Trzy te zeszyty zawierają dokończenie tomu 5 i cały tom 6, poświęcone leczeniu chorób nerwowych i umysłowych. (Tom 7 wyszedł już wcześniej). Znajdujemy tu rozdziały pióra prof. Edingera (Choroby nerwów obwodowych), prof Stintzinga (Choroby rdzenia) i prof. Schedego (Chirurgia rdzenia i nerwów obwodowych). Leczenie chorób umysłowych opracowali prof. Emminghaus i prof. Ziehen; w dodatku znajdują się praca prof. Bürknera o chorobie Mènièrea i o chorobach ucha w przebiegu chorób nerwowych i umysłowych. W końcu w dziale, poświęconym leczeniu chorób narządów ruchu, spotykamy nazwiska: prof. Heinekego (ortopedya), dr. Ramdohra (gimnastyka lecznicza i mięsienie), prof. Lenhartza (sprawy gośćcowe i t. p.), prof. Hagenbach-Burckhardta (krzywica), prof. Winckla (rozmiękczenie kości). O sposobie, w jaki całe dzieło zostało ułożone i opracowane, wspominaliśmy niejednokrotnie w sprawozdaniach z poprzednich zeszytów; niema więc potrzeby ponownie wyliczać licznych zalet dzieła. Nakładca nie szczędził starań, aby bogatej treści dać przyzwoitą szatę, wyraźny druk, dobry papier i starannie wykonane ryciny. Cena dzieła, wynosząca w przedpłacie około 105 marek, obecnie została miernie podwyższona. *Z.*

V. Wyciągi.

Edmund Kowalski (Lwów): **Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów.** *(Blätter für klin. Hydrotherapie*, Nr. 5, 6, 7, 8. 1898, oraz *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.* 1898). Zachowanie się ciepłoty w narządach wewnętrznych pod wpływem okładów, stósowanych na powłoki zewnętrzne ciała, było dotychczas przedmiotem dość licznych badań; sprzeczne jednak ich wyniki (Silex), jak i sposób zapatrywania się, względnie tłómaczenia, zależności ciepłoty od krążenia krwi, a raczej od pojemności naczyń, dały pochop autorowi do przeprowadzenia

w tym kierunku szeregu doświadczeń częścią na królikach, częścią na psach.

Z doświadczeń tych, idąc za myślą, jaką kierował się autor, widzimy w pierwszym rzędzie, że ciepłota w jamie brzusznej pod okładami zimnymi, przy zachowaniu prawidłowych stosunków krążenia, pozostaje w pierwszej chwili (2—4 minuty) bez zmiany, poczem dopiero stale opada; pod okładami gorącymi w pierwszej chwili (1 minuta) nieco opada, następnie przez 3—4 minut pozostaje na tym samym stopniu, poczem w dalszym ciągu stale podnosi się; przy wykluczeniu krążenia w jamie brzusznej (przecięcie nerwu trzewiowego, przecięcie rdzenia pacierzowego na wysokości ostatnich kręgów piersiowych, porażenie ośrodków naczynioruchowych) ciepłota pod okładami zimnymi zaraz od początku stale opada, pod gorącymi zaś stale podnosi się, nadto tak obniżanie się ciepłoty pod pierwszymi, jak podnoszenie się pod drugimi, jest znaczniejsze, niż w doświadczeniach przy prawidłowem krążeniu. Z zestawienia powyższych wyników widać, że między zachowaniem się ciepłoty w doświadczeniach pierwszej, a drugiej kategoryi zachodzi różnica tak jakościowa, jak ilościowa, bo po wykluczeniu krążenia trzewnego raz niema wahań wstępnych, powtóre jest znaczniejszy wpływ bodźca termicznego, czyli znaczniejsze obniżenie się, względnie podniesienie ciepłoty.

Wobec tego celem dalszych doświadczeń było wykazanie przyczyny powyższych objawów; a ponieważ różnice wspomniane występowały zawsze po wykluczeniu krążenia, przeto badał autor najpierw zachowanie się ciepłoty zależnie od samego krążenia, bez stósowania okładów, t. j. zależnie od przekrwienia, względnie od niedokrewności i pokazało się, że sprowadzanie przekrwienia w jamie brzusznej (drażnienie nerwu *depressor)* wywołuje obniżanie się ciepłoty, sprowadzanie zaś niedokrewności (ucisk na aortę, drażnienie nerwu trzewiowego) podwyższanie się jej; następnie badał, czy okłady wywierają wpływ i jaki na krążenie w jamie brzusznej, a na podstawie zmian w ogólnem ciśnieniu krwi i na podstawie czasu występowania i trwania ich, otrzymał odpowiedź, że naczynia krwionośne trzewiów pod okładami zimnymi się zwężają, pod gorącymi zaś rozszerzają; wreszcie badał zachowanie się warstwowe ciepłoty pod okładami i pokazało się, że tak obniżanie się jej pod okładami zimnymi, jak i podnoszenie pod gorącymi zależy od grubości warstwy tkanin i od oddalenia okładu, czyli że okłady zimne oziębiają, okłady gorące ogrzewają tkaniny i to wedle prawa o przewodnictwie ciepła.

Na podstawie tych danych przyszedł autor do następujących wniosków: Okłady stósownie do swej ciepłoty ogrzewają, względnie oziębiają, narządy wewnętrzne drogą przewodnictwa, prócz tego zmieniają w nich stosunki krążenia i to okłady gorące naczynia krwionośne rozszerzają, zimne zwężają; krążenie zaś, jako takie, wpływa na bieg ciepłoty w ten sposób, że przekrwienie ją obniża, niedokrewność podwyższa, zachowanie się zatem ciepłoty w narządach wewnętrznych pod wpływem okładów zależeć będzie, prócz innych czynników, głównie od dwóch, t. j. od działania okładu drogą przewodnictwa i od działania drogą odruchowych zmian w krążeniu; czynniki zaś te są co do działania wręcz przeciwne: okłady gorące drogą przewodnictwa ciepłotę podnoszą, przez równoczesne zaś rozszerzenie naczyń obniżają; przeciwnie, okłady zimne drogą przewodnictwa obniżają, przez zwężenie naczyń podwyższają, ciepłota zatem każdorazowa narządów wewnętrznych będzie ilością wypadkową, zależną od nasilenia pojedynczych tych czynników i odpowiadającą działaniu czynnika, mającego w danej chwili przewagę.

Jako ilustracyę powyższych wywodów przytacza autor następujące doświadczenia, że, ile razy po znaczniejszem już obniżeniu się ciepłoty pod okładem zimnym przy zatrzymaniu nadal jego, czyli przy wpływie bezustannym tej samej podniety termicznej, sprowadzał w jamie brzusznej przekrwienie, ciepłota opadała szybko, ile razy zaś — niedokrewność, ciepłota nagle podnosiła się; przeciwnie: ile razy po podwyższaniu się ciepłoty pod okładem gorącym i przy zatrzymaniu jego, czyli przy wpływie dalszym tej samej podniety termicznej, wywoływał w jamie brzusznej niedokrewność, ciepłota podnosiła się szybko, ile razy — przekrwienie, nagle opadała.

Na podstawie więc tej, że ciepłota każdorazowa jest ilością wypadkową zależną od czynnika, który w danej chwili ma przewagę, tłómaczy autor możebność wyników, jakie otrzymał Silex, odmiennych od tych, jakie wykazywali dotychczas inni badacze. *Dr. W. Jasiński.*

Stróżewski Konstanty: **O leczeniu mechanicznem bezwładu połowiczego (hemiplegia)** (*Gazeta Lekarska* 1898). Podług nowszych spostrzeżeń bezwład połowiczy nie poraża poosobnych mięśni, ale całe mechanizmy mięśniowe, t. j. gromady mięśniowe, przedstawiające pewną jedność pod względem czynności fizyologicznej. W poszczególnych przypadkach stopień osłabienia mięśni bywa najróżnorodniejszy, w każdym więc stwierdzić należy, jakie mechanizmy mięśniowe pozostały nieupośledzone, jakie osłabły, a jakie uległy zupełnemu porażeniu.

Leczenie przedewszystkiem powinno być przyczynowe, więc w kile leczenie swoiste, w miażdżycy odpowiednie itp. Po za tem wielkie znaczenie ma leczenie mechaniczne, do którego im wcześniej przystąpimy, (o ile niema przeciwwskazań ze strony mózgu lub serca), tem lepsze będą wyniki. Zawroty głowy, jakich doznają niektórzy chorzy w początkach, kiedy zaczynają wstawać i chodzić, nie stanowią przeciwwskazania do stósowania leczenia mechanicznego, bo zdarzają się tak w parę tygodni, jak i w parę miesięcy po udarze. Przedewszystkiem nie należy doprowadzić do powstania przykurczeń, bo wyniki nie mogą być wówczas pomyślne.

Leczenie mechaniczne zasadza się na wykonywaniu pewnych ruchów, a stósować je należy prawie wyłącznie do mięśni, które zachowały swą sprawność. Ćwiczenia mechaniczne dzielą się na bierne, czynne i z oporami. Zacząć należy od mięsienia z ruchami biernymi; jak tylko chory jest w stanie wykonać ruchy czynne, wciągnąć i te w zakres terapii mechanicznej, obok mięsienia i ruchów biernych, a zacząć niedługo też ruchy z oporami. A więc wszystkie możliwe ruchy we wszystkich stawach: zginanie, prostowanie, wywracanie, nawracanie itp. W odniesieniu do kończyny dolnej ważną jest rzeczą nauczyć chorego prawidłowo stać i chodzić, oczywiście pomału, z rozmysłem, pomagając początkowo, a zawsze unikając zmęczenia, to jest tak, jak w racyonalnej gimnastyce. Oczywiście oprócz tego nie zaniedbywać innych czynników leczniczych, jak elektryczności, kąpieli, które wspomagają leczenie mechaniczne. Ponieważ chorzy porażeni ulegają zazwyczaj przygnębieniu i niechętnie chcą robić jakiekolwiek wysiłki, zadaniem lekarza będzie pobudzić ich energię duchową i żywo zachęcać do ćwiczeń, tembardziej, że wyniki tego sposobu leczniczego są nadzwyczaj pomyślne (w nadających się przypadkach).

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Sevestre: **Rokowanie i leczenie dławca w epoce obecnej**. (*Bulletin Médical*, Nr. 84, 1898) Między chorobami, do opanowania których odkrycia naukowe lat ostatnich najbardziej się przyczyniły, pierwszorzędne miejsce zajmuje błonica, a zwłaszcza jej postać krtaniowa, dławiec. Oczywiście dławiec zawsze pozostaje ciężką chorobą, ale nie jest on obecnie tak fatalnie prawie śmiertelnym, jak był do niedawna jeszcze. Najlepiej o tem przekonać nas mogą liczby. Statystyka Rogera i Séego za lata 1826—1858 obejmuje 10,271 przypadków dławca, z których było tylko 2,107 wyleczeń, a 8,614 śmierci, t. j. 80%,34. Druga statystyka Archambaulta, za lata 1866—1878, podaje 4,241 chorych: z tych 1011 wyzdrowiało, a 3230 zmarło, czyli 76%,16. To zmniejszenie się śmiertelności, zdaniem Archam-

baulta, przypisać należy rozpowszechnieniu się zabiegów operacyjnych. Dopiero jednak od r. 1894, t. j. od czasu wprowadzenia w użycie surowicy, śmiertelność spada ogromnie. Autor prowadzi od 1-go stycznia 1885 r. oddział błoniczy w szpitalu „des Enfants Malades“ w Paryżu. Od tej daty do końca roku 1897, t. j. w przeciągu lat 3-ch, leczył on w swym oddziale 1137 przypadków dławca. Z tych umarło ogółem 274, t. j. 24%,09. Jeżeli wszakże odrzucić te przypadki, gdzie dzieci umierały zaraz po przyjęciu do szpitala, lub w kilka godzin później, tak iż leczenie albo nie mogło być stósowanem, albo nie mogło już wywrzeć działania, to w takim razie przypadków śmierci było tylko 136, czyli 13%,78. Dzięki przeto stósowaniu surowicy prognoza dławca jest dziś bez porównania lepszą. Interwencya operacyjna rzadko jest konieczną. Zastrzykiwania surowicy należy czynić o ile możności najwcześniej, oraz w dostatecznej ilości. Koniecznem jest, by jej działanie było szybkiem i silnem. Zwykła doza dla dzieci powyżej lat 2-ch jest 20 ctm. sz., w przypadkach zaś silnych powtórzoną być winna tegoż dnia lub nazajutrz. Dla dzieci poniżej lat 2-ch wystarcza 10 ctm. sz., ale nawet i w tych razach często dobrze jest zastrzyknąć 20 ctm. sz. Najmłodsze dziecko, jakie leczył autor, miało 5 tygodni zaledwie i wyzdrowiało po dwukrotnem zastrzyknięciu 5 ctm. sz. Po za tem należy chore dziecko umieścić w jaknajlepszych warunkach higienicznych, należycie je odżywiać, i co bardzo jest ważnem, uważać, by powietrze, którem dziecko oddycha, było dostatecznie nasycone parą wodną. Zimne obwijania tułowia działają często uspokajająco na kurcz krtani. W niektórych przypadkach, gdy duszność bardzo jest silną, niepodobna jest obejść się bez interwencyi operacyjnej. Autor w takich razach ucieka się do intubacyi krtani, której daje pierwszeństwo przed nacięciem tchawicy. Intubacya jednak przedstawia tę niedogodność, iż przez cały czas znajdowania się tubusa w krtani wymaga ciągłej obecności lekarza. Gdy to jest niemożliwem, lepiej jest wówczas naciąć tchawicę. Prócz tego w 4 następujących przypadkach rozcięcie tchawicy jest niezbędnie wskazanem: 1) gdy tubus bywa wykrztuszanym często i wielokrotnie; 2) gdy również często raz po raz tubus zatykanym zostaje przez błony rzekome; 3) gdy napady kurczu następowego nie pozwalają wyciągnąć tubusa bez narażenia dziecka na zaduszenie; wreszcie 4) u dzieci cierpiących na odrę z błonicą lub bez niej, a u których intubacya była konieczną z powodu zajęcia krtani. W tym ostatnim przypadku można zostawić tubus w krtani najwyżej 4—5 dni. Jeżeli choroba w tym czasie nie mija, to należy uciec się do rozcięcia tchawicy, z powodu bowiem osobniczej drażliwości błony śluzowej krtani, tubusa dłużej zostawiać nie można.

W Kania.

Dr, Goldberg: **O udzielaniu się swoistego działania na bakterye (bakteryobójczości) zwierzętom zdrowym za pośrednictwem surowicy zwierząt uodpornionych.** (*Bolniczmaja Gazeta Botkina* Nr. 37, 38, 39, 1898). Wobec sprzecznych w nauce poglądów na możność udzielania się zwierzętom zdrowym swoistych własności bakteryobójczych za pośrednictwem surowicy zwierząt uodpornionych przeciw pewnego rodzaju drobnoustrojom i wobec ważności tej sprawy zarówno dla nauki jak i dla celów praktycznych, autor przedsięwziął szereg doświadczeń z mętwikiem (vibrio) Miecznikowa, który, jak wiadomo, wywołuje u morskich świnek i gołębi typową t. zw. posocznicę mętwikową. Do doświadczeń swoich używał autor świnek morskich, których surowica po uodpornieniu nabywa silnych własności bakteryobójczych dla tego drobnoustroju, podczas gdy surowica zdrowych świnek własności tych nie posiada. Na zasadzie tych badań doszedł autor do następujących wniosków: 1) za pośrednictwem surowicy świnek uodpornionych przeciw posocznicy mętwikowej można u świnek zdrowych otrzymać surowicę bakteryobójczą względem mętwika Miecznikowa. 2) Ta bakteryobójczość surowicy występuje po upływie doby od zastrzyknięcia surowicy zwierząt uodpornionych. 3) Jest wielkie prawdopodobieństwo, że bakteryobójczość ta nie jest czysto bierną, lecz że ustrój przyjmuje czynny udział w wytwarzaniu bakteryobójczych własności. 4) Choć własności bakteryobójcze krwi mają wielkie znaczenie dla wyjaśnienia odporności ustroju, to jednak nauki o odporności nie podobna opierać wyłącznie na tych własnościach. 5) W walce z bakteryami septycznemi własności bakteryobójcze krwi (wzgl. surowicy) odgrywają ważną rolę. 6) Dodatni wynik leczniczy przy stósowaniu surowicy w chorobach posoczniczych według wszelkiego prawdopodobieństwa należy w znacznym stopniu przypisywać bakteryobójczym własnościom surowicy zwierząt leczonych tą metodą. *Dr. Gliński.*

Buschke: **Zakażenie drożdżami u ludzi i zwierząt.** (*Volkm. Samml. klin. Vortr. N. F.* Nr. 218). B. spostrzegał wspólnie z Bussem następujący przypadek: U 31-letniej kobiety rozwinął się guz na twarzy i karku,a wkrótce potem i na lewem podudziu. Miazga, uzyskana z powierzchni przekroju naciętych guzów, zawierała w wielkiej ilości drożdże, które u myszy wywoływały zabójczą drożdżową posocznicę lub też ogniskowe sprawy chorobowe w różnych narządach. Wkrótce przed śmiercią chorej wykryto drożdże także w jej krwi, a po śmierci wreszcie w narządach wewnętrznych. Przypadek ten dowodzi, że drożdże mogą i u ludzi mieć znaczenie chorobotwórcze. Na zasadzie swoich badań dzieli B. drożdże na nieszkodliwe, które żyją tylko jako saprofity na powierzchni błon śluzowych w wydzielinach, lecz które mogą stać się szkodliwe przez swoje produkta przemiany materyi; dalej na drożdże, żyjące w powierzchownych warstwach przybłonków i wywołujące sprawy nieżytowe, nadżerki i płaskie owrzodzenia; wreszcie na takie, które rozwijając się w głębi ustroju wywołują bądźto rodzaj posocznicy, bądź miejscowe ogniskowe sprawy chorobowe. Posocznicy drożdżowej dotąd u ludzi nie spostrzegano, daje się ona natomiast wywołać doświadczalnie u myszy. Z miejscowych zachorzeń stoją na pierwszym planie u ludzi i u zwierząt blastomykozy (grzybice drożdżowe) skórne; doświadczalnie można u zwierząt wywołać takie ogniskowe grzybice w wielu narządach. Powstające przy tem guzy składają się przeważnie z samych komórek drożdżowych; ustrój dostarcza do nich tylko nieco tkanki ziarninowej; na błonach surowiczych powstają guzki śródbłoniakowate, zawierające mnóstwo drożdży. Zdaniem B., nie łączy drożdży żaden stosunek z nowotworami złośliwymi; nie zdołał on ich nigdy wykazać w rakach i mięsakach, ani też zapomocą hodowli drożdży chorobotwórczych wywołać czegoś, choćby odlegle podobnego do tego rodzaju nowotworów.

Doc. Ciechanowski.

M. Szereszewskij (Petersburg): **O nowej oznace miażdżycy łuku aorty.** (*Semaine Médicale* Nr. 51, 1898 r.). Opierając się na badaniach i spostrzeżeniach dawniejszych autorów, a nie mniej i na swoich własnych, autor opisuje trzy następujące objawy fizyczne miażdżycy łuku aorty: najpierw, jak to już wiadomo od czasów Piorryego, położenie serca zmienia się zależnie od pozycyi, jaką zajmuje badany. W r. 1886 autor prowadził studya nad tą sprawą i doszedł do wniosku, iż serce głównie na wielkich pniach naczyniowych jest zawieszonem, te zaś, bogatemi będąc we włókna sprężyste, z łatwością na zmianę jego położenia pozwalają; jeżeli zaś miażdżyca ogarnia aortę, to ta ostatnia, twardniejąc, nie może więcej się rozciągać i serce zostaje jakby przykutem do miejsca, co pierwszą oznakę miażdżycy aorty stanowi. Powtóre, niektórzy autorowie francuscy dawniej już spostrzegali i opisali, jako jednę z oznak charakterystycznych miażdżycy aorty, — stałe, niezmienne powiększenie średnicy tego naczynia. Wreszcie, ostatnia oznaka, która jest niejako dalszym ciągiem poprzedzających, została teraz specyalnie przez autora zbadaną: jeżeli ściany aorty pod wpływem zwapnienia twardnieją, to naczynie to nie może się zwężać, ani rozszerzać. Trudnem jest to wszakże do stwierdzenia przy badaniach chorego. Otóż autor podaje właśnie następujący sposób wywołania dowolnego rozszerze-

nia lub zwężenia łuku aorty. Za pomocą zwykłego opukiwania określa on granice łuku aorty i oznacza je ołówkiem. Następnie, uderza on w miejsce oznaczone młotkiem, bez plesymetru, 5 do 10 razy o tyle silnie, aby wywołać pewnego rodzaju bolesne uczucie. Jeżeli w kilka chwil potem oznaczamy na nowo granice łuku aorty, to pokazuje się, iż naczynie to uległo rozszerzeniu. Przy opukiwaniu kierować się należy ku linii środkowej mostka, prawa bowiem granica stłumienia aorty silniej przy tem reaguje. Aby znowu wywołać zwężenie aorty, wystarczy 2—3 suchych uderzeń w dołek podpiersiowy. W pierwszym przypadku sfygmograf wykazuje za każdem uderzeniem obniżenie, w drugim zaś podniesienie fali krwi. Taka reakcya daje się spostrzegać jedynie u ludzi niedotkniętych nawet w słabym stopniu miażdżycą łuku aorty. Ma być ona bardzo czuła.

W. Kania.

Dr. Jerzy Strube. **Doświadczenia lecznicze z heroiną.** *(Berl. klin. Wochenschrift.* 1898. Nr. 45). Heroina, proszek biały, słabo gorzki, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwiej po dodaniu kilku kropli kwasu octowego (teraz wyrabiają już łatwo rozpuszczalny szczawian heroinowy), wytwór, zastępujący morfinę, działa przedewszystkiem na ośrodek oddechowy, obniża częstość oddechów, zmniejsza podrażnienie do kaszlu, a usuwając duszność i kaszel, sprowadza sen. W porównaniu z morfiną, posiada o wiele mniejsze działanie kojące. Ubocznych objawów nie spostrzegł autor, jak również przyzwyczajenia. Dawka 0·005—0·01, działa na 2 do 4 godzin i można ją powtórzyć. W ogóle radzi autor podawać heroinę aż do 0·025 *pro die* w przypadkach, w których dotąd zapisywano morfinę lub kodeinę, zawsze jednak pod nadzorem lekarskim, albowiem lek ten jeszcze dostatecznie wypróbowany nie został. Najwięcej nadają się do stósowania heroiny przypadki gruźlicy płuc i dusznicy. Zapisywać można w pigułkach, w proszkach, a przetwór łatwo rozpuszczalny *Heroinum oxalicum* i w płynie.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Schein. **Pobudzenie wydzielania pokarmu zapomocą mięsienia powłok brzusznych.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 18, 1898). Autor wychodzi z założenia, że bezpośrednio po porodzie wskutek zmniejszonego dopływu krwi do macicy główny prąd krwi zostaje skierowany do powłok brzusznych, a ztąd powstałe przekrwienie, za pośrednictwem tętnicy i żyły sutkowej wewnętrznej, oraz tętnicy i żyły nabrzusznej wyższej i niższej (arteria et vena mammaria interna, epigastrica superior et inferior) udziela się sutkom i to pobudza gruczoły mleczne do żywej czynności wydzielniczej. Na podstawie tego rozumowania autor stara się podnieść wydatność sutków, tam, gdzie gruczoły same są dobrze rozwinięte, a tylko z innych przyczyn wydzielanie pokarmu nie dopisuje, zapomocą mięsienia powłok brzusznych oboma rękami na płask ułożonemi w kierunku od bioder ku sutkom. Lekko uciskając i przesuwając ręce od dołu ku górze, wygniata się niejako krew z powłok brzusznych ku sutkom. Mięsienie tego rodzaju stosuje autor raz dziennie po 20—60 minut i powtarza je przez kilka dni z rzędu. Wyniki, jakie autor tą metodą otrzymał, upoważniają go do zachęcania stósowania tego sposobu. *Ww.*

Stanisław Pechkranz: **Przypadek zapalenia opon mózgowych niegruźliczej natury z niezwykłym przebiegiem.** *(Gazeta Lekarska,* Nr. 46, 1898). Dziewczynka 10-letnia przed 8 tygodniami przebyła zapalenie płuc, zaś przed 2-ma dniami doznała wstrząśnienia silniejszego (spadła razem z siennikiem pod łóżko wskutek wypadnięcia desek). Dreszcze, gorączka, silny ból głowy, zesztywnienie karku. Objawy w czasie pobytu w szpitalu kazały rozpoznać zapalenie opon mózgowych, nie wiadomo tylko, czy gruźlicze, czy t. zw. zwykłe. Po niespełna 9 tygodniach zejście śmiertelne, a badanie zwłok wykazało zapalenie opon niegruźlicze, usadowione na podstawie mózgu. W wysięku włóknikowym wykryto dwuziarniak zapalenia płuc (diplococcus pneumoniae Fraenkel-Weichselbaum). Zapalenie to było przerzutowe, a bezpośrednim powodem usadowienia się na oponach pewne ich uszkodzenie, (jako miejsce mniejszej odporności) po wstrząśnieniu. Objawy za życia więcej przemawiały za zapaleniem gruźliczem. Przerzutowe zapalenie opon po zapaleniu płuc, nie w jego przebiegu i to po tak długim czasie (8 tygodni), należy do rzadkości, choć znane jest z literatury po 3 miesiącach. Badania dna oka dla rozpoznania zapalenia opon gruźliczego — nie robiono.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Dr. A. Ciągliński: **Kilka uwag o tak zwanej neurozie traumatycznej i symulacyi.** (Rzecz wygłoszona na I. Zjeździe lekarzy kolejowych w Petersburgu; czerwiec 1898). *Gazeta Lekarska.* Nr 46, 1898. Nerwica urazowa jako osobna choroba nie istnieje, ale nazwę tę nadaje się dla wygody cierpieniom układu nerwowego, powstałym po urazie i w jego następstwie. Rozpoznanie nerwicy urazowej nastręcza nieraz wiele trudności, zwłaszcza lekarzom, powołanym przez władzę kolejową do ocenienia stanu zdrowia człowieka, skarżącego się na zaburzenia nerwowe. Od ich świadectwa zależy przyszłość tego człowieka, który znów może w chęci wyzysku udawać chorobę. Praktyczna zasada dla lekarzy kolejowych jest, aby nie rozpoznawać nerwicy urazowej na zasadzie samych objawów podmiotowych, a bez przedmiotowych.

Udawanie nerwicy urazowej jest mniej częste, niż się ogólnie wydaje. Popęd do przesady, a nawet udawania, podobnie jak w histeryi, zdarza się nieraz w prawdziwej nerwicy urazowej. Autor radzi jak najprędzej ustalić w danym przypadku rozpoznanie nerwicy urazowej bez zbytniego przeciągania badań; ciężkie zaś przypadki poddać spostrzeganiu w szpitalu pod nadzorem lekarskim; los poszkodowanego i rodziny jak najszybciej upewnić, przyczem należy przyznać pierwszeństwo odszkodowaniu jednorazowemu przed rentą roczną, połączoną z obowiązkiem corocznego sprawdzania stanu zdrowia i to pod groźbą odebrania renty w razie poprawy zdrowia, lub wzięcia się do jakiejkolwiek pracy.

Przydługie badania, przeciąganie ostatecznego rozstrzygnięcia, świadectwo z zastrzeżeniem jawienia się poszkodowanego po roku do ponownego zbadania, trzymają chorego w zawieszeniu i powiększają nasilenie nerwicy urazowej przez poddawanie psychiczne. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

F. Gintl: **O zachowaniu się pepsyny w chorobach żołądka.** *(Arch. f. Verdauungskrank.* B. IV. H. 3 1898). Autor przeprowadził szereg doświadczeń nad zachowaniem się pepsyny w żołądku trawiącym ludzi zdrowych i dotkniętych różnymi stanami patologicznymi żołądka. Do ilościowego oznaczenia pepsyny posługiwał się metodą Hammerschlaga, którą uważa z powodu łatwości wykonania jej za bardzo odpowiednią do praktycznego i klinicznego użytku. Wyniki osiągnięte są następujące:

W fizyologicznych warunkach trawienia oznaczone wartości pepsyny wahają się w dość małych granicach, odsetkowo oznaczone między 85%—96%.

Przy niedomodze wydzielniczej HCl nie można wnosić o analogicznem zachowaniu się pepsyny, albowiem w przypadkach, w których znaleźć można znaczne zmniejszenie ilości HCl., a nawet zupełny brak jego, badanie ilościowe pepsyny może wykazać dość jeszcze wysokie wartości. W przypadkach wrzodu okrągłego, nadmiernego wydzielania HCl., obniżenia żołądka (ptosis), nadto przy bladaczce, niedokrewności i niedomodze nerwowej ilościowe zachowanie się pepsyny nie jest stałe, wartości odsetkowe wahają się w granicach prawidłowych, lub są nieco tylko niższe (71%).

Wartość odsetkowa pepsyny w raku żołądka jest różną; może być bardzo znacznie zmniejszona, w innych przypadkach nieco tylko mniejszą, a nawet dosięgać liczby prawidłowej. W rakach żołądka, powstałych na tle wrzodu okrągłego, pepsyna nie zachowuje się analogicznie do zmniejszania się wolnego HCl. Podobne zachowanie się pepsyny, jak przy raku, stwierdzić można i przy nieżytach zanikowych żołądka (hypoachylia gastrica) jakkolwiek tu w prze-

ważnej ilości przypadków wykazać się daje mniejsze lub większe osłabienie siły trawienia. *Dr. Rencki.*

Dehio: **O zapaleniach i owrzodzeniach, wywoływanych w jelicie grubem człowieka przez „*Balantidium coli*".** *(Russkij archiw patologii e. t. c.* 1898. Tom VI. Z. 2.*).* Kilku już autorów opisywało zmiany jelita grubego, podobne do owrzodzeń dysenterycznych u ludzi cierpiących za życia na ciężkie biegunki, połączone z wydalaniem z kałem pasorzyta „*balantidium coli*". Z trzech przypadków takich, spostrzeganych przez D., a zakończonych śmiercią, dwa razy również znaleziono rozległe wrzody w jelicie grubem, raz zaś zmiany nieżytowe bez owrzodzeń, u treści zaś jelit ogromną ilość owych pasorzytów, które D. uważa za przyczynę choroby. Zwróciwszy baczniejszą uwagę na obecność „*balantidium*" w stolcach, stwierdził D., że znajduje się on w nich wiele częściej, niżby się można spodziewać, i sądzi, że odgrywa on dość ważną rolę między przyczynami ciężkich schorzeń jelita grubego (przynajmniej w okolicach Dorpatu). Wogóle spostrzegano dotąd 61 przypadków podobnych; z tych 28 przypada na Rosyę, a z tego 11 na Dorpat. *C.*

Spronck (prof. w Utrechcie): **O korzystnym wpływie ogrzewania surowicy przeciwbłoniczej na przypady, zdarzające się po jej wstrzykiwaniach.** *(Annales de l'Institut Pasteur* 1898. Nr. 10). Dawniej już stwierdzono doświadczalnie na zwierzętach, że ogrzanie surowicy przeciwbłoniczej przez 1¾ g. do 58° C. zapobiega jej działaniu ubocznemu. S. przekonał się, że tak samo dzieje się przy stósowaniu surowicy u ludzi. W ciągu lat 1895 i 1896 na 1365 chorych, leczonych surowicą nieogrzewaną, u 208 t. j. 15·2% wystąpiły niemiłe skutki uboczne, jako to osutki rumieniowate, zajęcie stawów i t. p. Natomiast w roku 1897 na 251 chorych, leczonych surowicą ogrzaną, skutki uboczne pojawiły się tylko u 12 t. j. 4·7%. W szpitalu Wilhelminy w Amsterdamie surowica nieogrzewana wywoływała skutki uboczne w 22·7%, ogrzewana tylko w 8·7%. W szpitalu w Haarlemie odnośne liczby wynoszą 19·5% — i 2·1%. Prof. Bujwid radził dla zapobieżenia skutkom ubocznym nie uzyskiwać surowicy wcześniej, jak w dwa tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu jadów błoniczych koniom. S. utrzymuje, że nawet znacznie wcześniej uzyskana surowica nie działa szkodliwie, byle ją poddać ogrzaniu. Siła surowicy przez to ogrzanie słabnie wprawdzie, ale, według S., tylko bardzo nieznacznie; zresztą wyniki leczenia w szpitach w Amsterdamie i Haarlemie były prawie te same bez względu na to, czy surowica była ogrzana lub nie, a ogrzanie zapobiegało, jak wspomniano, działaniu ubocznemu. *C.*

F. Winkler: **O szczególnych tworach kulistych w zmianach kiłowych spostrzeganych.** *(Pos. Towarz. lekar. w Hamburgu* 11. 10, 1898). Autor spotykał w zmianach i wydzielinach kiłowych małe twory kuliste, ostro odgraniczone, z wyraźną otoczką i plamą jasną, odśrodkowo ułożoną; tu i owdzie zaś spostrzedz można większe twory, kształtem podobne, w których, obok jednej większej plamy, znajduje się kilka mniejszych. Do barwienia używał W. tioniny lub błękitu toluidyny i odbarwiania w formalinie lub błękitu metylowego i odbarwiania w mięszaninie eteru z gliceryną. Nader ciekawem jest znalezienie tych tworów w nasieniu kiłowych, ale tylko bez barwienia. W dalszym ciągu autor zastanawia się nad istotą tych ciał, nie rozstrzygając jednak stanowczo, w jakim związku stoją one do tkanek, a najwięcej przechyla się do przypuszczenia, że przedstawiają bliżej nam nieznane zwyrodniałe jądra, zwłaszcza, że znanem jest działanie jadu kiłowego, upośledzające tworzenie się chromatyny w jądrach komórek. *F. K.*

Dr. R. Kuckein: **Przypadek utajonej tężyczki (latente Tetanie) w rozstrzeni żołądka znacznego stopnia wskutek rakowej cieśni odźwiernika.** *(Berl. klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 45). Niedawno ogłosił Juergensen (Deutsch. Archiv f. klin. Med. LX) przypadek znacznej rozstrzeni żołądka wskutek cieśni po wrzodzie odźwiernika, zakończony zejściem śmiertelnem śród ciężkich objawów mózgowych.

Bardzo podobny przypadek spostrzegał autor w klinice królewieckiej, przypadek, który jednak po dokładnem zbadaniu uważać należy za tężyczkę (tetania). Ponieważ przypadków takich dotąd bardzo mało opisano, podaje autor dokładną historyę choroby i protokół rozbioru zwłok.

Chory 48-letni, przywieziony w stanie bezprzytomnym, zmarł po niecałej dobie pobytu w klinice. Badanie kliniczne wykazało na mocy rozbioru treści żołądkowej oraz innych objawów: rak odźwiernika i rozstrzeń następowa żołądka. Guza nie można było wymacać.

Badanie układu nerwowego wykazało oprócz bezprzytomności i nieznacznych kurczów drgawkowych (klonicznych) obustronny „objaw Trousseaua", t. j. ustawienie ręki położnika wskutek ucisku na *sulcus bicipitalis internus.* Objawu Chvostka nie było, jak również kurczów tężcowych (tonicznych). Na podstawie tego rozpoznano tężyczkę i to tężyczkę utajoną, ponieważ ujawniała się tylko zajęciem *sensorium* i kurczami drgawkowymi.

Etyologia tężyczki wskutek rozstrzeni żołądka posiada dotąd trzy tłómaczenia, opierające się na zagęszczeniu krwi, na samozakażeniu i na odruchowem pochodzeniu kurczów.

W przypadku niniejszym najprawdopodobniejszem wydaje się autorowi samo-zakażenie istotami z rozkładającej się treści w rozszerzonym żołądku. Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że tężyczkę można było rozpoznać dopiero przy dokładnem badaniu, szukając umyślnie jej znamiennych objawów. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Budberg: **Przyczynek do opatrywania pozostałości pępowiny.** *(Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 47, 1898). B. poleca po ukąpaniu noworodka osuszyć pępowinę i obw[illegible]ć ją w pasek higroskopijnej waty, zamaczanej w wysk[illegible] Na to należy położyć lekko drugi pokład waty i założyć opaskę pępkową. Wyskok winien być wolny od fuzlu i absolutny — przynajmniej przez pierwsze dni i przy bardzo tłustej pępowinie. Opatrunek taki zmienia się 1—2 razy dziennie aż do odpadnięcia pępowiny. Dziecko można przez ten czas kąpać albo nie, to zależy od zwyczaju. Autor widział bardzo dobre wyniki przy stósowaniu powyższego sposobu opatrywania pępowin. *Ww.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Kryofinum. Są to kryształki bezbarwne, igiełkowate, rozpuszczalne w 600 częściach wody zimnej, a 52 gorącej, a powstałe przez dodanie fenetedyny do kwasu metylglikolowego. Środek przeciwgorączkowy, a dawka 0.5 grm. odpowiada w tym względzie 1 grm. fenacotyny; stósowany bywa także ze skutkiem przeciw nerwobólom.

Laevulosa. Jest to biała, krucha masa o słodkim smaku, łatwo rozpuszczalna w wodzie. Nadaje się, jako pożywka, w cukrówce, a także jest środkiem, zaoszczędzającym białko w ustroju. Ponieważ smak słodki lewulozy wyraźniejszym jest na zimno, należy więc używać jej do sporządzania kaltesunu, lub lodów owocowych.

Lecithinum. Jest to składnik tkanki nerwowej, zawierający fosfor; znajduje się także w roślinach. Otrzymać go można z ziarn owsa, lub żółtka kurzego i przedstawia się jako masa biała, lub żółtawa, podobna do wosku, rozpuszczalna w wyskoku, eterze i chloroformie, a z wodą i roztworami soli tworząca galaretę.

Według dawniejszych już doświadczeń Danilewskiego i świeżych prac Charrina i Seronoa, wzmaga ten środek czynność przewodu pokarmowego, zwiększa znacznie łaknienie, podwaja prawie ilość ciałek czerwonych, czyli wpływa znacznie na przybytek wagi ciała. W celach tych używano wstrzykiwań.

Malleinum. Jest to mieszanina trujących produktów przemiany materyi prątka nosacizny, a nadaje się do celów rozpozna-

wczych, podobnie, jak tuberkulina. Benome i Buschke stosują już ze skutkiem maleinę u człowieka w celach rozpoznawczych, a nawet leczniczych, a przynajmniej prognostycznych.

Methylium salicylicum $OH.C_6H_4CO_2CH_3$. Jest to ciecz bezbarwna, lub blado-żółtawa, o c. g. 1.18, wrząca przy 220° C.

Po pracy H. C. Wooda, głoszącej, że środka tego używać można przeciw gośćcowi zamiast salicylanu sodowego, ogłosili wyniki swych doświadczeń Linosier i Lannois, potwierdzające to twierdzenie i zalecające środek ten szczególnie wskutek własności jego przesiąkania łatwego przez skórę. Sposób stosowania jest prosty: Pod cierpiące miejsce, dobrze oczyszczone, podkłada się nieprzemakalny papier, następnie puszcza się na to miejsce 50—120 kropli salicylanu metylowego, poczem szybko owija się je podłożonym papierem, okłada watą i utwierdza flanelową opaską. W razie potrzeby użyć można 12—24 grm. salicylanu, a przy silnych bólach powtórzyć zabieg dwa razy. Rzecz naturalna, że trudno stósować ten środek przy zajęciu równoczesnem wielu stawów.

Wessanie następuje bardzo szybko, a nie spostrzegano nigdy dotąd ubocznych zaburzeń ze strony żołądka, lub układu nerwowego, jak to ma nieraz miejsce przy podawaniu salicylanu sodowego. Używają go także w wiądzie rdzenia pac., rwie kulszowej, nerwobólach suchotników, także w bólach stawowych w przebiegu płonicy. Duguaire stosuje go też przy rzeżączce, wstrzykując 3 razy dziennie:

Rp.: *Methylii salicylici artific. 1.00*
Bismuthi subnitr. (lub lepiej) *salicyl. basici 10.00*
Vaselini liquidi 100.00
MDS.: *Do injekcyi. Przed użyciem wstrząsnąć.*

Do podawania wewnętrznego zaleca G. Lassare.

Rp.: *Methylii salicyl. artif. 1.00*
Syrupi citri
Rum aa 50.0
Inf. fol. Theae chinens. (1:100.0)
Ds.: *Wypić łyżkami w ciągu 48 godzin.*

Vidal ostrzega przed używaniem salicylanu naturalnego, gdyż ten wywołuje nie miłe podrażnienie. *Dr. Żychoń.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Antonelli zaleca do leczenia rzeżączki (*Gaz. degli osped.*, 1898) kwas pikrynowy, wstrzykiwany w rozczynie 3—5°/₀₀, zapomocą kaniuli Majochiego, 3 razy dziennie. Wyniki mają być bardzo dobre, gdyż środek ten złuszcza łatwo przybłonek cewki i, zamieniając wypływ ropny na śluzowy, niszczy gonokoki. *F. K.*

H. Loeb używa, przy wstrzykiwaniach salicylanu rtęciowego w parafinie, 10% ortoformu, jako domieszki łagodzącej ból przy i po wstrzykiwaniu, a nie utrudniającej wessania powyższego przetworu rtęci. *F. K.*

Unna zaleca, jako pastę żrącą (*Montsh. f. pr. Derm.* XXVII, 2) następującą mieszaninę: *Kali caust. Calcar. ust. Sapon. virid. Aqu. dest. aa*, którą można osłabić dodaniem gliceryny — i używa jej w ten sposób, że po rozsmarowaniu (z dodatkiem morfiny lub kokainy dla uśmierzenia bólu), przykrywa mokrą watą i ceratką (Dunstverband), lub przykrytą mokrym opatrunkiem, zalepia szczelnie zapomocą cynkowego mulu plastrowego. Obok powyższej pasty używa: *Solut. kali caustici 1:500—10000*, również w postaci mokrych opatrunków. *F. K.*

R. E. Graham (w *New-York Med. Journ. 25 Juni, 1898*) poleca do leczenia nieżytów pęcherza moczowego pyoktaninę. Po opróżnieniu pęcherza i przemyciu go wodą wyjałowioną, wstrzykuje doń 7—10 grm. nasyconego roztworu pyoktaniny. Rozczyn ten działa na ściany pęcherza przez 1—2 minut, poczem go wypuszcza i znów wodą wyjałowioną przemywa pęcherz, aż do wymycia śladów pyoktaniny. *Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 7-go grudnia 1898

Przewodniczący, kol. prezes prof. dr. Jakubowski. — Obecnych 21 członków.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na wstępie poświęca kol. prezes w gorących słowach wspomnienie ś. p. kol. Janowi Harajewiczowi, którego pamięć uczcili obecni przez powstanie.

Nastąpił odczyt P. A. Wróblewskiego: »O mleku niewieścim i krowiem w świetle nowszych badań chemicznych«.

Prelegent wykazywał wybitne różnice w składzie ilościowym mleka kobiecego, krowiego i kobylego, oraz omawiał własności chemiczne poszczególnych jego składników. Mleko zawiera cztery ciała proteinowe: sernik, globulinę, białko mlekowe i opalizynę. Pomiędzy sernikiem kobiecym i krowim istnieją ważne różnice; sernik kobyli zajmuje miejsce pośrednie. Sernik krowi znajduje się w mleku wyłącznie w stanie zawiesiny, ponieważ przez filtr Chamberlanda nieprzechodzi. Próby z mlekiem dyalizowanem wykazują, że do ścinania się podpuszczką niepotrzebne są sole fosforowe rozpuszczalne, lecz przeciwnie fosforan sodowy, pozostający w połączeniu z sernikiem i występujący w postaci zawiesiny w mleku. Opalizyna znajduje się w mleku krowiem w małych ilościach; w mleku kobylem w nieco większych; w mleku zaś kobiecem występuje obficie; rozczyny jej opalizują; strąca sie częściowo kwasem octowym w postaci lepkich nitek; zawiera 4·7% siarki i zbliża się pod względem zachowania się do albuminatów. Opalizyna obok sernika powoduje znaczną lepkość mleka. Jej obfite występowanie w mleku kobiecem stanowi jedną z głównych różnic pomiędzy tem mlekiem i krowiem. Przy sterylizacyi mleka występują wybitne zmiany chemiczne. Cukier częściowo się karmelizuje, wytwarzając ślady kwasu mlekowego. Białko i globulina ścinają się. Pewna część sernika strąca się przy zbyt długiej sterylizacyi, jednakże mleko sterylizowane ścina się podpuszczką. Przy ogrzewaniu mleka pod ciśnieniem zachodzą dalej idące zmiany. Równoległe próby sztucznego trawienia pepsyną i trypsyną siedmiu surogatów mleka kobiecego zwracają uwagę na mięszaninę Biederta, oraz na mięszaninę Hamarstena, składającą się z serwatki słodkiej i śmietanki. Kefir zawiera znaczne ilości łatwo rozpuszczalnych fosforanów wapniowych, oraz albumoz, powstałych przy rozkładzie sernika.

Odczyt przedstawiał prawie wyłącznie objaśnienia do demonstracyi.

W rozprawach nad powyższym odczytem podniósł kol. Raczyński, iż w wykładzie p. Wróblewskiego było wiele ciekawych i nowych rzeczy, należałoby go jednak uzupełnić jeszcze ostatniemi badaniami, ważnemi ze względu na praktyczną stronę poruszonej sprawy. Mówiąc o różnicy między mlekiem kobiecem a krowiem, nie można pominąć różnic w strawności, w zdolności wyzyskania dla ustroju, przemiany istot białkowatych i t. d., t. j. całego szeregu badań podjętych przez klinicystów, celem wykazania różnic w przemianie materyi u dzieci żywionych mlekiem kobiecem a krowiem. Badania te są bardzo ważne dla sprawy sztucznego żywienia i przyczynią się zapewne do jej wyświetlenia. W sprawie sztucznego żywienia dzieci weszliśmy bowiem w nowy okres. Najpierw upatrywano główną przyczynę niepowodzenia w różnicy chemicznej między mlekami; wykazywali nam te różnice chemicy i podawali sposoby upodobnienia mleka krowiego mleku kobiecemu Niestety sposoby te okazały się w praktyce bez korzyści. Później nastał czas, w którym jedyną przyczynę niepowodzeń upatrywano w obecności drobnoustrojów w mleku krowiem. Idąc więc w ślad za radą bakteryologów, staraliśmy się podawać dzieciom mleko zupełnie jałowe. I znów pokazało się, że znaczny odsetek dzieci karmionych tem mlekiem ginie — co więcej, że mleko takie może się stać przyczyną choroby Barlowa. Porzuciliśmy więc to przekonanie i wróciliśmy do zwykłego, jednorazowego przegotowania mleka tak, jak znów co do składu mleka za najodpowiedniejszą uważamy dziś podaną jeszcze przed kilkunastu laty mięszankę Biederta. Innemi słowy, te wszystkie badania nie przyniosły sprawie sztucznego żywienia żadnej korzyści, a to dlatego, że nie uwzględniono w nich ustroju, że dokonywano ich nie w klinice, lecz w pracowni, że nie śledziono przemian obu mlek w ustroju, lecz badano je w retorcie. Nowym okresem nazwał kol. R. ostatnie czasy, w których zwrócono główną uwagę na przemianę materyi u dzieci chorych i zdrowych, żywionych w różny sposób. Takie badania rzucają inne światło na różnice między oboma mlekami i przynieść też mogą sprawie sztucznego żywienia więcej korzyści niż nowy podział ciał białkowatych, lub nowo odkryte ciało chemiczne.

Kol. Bier podniósł wartość badań bakteryologicznych, które przyczyniły się wielce do wyjaśnienia zapatrywań naszych na sprawę sztucznego żywienia.

Kol. Bujwid podniósł ważność wykazania przez prelegenta znacznej ilości opalizyny w mleku niewieściem i wogóle ważność ba-

dań chemicznych i bakteryologicznych w sprawie sztucznego żywienia dzieci.

Kol. Seńkowski zauważył, iż liczby podane przez prelegenta, tyczące się ilościowego składu poszczególnych mlek, brzmią nieco za dokładnie, a niestety prawdziwie dokładnych liczb wiedzieć nie można; mleko, zależnie od wielu ubocznych czynników, miewa skład bardzo rozmaity.

Kol. Raczyński zastrzega się, że nie odrzuca i nie obniża wartości badań, dokonanych w pracowniach, jako przyczynków do sprawy z teoretycznego punktu widzenia; jednak chciałby, aby pedyatrzy pozbyli się wreszcie tego przekonania, że w sprawie sztucznego żywienia dzieci stanowczy głos należy do chemików lub bakteryologów.

P. A. Wróblewski odpowiadając na czynione mu zarzuty stwierdza, iż właśnie badaniom chemicznym zawdzięczają klinicyści swe obecne poglądy. Nawet mięszanka Biederta powstała w chemicznej pracowni Kehrera, gdzie wykazano różnice jakościowe między mlekiem kobiecem i krowiem. Co do zarzutu zaś zbytniej dokładności liczb, to są to ilości przytoczone, których zaokrąglać nie wolno. Prelegentowi znaną jest zmienność składu chem. mleka, a zdarza się ona nietylko w mleku, uzyskiwanem od różnych indywiduów, lecz nawet skład mleka z jednego gruczołu jest zmienny, a mianowicie z początku dojenia idzie mleko chude, później coraz więcej tłuszczu zawierające. Sprawa ta, dla braku materyału, jeszcze nie jest dokładnie opracowaną i nie znamy dotychczas prawdziwie średniego składu mleka kobiecego.

Sekretarz doroczny
Dr. Xawery Gorski.

Komisya przemysłowo lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z dnia 18 Listopada. 1898 r.
Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 11.

1. W załatwieniu podania pana A. Uznańskiego z Poronina, czy grunt leśny Nowe Zakopane-Czarnolesie nadaje się pod względem zdrowotno-klimatycznym do urządzenia na nim osady klimatycznej według przedłożonych planów, uchwalono na podstawie szczegółowego referatu Prof. Dra Ponikły i Prof. Dra Jordana zalecić Towarzystwu Lekarskiemu Krakowskiemu odpowiedź, że grunt ten w zupełności nadaje się do urządzenia stacyi klimatycznej pod warunkiem, że będzie urządzony wodociąg z wody źródlanej, zadość czyniący wymaganiom zdrowotnym.

Oceniając rozbiór chemiczny wody z Jaszczurówki, dokonany przez Dra Janiszewskiego, przychodzi Prof. Jaworski do przekonania, że skład chemiczny tego zdroju nie uległ zmianie i że woda ta tak samo jak poprzednio składem swym zbliża się do cieplic obojętnych.

2. W myśl uchwały powziętej na wniosek Przewodniczącego na posiedzeniu w dniu 10 października b. r., ażeby w najbliższym czasie zaprosić właścicieli zdrojowisk i lekarzy zdrojowych na wspólną naradę w celu zastanowienia się nad sposobami podniesienia zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, przyjęto referat Doc. Dra Ludomiła Korczyńskiego, obejmujący najważniejsze tematy, jakie na Zjeździe tym poruszyć należy.

3. Prof. Dr. Jaworski zdaje sprawę z rozbioru chemicznego źródła, z którego pobiera wodę fabryka wody sodowej i wód lekarskich K. Rzący i Chmurskiego. W ciągu ostatniego dziesięciolecia skład chemiczny źródła tego uległ zmianie. Pomimo to woda tego źródła jest jeszcze dobrą wodą do picia i nadaje się do wyrobu wody sodowej, gdyż ilość ciał stałych i zanieczyszczeń jest bardzo małą.

4. Na podstawie referatu Prof. Dra Bujwida i Prof. Dra Jaworskiego, jak niemniej rozbiorów chemicznych, dokonanych w c. k. Zakładzie chemicznym do badania środków spożywczych, uchwalono udzielić fabryce K. Rzący i Chmurskiego wskazówek co do wyrabiania i napełniania sztucznych wód lekarskich.

5. Przyjęto materyał do obrad ankiety w sprawie większego rozwoju i popierania krajowego przemysłu w zakresie wyrobu przetworów leczniczych i dyetetycznych, wypracowany przez Dra Sliwińskiego i Prof. Jaworskiego.

6. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie korzystne o fabrykacyi kefiru przez panią Różę Grossową (następczynią P. Kosmowskiej) i to tak na podstawie badania sposobu wyrabiania, dokonanego przez Prof. Dra Bujwida, jak niemniej na podstawie rozbioru chemicznego, wykonanego w c. k. Zakładzie do badania środków spożywczych.

7. Zbadanie własności krystalicznego lodu, którego fabrykacya ma się wkrótce w Krakowie rozpocząć, poruczono Prof. Dr. Bujwidowi i Prof. Dr. Jaworskiemu.

8. Przewodniczący zawiadamia, że omówił z Prof. Drem Bujwidem sprawę wyrobu i rozpowszechnienia miodu pitnego, która już bez skutku przed laty kilku traktowaną była w Komisyi. Prof Bujwid obiecał się zająć tą sprawą, ważną nietylko dla podniesienia miodosytnictwa krajowego, ale niemniej dla zastąpienia win tak często obecnie fałszowanych.

9. Prezes Towarzystwa Lekarskiego porusza myśl zachęcenia producentów do wyrabiania wina borówkowego. Przed kilku laty wino to produkować zaczęła fabryka K. Rzący i Chmurskiego, musiała jednak zaniechać dalszego wyrobu z powodu zbyt wysokiego podatku. Referat poruczono Prof. Steingraberowi.

10. Uproszono Prof. Bujwida do zajęcia się zbadaniem dobroci krajowych jarzyn i owoców suszonych w porównaniu z zagranicznemi.

11. Przyjęto do wiadomości wynik badania *Vaselinum flavum viscosum medic. opt.* i *Unguentum parafini albissimum* wyrobu apt. Jakubowskiego i Spółki w Nowym Sączu. Przetwory te polecone już przez Tow. Lek. Krak. badał ponownie Prof. Dr. Łazarski i orzekł, że odpowiadają one wymaganiom lekospisu austryackiego.

12. Pigułki ocukrzone, zawierające po 1 mgr. fosforu, wyrobu apt. G. Otowskiego, na podstawie opinii wydanej przez Prof. Bujwida uchwalono przedstawić Tow. Lek. Krak. do polecenia. W pigułkach tych osłonka z cukru chroni należycie fosfor od rozkładu.

13. Zajmowano się ponownie fabryką przetworów opatrunkowych Dobrowolskiego w Podgórzu.

14. Uchwalono na miejsce Prof. Rydygiera i ś. p. Prof. Obalińskiego przybrać do Komisyi w charakterze Członków stałych Prof. Dra Bujwida i Prof. Dra Jaworskiego, zaś w miejsce ś. p. Prof. Walentowicza jako Członka nadzwyczajnego Dra Ignacego Lembergera.

Dr. Michał Śliwiński,
sekretarz.

VIII. O szpitalach okręgowych

Różne są sposoby tworzenia nowych szpitali: zakładają je ludzie bogaci, przejęci duchem miłosierdzia, zakładają zasobne stowarzyszenia i bractwa dla swych członków, wielkie ogniska przemysłowe dla pracowników, zakładają gminy, zakładają wreszcie i kraje z grosza powszechnego. Żaden niestety z tych sposobów nie ma u nas źródła dość obfitego, byśmy co do liczby, czy co do jakości nadążyć mogli za innemi, szczęśliwszemi stronami. Lecz choć nam jeszcze nie pora stanąć do miary z ościennymi krajami — mimo to gospodarka krajowa pochlubić się może pięknymi owocami pracy od czasu, jak Wydział krajowy objął pod swój nadzór szpitale główne i powszechne. Zwolna powstają nowe, odradzają się stare, wadliwe. Ale ponad sprawą poszczególnych zakładów wznosi się pytanie, jaki rodzaj szpitali jest dla Galicyi potrzebny i jak one mają być po kraju rozmieszczone? Jestto rzecz wielkiej wagi, szpitalnictwo bowiem powinno wyrastać z gleby istotnych potrzeb danego kraju, inaczej będzie dziwolągiem zbytkownym i nieużytecznym. Uczy tego doświadczenie, uczy i historya. W wiekach średnich zakładano szpitale przy klasztorach i kościołach, dziś nikt o tem nie pomyśli. W wojnie amerykańskiej stworzono drewniane baraki — dziś system barakowy w pierwotnej formie, mimo zalet wielkich i usiłowań rządów, nigdzie się nie utrzymał. Te dwa przykłady niech starczą za objaśnienie.

Dotychczas w Galicyi Wydział krajowy kierował się zasadą popierania dążeń do tworzenia w miastach powiatowych szpitali na 40 do 80 łóżek w przecięciu i zasadę tę w życie wprowadzał powoli, lecz stanowczo. Takich szpitali mamy dopiero 26; a więc zdawałoby się, że plan gotowy na długie lata: założenie szpitali w powiatach pozostałych. Praca niełada, bo brak jeszcze kilkudziesięciu szpitali. Zaszły jednak okoliczności, które tą zasadą zachwiały i grozić się jej zdają obaleniem. Oto wprowadzona została w życie ustawa z 2 lutego 1891 r. o tworzeniu okręgów sanitarnych i Sejm począł z roku na rok coraz gęstszą sieć tych okręgów zakładać.

Piękne dzieje narodzin nowego czynnika zbyt dobrze są znane, bym je tu powtarzał; dalsze jednak kilkoletnie doświadczenie z tym nowym żywiołem służby zdrowia doprowadziło do bardzo sprzecznych wniosków. Nie wdając się w ich ocenę, możemy stwierdzić przedmiotowo, że zupełnego zadowolenia żadna ze stron nie doznała. Poglądy te, które niedawno dość ożywiony ruch sprawiły w prasie zawodowej, streściły się w końcu w stały kształt wniosku, przedłożonego na ostatniej sesyi sejmowej przez posła dra Leona Jaklińskiego. Wniosek ten upomina się „o popieranie zakładania szpitali mniejszych, gęsto po kraju rozrzuconych, zamiast powiększania istniejących, lub zakładania nowych większych,“, a w myśl tego wniosku szpitale małe powinny być powierzone lekarzom okręgowym. Szanowny wnioskodawca, poseł i lekarz, kierował się widocznie myślą, poprzednio przez radcę Dra Merunowicza wypowiedzianą, by przez oparcie lekarza okręgowego o szpital, uczynić pracę jego wydatniejszą i dla ludności okręgu zbawienniejszą. Ale wniosek ten zagraża większym szpitalom prowincyonalnym i dąży do zupełnego zniesienia zasady, która przez dziesiątki lat była za dobrą uważana. Nic w tem zresztą niema niezwykłego; w życiu publicznem dość często powtarzają się podobne zjawiska, że to lub owo zbawienne dążenie w pewnym kierunku zadaje cios niemal śmiertelny sprawie innej, nie mniej dobrej. Wniosek Dra Jaklińskiego zbyt stanowczo przecina nić starą przyjętego zwyczaju i zupełnie nową snuć zaczyna, by nie godziło się z największą rozwagą zastanowić nad pytaniem: Czy wolno dla ratowania społecznego eksperymentu, dopiero niedawno w małej części kraju zastósowanego i za niedostateczny przez powagi uznanego — robić drugi eksperyment na wielką skalę kosztem zasady, która ma wyrobioną przeszłość i która okazała się dobrą w zastósowaniu?

Chcąc na to pytanie odpowiedzieć, koniecznem jest rozważyć wartość dotychczasowego szpitalnictwa i przypuszczalną wartość nowego, które wniosek do życia ma powołać. Z jednej strony ważność sprawy, z drugiej dobra wola Szanownego wnioskodawcy dają otuchę, że głos mój będzie uznany, jako szczery i dobru szpitali oddany.

Popatrzmy najprzód na stare szpitale. Są one częścią znaczną miejskie, częścią powiatowe, ale przez prawo publiczności różnica pochodzenia zatarła się pomiędzy nimi; wspólne zaś mają to, że siedzibą ich są miasta powiatowe[1]). Miasta te są głównemi ogniskami życia dla tej całości terytoryalnej, która nazywa się powiatem, a podział ten uzasadniony jest głęboko doświadczeniem, sięgającem jeszcze w czasy przedrozbiorowe i wydoskonalonem praktyką przeszło stuletnią rządów austryackich, zanim w roku 1868 przybrał obecną postać, która i teraz jeszcze przez tworzenie nowych starostw w razie istotnej potrzeby doskonali się i do postępu kraju nagina. Wszystkie sprawy powiatu w takiem mieście zbiegają się poplątaną siecią nici i niteczek, a że miasto jest zarazem siedzibą samorządu powiatowego, nic przeto dziwnego, że jest ono prawdziwą stolicą powiatu, do której, jak do Rzymu, wszystkie drogi prowadzą. Godziwą rzeczą było, że Wydział krajowy przyjął zasadę popierania starań do tworzenia szpitali w tych miastach, tem słuszniej, że przygarniając pod swoje skrzydła szpitalnictwo, zastał już kilkanaście szpitali w takich miastach, i miał już cenną wskazówkę w robocie i znaczną ulgę w wydatkach. Żadna stastystyka obca, choćby najmisterniejsza, niezdolna jest przeciwstawić się tej przyrodzonej genealogii. W razie przeprowadzenia planu w całym kraju zyskuje się równomierny podział rzetelnej pomocy szpitalnej dla ludności, a choć mieszkańcy miast powiatowych i gmin podmiejskich będą uprzywilejowani, to mimoto najbardziej nawet upośledzone pod względem odległości gminy tylko od granic powiatu do jego środka chorych dowozić będą zmuszone, a trudności obecnie panujące maleć będą w miarę rozwoju dróg żelaznych i gościńców. Tak często, jako zarzut, podnoszone przepełnienie szpitali powszechnych stanowi najlepszy dowód ich użyteczności. Nic tu nie pomoże rada, że właśnie dla tego należy je wygodniej po obszarach powiatu rozmieścić. Szpital jest przepełniony, bo jest potrzebny i celowi swemu odpowiada; ludność garnie się do niego nie jako do abstrakcyjnego pojęcia leczniczego, ale na podstawie gruntownego doświadczenia, że ten lub ów szpital, dzięki swym środkom, osobistym zaletom lekarzy itp. czynnikom, udziela skutecznej pomocy w chorobie i w przypadku. Lud, który przyzwyczajony jest jechać po piaskach i błotach o trzy powiaty do znachora z bezwładnym, spuchniętym chorym — za nic sobie ma jazdę kilkunastukilometrową do szpitala, jeżeli to jego zapatrywaniu odpowiada. Wszak bardzo często jadą zdaleka chorzy z przepukliną, powikłanem złamaniem, rodzące z wypadniętą rączką lub zatrzymanem łożyskiem, mijając miasteczka, przez lekarzy zamieszkane, by dostać się do szpitala i znaleźć pomoc skuteczną w nagrodę zaufania i trudów. I to nie są wyjątki, lecz błogi sercu chleb, niemal że codzienny, lekarza szpitalnego. I nie jest to sztucznym wytworem stosunków, bo lud w tem, w czem ma wolny wybór, kieruje się sobie właściwemi pojęciami i nad wszystkiem, co tym pojęciom nie odpowiada, przechodzi do porządku dziennego. Z tem zjawiskiem trzeba się liczyć, bo bez tego dobre zarządzenia nieraz przepadają. Weźmy n. p. sprawę gminnych położnych, które wykształcone sumiennie osiadły na wsi i nic do roboty nie miały i tak będzie dopóty, dopóki nie zostanie wprowadzone kształcenie położnych wiejskich, z miejscowych żywiołów każdej gminy zrekrutowanych; weźmy zarzucone dziś ambulatoryjne leczenie jaglicy, leczenie świerzbu po wsiach podług oficyalnej recepty i wiele innych prób zacnych, które *in praxi* zawiodły. A więc nie wyrokiem zagłady, lecz dowodem słuszności bytu jest dla szpitala napływ ludu i przepełnienie. Ale szpital nie samemu ludowi służy; mają z niego nieoceniony pożytek wszystkie władze rządowe, powiatowe i miejskie i połączone z nim są ścisłymi węzłami (badanie obserwacyjne chorych sądowych, leczenie nierządnic, włóczęgów, aresztantów, rekrutów itp. itp.) — powiatowe kasy chorych tu leczą swych członków, liczni po miastach urzędnicy swą służbą żeńską i męzką; tu garną się mali przemysłowcy i rzemieślnicy, garną się biali murzyni dyurnów, którym choroba z piórem z ręki wytrąciła i środki do życia; garnie się tyle, tyle ludzkiej niedoli, która, tłumiona w zaułkach miejskich ułudną szatą wstydu, dopiero u bram szpitalnych wybucha z rozpaczliwą szczerością. Ważną równie i dobrych stron pełną jest okoliczność, że szpital ma dość spore rozmiary, a nie na 20 łóżek obliczony. Szpital bowiem, mający 60 do 80 i więcej łóżek, kilkunastutysięczny budżet, dwóch lekarzy, pracownią jaką taką, przyrząd desinfekcyjny, biblioteczkę, mikroskop, arsenał narzędzi itp. — rozporządza środkami, które pozwalają mu, skromnie co prawda, utrzymać się w godności zakładu naukowego; ma swoje poczucie odpowiedzialności i swoje dążenia naprzód, podsycane nieustannym nadzorem oświeconej ludności miasta; szpital taki może podejmować zabiegi chirurgiczne nawet cięższe, prowadzić leczenie, wymagające naukowej ścisłości i nakładu pieniężnego; pozaszpitalni lekarze miasta powiatowego są częstokroć gorliwymi współpracownikami zakładu, popierając radą i pomocą siły domowe. Przez to wytwarzają się na prowincyi ogniska, które może nauki nie posuwają naprzód, ale pielęgnują jej zdobycze, popularyzują pewne sposoby leczenia, rzadko stosowane w prywatnej praktyce, wyrabiają dodatni nastrój etyczny wśród kolegów i łagodzą brutalne popędy konkurencyi zawodowej.

Oto w kilku rysach przedstawiony typ dzisiejszego szpitala na prowincyi. Widzimy, że jest potrzebny i że służbę swoją robi dobrze. Wniosek Dra L. Jaklińskiego dąży do zastąpienia tego szpitala innym typem szpitali mniejszych, lecz gęściej rozrzuconych, pod opieką lekarzy okręgowych. Nim do tych małych szpitali przejdę, muszę nieco omówić znaczenie pewnych wykazów statystycznych innych krajów, którymi tak często nasze szpitale bywają biczowane. Porównania takie, wykazujące liczbowo ogromną różnicę w uposażeniu zdrowotnem tych krajów, a Galicyi, posiadają same przez się bardzo małą siłę dowodową, tem mniejszą zaś siłę mają wnioski, wysnuwane co do potrzeby wprowadzania na tej podstawie pewnych urządzeń. Objaśnijmy to przykładem: że małe szpitale, jako publiczne, okazały się korzystnymi, „dowodzi tego Bawarya, która, mając lepsze jak u nas środki komunikacyjne, a więc łatwiejszy dowóz chorych, buduje większą ilość małych szpitali publicznych; tam bowiem na ogólną liczbę 355 szpitali powszechnych, mniejszych jak na 50 łóżek, znachodzi się 220, w których liczba łóżek nie przekracza 20“. Te cyfry przemawiać mają za potrzebą podobnego ustroju u nas, a tymczasem nie są one niczem więcej, jak tylko liczbowym obrazem stanu szpitali w Bawaryi i nie mówią nam zgoła, jak daleko uprawnieni jesteśmy posuwać analogię, bo nie tłómaczą nam tysiąca innych czynników geograficznych, ekonomicznych, kulturalnych, historycznych, prawnych i zwyczajowych, jakie taki stan wytworzyły — i to tem mniej, że przeglądając tabele sanitarne bawarskie za rok 1896 i 1897, do szpitali się odnoszące, spotyka się zjawiska statystyczne, które wcale do naśladowania nie zachęcają. Oto rozdrobnienie szpitali jest tak wielkie, że 109 z tych szpitali leczyło w roku mniej jak 50 chorych, 53 szpitali leczyło mniej niż 20 chorych, jest zaś sporo takich, które leczyły w ciągu roku trzech, czterech chorych, nie mówiąc już o szpitalach, które żadnego chorego nie leczyły. Statystyka tych zjawisk nie rozjaśnia, lecz tem mniej za przykład nam ich stawiać nie może; tylko dokładne, przeprowadzone na miejscu badanie ustroju szpitalnego w danym kraju przez siły zawodowe daje prawo do wzorowania. I tak się dzieje na świecie i działo się oddawna, że przytoczymy komisyę, która z Paryża po pożarze Hôtel Dieu jeździła około roku

[1]) Wyjątek jedyny stanowi Lubaczów w powiecie Cieszanowskim ze względu na kolej i inne stosunki sprzyjające.

1787 za kanał La Manche badać angielskie wzory, lub wyprawy do włoskich szpitali, jakie urządzano z Berlina w okresie reformy tamtejszego szpitalnictwa. U nas takich studyów nad małymi szpitalami nie przedsiębrano. To co wspomniałem o Bawaryi, która obszarem i zaludnieniem nie zbyt od nas odbiegła, w większej jeszcze mierze odnosi się do przytaczania szpitali ziemstw, przyjętych w guberniach rosyjskich podług jednego mniej więcej wzoru, od których nas jeszcze znaczniejsze, a mniej zbadane, dzielą różnice. Dopóki studya takie porównawcze nie będą u nas pogłębione, najlepiej rozważać sprawy domowe w oświetleniu domowego ogniska.

Po wykluczeniu szpitali żydowskich i stołecznych pozostaje w Galicyi 26 powszechnych dawnego typu i około 32 szpitali, nie mających prawa publiczności. Z tej właśnie liczby 32 możnaby pewne rzucić światło na sprawę małych szpitali. Otóż z tych 32 szpitali, 10 ma siedzibę w miastach powiatowych, a więc są to właściwie zarodki przyszłych szpitali powszechnych, inne jednak przeważnie należą do zakonów, przeznaczone są dla służby skarbów, przedsiębiorstw, kopalni, tartaków itp. i tak różnorodne mają cele, warunki bytu, ograniczenia, że właściwie nie można na nich opierać żadnych ściślejszych wniosków co do potrzeby rozmieszczenia szpitali w kraju. Niektóre szpitale prywatne rozwijają się dobrze, tam zwłaszcza, gdzie są jedynym przytułkiem chorych, a wziętość ich opiera się na osobistych zaletach lekarzy, o czem w bardzo pochlebny dla siebie sposób wie Dr. Jakliński. Wydatność pracy tych szpitali ograniczona jest przez zbyt mało rozmiary; z ust lekarzy słyszy się skargi wprost przeciwne motywom wniosku, jeden zaś z nich pisze do nas: „Wada w szpitalu ta, że jest za mały i że za fundusze, które są, możnaby o wiele większy szpital urządzić przy małej pomocy kraju lub powiatu i zamienić go na publiczny powiatowy“. Znamienne to uwagi, wypowiedziane po 10-letniem doświadczeniu. Wiele szpitali z tego powodu nie przyjmuje chorych na kiłę, nie przyjmuje dzieci, nie wykonywa pewnych operacyj i często odsyła chorych do sąsiednich szpitali powszechnych. Wszystkie, o ile stopą chcą dorównać normalnym zakładom, cierpią na wysokie wydatki, które na chorego i na dzień wynoszą do 1 złr. 30 ct., a nawet 1 złr. 50 ct.

Przejdźmy teraz do istniejących jeszcze szpitali pod opieką lekarzy okręgowych i weźmy na uwagę najpodatniejszy dla wniosku przykład: powiat, w którym dotąd szpitala powszechnego nie ma i zamiast „zakładać nowy większy“, załóżmy dwa mniejsze w siedzibie lekarzy okręgowych. W mieście powiatowem takiego szpitala zakładać nam nie wolno, bo to nie siedziba okręgu, zatem cała ludność miejska i te wszystkie warstwy pomocy łaknące, które wyżej wymieniłem, pozbawione będą opieki szpitalnej w miejscu, na rzecz klienteli lekarza okręgowego. Zajdą także niezwykłe wypadki, że z miasta i z gmin podmiejskich będą chorzy wędrować lub jechać do miasteczka, w którem jest siedziba lekarza okręgowego, a nawet ta niesłychana ofiara nie uwolni przecie innych gmin, stanowiących okręg sanitarny tego miasteczka, od przykrości wożenia swoich chorych, boć szpital w okręgu jeden, a gmin kilkanaście i więcej. Rozumowanie takie, to nie sofizmat lub karykatura, lecz nieuniknione, konsekwentne następstwo zastósowania wniosku *in optima forma*. W powiatach, gdzie jest już szpital starego typu, stosunki tak jaskrawe nie będą; zawsze jednak nie braknie gmin, którym bliżej będzie do szpitala powszechnego w swoim lub sąsiednim powiecie, jak do własnego okręgowego, a i tę korzyść gminy mieć będą nie wskutek wniosku, lecz pomimo wniosku, dzięki dawniejszym urządzeniom. Weźmy następnie sprawę kosztów.

W roku 1896 zapłacił Wydział krajowy za leczenie ubogich w szpitalach powszechnych 365.092złr., przy taksie średniej 53.4 ct., W szpitalach małych nieuniknione być musi podwyższenie taksy. którą obliczam na 80 ct. średnio. Toby zwiększyło ciężary krajowe o 35,000 złr. Nie zapominajmy zaś, że tu się zamieniło dopiero 24 szpitali dawnych na pewną liczbę małych, ale rzeczywisty stosunek pełnej liczby siedmdziesięciu kilku szpitali powiatowych do odnośnej liczby małych da nam około stu tysięcy rocznej różnicy. Jest to liczba, z którą bardzo liczyć się trzeba.

To są uwagi ogólne. Inny szereg uwag tkwi w samem urządzeniu pojedyńczych szpitali okręgowych. W zasadzie w siedzibie lekarza okręgowego innych lekarzy nie ma, bo właśnie na to go tam osiedlono, by wypełnić lukę w posterunku. Kto zna szpitalnictwo, zaraz zrozumie niekorzyści z tego płynące. Szpital o jednym, jedynym lekarzu, to nie *matrona unius viri*, to właśnie leczenie przez wszystkich. Lekarz wyjechał, przywieziono chorego, który potrzebuje doraźnej pomocy; udzieli mu jej siostra, dozorca, dozorczyni czasem dobrze, czasem źle, czasem bardzo źle, zwolna wytworzą się domowe zwyczaje, rodzaj partactwa osłonionego szpitalem, a podsycanego tem, że lekarz obciążony jest innymi obowiązkami. On musi wyjeżdżać na szczepienie, na epidemie, na objazdy, a musi też zajmować się praktyką prywatną, bez której płaca urzędowa, choćby z dodatkiem za szpital, nie wystarczy mu. Nie w każdym okręgu lekarz wykonywa całą litanię, objętą w instrukcyi; a i czynności same nie wszędzie jednako są uciążliwe; zawsze przecież zostanie mu spora wiązka zajęć tak różnorodnych, że sumienne, w każdym kierunku równomierne ich spełnienie, będzie nader trudne. Gdyby jednak nawet ze szkodą czynności okręgowych oddał swe siły szpitalowi, zapał jego wnet ostygnie. W chirurgii będzie do najwyższego stopnia ograniczony brakiem pomocnika lekarskiego, nie będzie mógł chloroformować chorych, co przy naprawie nie jednego zwichnięcia, przy sztucznych porodach, przy przepuklinie uwięzgniętej i innych ważnych przypadkach, w praktyce wiejskiej dość częstych, jest poprostu niezbędne. Nie zawsze będzie mógł sprowadzić do pomocy sąsiada, który za darmo nie przyjedzie, lub którego w domu nie zastanie posłaniec; nie zawsze też nagłość wskazania pozwoli doczekać się jego przybycia. A to są obowiązkowe tylko przypadki, gdzież miejsce w szpitalu o jednym lekarzu na operacye stylowe, które wytwarzają reputacyą zakładowi, a zadowoleniem przejmują lekarza, budząc w nim miłość do zawodu, pogłębienie wiedzy i ufność we własne siły. Raz, drugi — może porwie się w górę, sprowadzi pomoc swoim kosztem: ale życie trudne, obowiązki inne wnet ściągną go do poziomu i osłabią lot jego skrzydeł. Szpital spocznie na poziomie mierności, wobec której dzisiejszy szpital starego typu stoi nieskończenie wyżej. Kraj na tej zamianie nie zyska, a nauka z pewnością straci. Nie trzeba się łudzić. Szpitalnictwo jest dziś niemal specyalnością, która prócz dobrej woli, wymaga pola do pracy, środków, podziału, przykładu, zachęty,... wymaga nieustannego, nie roztargnionego wyrabiania się w zawodzie. Wszystkiego tego zabraknie w szpitalu okręgowym; powszechny zaś szpital ma te wszystkie warunki choć w bardzo skromnej mierze. ale w dostatecznej, że tak powiem, dla utrzymania właściwego kolorytu. Krok niżej, a koloryt ten zniknie. Nie obniżajmy więc tonu, dla rzekomych pożytków. Nie mam zamiaru krok za krokiem sprawę roztrząsać; wspomnę więc zwięźle o jednym jeszcze punkcie. Podnoszone zalety dobrej żywności dość są wątpliwe. Mleko brane od dostawcy z wielkiej mleczarni nie jest gorsze, ani droższe od mleka, donoszonego przez włościan, którzy dość mają sprytu do fałszowania nabiału; ktoby zaś chwalił mięso z jatek małomiasteczkowych, ten bodaj nigdy jeść go nie był zmuszony. Chleb od dostawcy zwykle i tańszy i lepszy, jak w domu pieczony, choćby się już nie liczyło straty czasu i kłopotu i dlatego też pieczenie chleba bardzo rzadko szpitale prowadzą we własnym zarządzie. Ale to są już podrzędne sprawy.

Na tem kończę przykre zadanie zwalczania wniosku, który wszelkie do sympatyi ogólnej miałby prawo, gdyby nie groził szpitalom powszechnym. Ma on bowiem na celu rozszerzenie i wzmocnienie działania lekarzy okręgowych. Instytucya ta zaś, mimo obecnych braków, może być dla kraju tak pożyteczną i dobrą, że ani te braki, ani wadliwy nieraz sposób stósowania, nie mogą jej słuszności bytu pozbawiać. Odpowiada ona zbawiennej zasadzie, że ludność kraju ma mieć jak najgęściej rozsianą, łatwo dostępną pomoc i poradę lekarską, a im więcej lekarz z tą ludnością się zżyje, tem wpływ jego na zdrowotność ogółu będzie większy, oparty na zdobytem zaufaniu i widocznych błogich owocach pracy. Wady lub zalety instrukcyi mają znaczenie podrzędne: rozstrzygają osobiste zalety lekarza, jego poczucie obywatelskie, zawodowa gorliwość. Wysoka skala wymagań przy nadawaniu posad wyszła na dobre i z przyjemnością słyszy się, jak lud o lekarzu okręgowym mówi po imieniu lub „nasz doktór“. Ale chcąc mieć dobre skutki z pracy lekarza okręgowego, nie należy go przeciążać, nie należy żądać od niego zbyt wiele, zwłaszcza w niezgodnych kierunkach, bo cała jego działalność ucierpi. Zarząd szpitala choćby małego, szpitala powszechnego o normalnym, ciągłym ruchu chorych, spoczywający w ręku jednego lekarza, zbyt wiele czasu i zajęcia wymaga, by ten lekarz mógł równocześnie pełnić inne, trudne, a jak widzimy, dla kraju bardzo ważne obowiązki; albo będzie dobrym lekarzem okręgowym na koszt szpitala, albo odwrotnie i to nie zupełnie. Dwom tak ważnym zadaniom nie podola, bo każde wymaga niepodzielonego oddania sił i to sił doskonalących się w danym kierunku. Zdrowy, wydatny zawód wyrodzi się w przeciążenie lub w niedbalstwo. Zostawmy lekarza szpitalnego przy szpitalu, okręgowego przy okręgu, niech się wzajemnie uzupełniają w robocie, której podział wyraźny jest i jasno odgraniczony. Równomierny, silny rozwój obu tych czynników będzie rozwiązaniem sprawy krajowej służby zdrowia na prowincyi.

Szpital powszechny nie może czynić żadnych ofiar na rzecz okręgów sanitarnych; innych więc dróg szukać należy, by wzmocnić stanowisko lekarza okręgowego. W każdym okręgu zdarzają się wypadki chorobowe, wymagające szybkiej pomocy lub odosobnienia, zwłaszcza wśród najuboższej klasy ludności, albo wśród niestałych,

dachu nad głową pozbawionych, zarobników; będą to bądź choroby zakaźne i zapalne, bądź wypadki nieszczęśliwe, jak przejechania, rażenia piorunem, samobójstwa, porody itp., którym potrzeba doraźnej opieki, lub stósownego umieszczenia. Na takie przypadki winna być wyposażona, jeśli już nie każda większa gmina, to przynajmniej ta, która jest siedzibą lekarza okręgowego. Ustawa z 2 lutego 1891 roku, urządzająca okręgową służbę zdrowia, bardzo mądre, choć niestety martwą literą dotąd będące wskazówki daje w § 18: „wszystkie gminy, które utrzymują własnych lekarzy, mają poczynić odpowiednie zarządzenia celem niesienia natychmiastowej pomocy dla chorych, potrzebujących przytułku i opieki, oraz dla rodzących, a mianowicie mają one utrzymywać w pogotowiu odpowiednio urządzony lokal dla chorych, opatrzony w najniezbędniejsze potrzeby ratunkowe i przewozowe“. Ustawa, jakby umyślnie nie używa wyrazu szpital lub szpitalik, by nie nakładać na gminy, a raczej na kraj cały, ogromnego ciężaru, jakim byłoby tworzenie normalnych, stale działających zakładów. Wykonanie § 18 dałoby lekarzowi okręgowemu potężną broń do ręki, a w niczemby nie ograniczyło jego ruchliwości. Typ takiego przytułku nie potrzebowałby się wzorować na szpitalnym szablonie; dość, by w ulepszony sposób naśladował zwykłe warunki bytu naszego ludu. Dom drewniany choćby pod strzechą, o dwóch lub trzech izbach, najskromniejsze urządzenie sprzętów, pościeli i naczyń, do nadzoru chorych prosta kobieta, pouczona przez lekarza lub jakiś stary żołnierz sanitarny, możliwie prędkie odesłanie chorego do szpitala powszechnego, oto szkic najgrubszy schroniska, które nieraz tygodniami mogłoby być nieczynne, zamknięte, a które ma już pewne tradycye krajowe w domach przez gminy podczas cholery z polecenia rządu zakładanych. Nie spadłyby one na fundusz krajowy, bo domu mogłaby udzielić gmina lub mógłby okręg wspólnemi siłami zakupić, przyczem osobisty wpływ lekarza, dającego zachętę do składek, ofiar, grzywien itp. mógłby częstokroć dopomódz; z tego samego źródła dałyby się pokryć nieznaczne koszta utrzymania, choć to i w zakres obowiązków gminy mogłoby się zmieścić. Oczywiście, że dopiero przez wprowadzenie § 18 w życie urobiłoby się szczegółowo właściwą, do potrzeb dopasowaną formę tych przytułków; obecnie idzie mi tylko o wskazanie tej ustawowej dźwigni, która podeprze pracę lekarza okręgowego, nie rozbijając całości szpitali powszechnych.

Poruszyłem sprawę wniosku Dra Leona Jaklińskiego, bo uważam ją za doniosłą zarówno z lekarskiego, jak i krajowego stanowiska, poruszyłem nie dla wzniecania literackiego sporu, lecz dla rozpatrzenia jej z praktycznego względu, na podstawie obserwacyi własnej na prowincyi, dzień po dniu zebranej; poruszyłem, czując w głębi, że zasłużonemu wnioskodawcy nie o słowa wniosku, lecz o dobro kraju idzie i że skromne uwagi moje w tym samym pojmie duchu. *Dr. J. Łuszczkiewicz.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 5 stycznia 1899 r.

* W Nrze 52 »Przegl. Lek.« podaliśmy wyciąg z pracy statystycznej, ogłoszonej w »Oester. Sanitätswesen«, a dotyczącej statystyki chorób zakaźnych w Austryi w r. 1897. Zwróciliśmy głównie uwagę na fakt, że kiedy surowica przeciwbłonicza przyjęła się w całem państwie, a nawet stósowano ją na Bukowinie w 41% przypadków, to w Galicyi odsetek ten wynosi zaledwo 16%. Niekorzystne uwagi, wyrażone z tego powodu w dziennikach obcych, dotyczyć mogą tylko lekarzy galicyjskich, którym nic nie tamuje możności szerszego stósowania surowicy przeciwbłoniczej, w każdym razie nie mają więcej trudności, niż np. na Bukowinie. Bliższe jednak rozpatrzenie się w tej sprawie przekonuje, że odsetek ten (16%) nie jest zupełnie ścisły, gdyż koledzy, z którymi na razie rozmówić się zdołaliśmy, oświadczyli kategorycznie, że o przypadkach swoich stósowania surowicy nie zawiadamiali władzy. Przekonani jesteśmy, że gdyby dla kontroli zasięgnięto wiadomości z ksiąg aptecznych i zakładu prof. Bujwida, statystyka galicyjska nie wypadłaby dla nas tak niekorzystnie. Z rozmów z kolegami odnieśliśmy takie wrażenie, że władze postąpiłyby dobrze, gdyby nakaz zawiadamiania o stósowaniu surowicy przypomniały raz jeszcze, gdyż wszyscy przyznają, że się jakoś zatarł w pamięci.

* Nieraz już spotykaliśmy się ze zdaniem, że Warszawa posiada większą liczbę »Domów zdrowia«, aniżeli tego wymagają miejscowe potrzeby. Podziwiać należy pewną w tym względzie lękliwość lekarzy galicyjskich. Nie licząc specyalnych zakładów, tylko Kraków posiada »Dom zdrowia« zasłużonego na tem polu Dra J. Gwiazdomorskiego. Lwów od wielu lat cieszy się pokaźną liczbą wybitnych specyalistów, których grono, z chwilą powołania do życia Wydziału Lekarskiego, znacznie się pomnożyło. Wszystko to przyczyni się do wzmożenia we Lwowie zawodowej działalności lekarskiej, która obejść się nie będzie mogła bez »Domu zdrowia«. Zwracamy uwagę kolegów na tę lukę, której wypełnienie leży w interesie lekarzy lwowskich i społeczeństwa.

* W Nrze 30 »Przegl. Lek.« z r. 1896 zdaliśmy sprawę z dzieła pod tyt.: »Kuchnia higieniczna i dyetetyka szczegółowa«, opracowanego przez panią E. Jaworską, z wstępem naukowym pióra prof. W. Jaworskiego. Obecnie książka ta wyszła w języku niemieckim pod tyt.: »Diätetische Küche für Kranke und Gesunde«, co poniekąd dowodzi istotnej jej wartości i znaczenia dla zdrowia ludzkiego zawartych w tej książce uwag, rad i przepisów.

* Staraniem i nakładem p. Bron. Koskowskiego, redaktora »Czasopisma Towarz. aptek.«, wyszedł we Lwowie K a l e n d a r z F a r m a c e u t y c z n y na r. 1899, zawierający obfitą treść informacyjną i naukową. Kształt kalendarza, staranne wydanie, objęcie w »Spisie właścicieli, dzierżawców i zarządców aptek« całego obszaru Polski, zalecają nadzwyczaj korzystnie to wydawnictwo, któremu życzymy szczerze powodzenia.

* Prof. Behring do współki z Dr. Rupplem postarał się o nowy patent na wyrób surowicy przeciwgruźliczej pod nazwą: »metoda, służąca do wytworzenia substancyi wysoce jadowitej i uodporniającej przeciw prątkowi gruźliczemu i jego hodowli«.

* W Chinach powstało pierwsze czasopismo lekarskie i wychodzić ono będzie w Hong-Kong pod tyt.: »Miesięcznik lekarski, chirurgiczny i higieniczny«, pod redakcyą Dr. Wan Tun Mo.

* Dnia 25 grudnia przybił do przystani w Plymouth parowiec »Golkonda«, którego kapitan niezwłocznie uwiadomił władzę portową, że ma na pokładzie chorego na dżumę.

* Stanley Kent, lekarz szpitalny w Londynie, który badał bakteryologicznie krowiankę w ciągu pięciu lat, oświadcza, że wykrył swoisty ustrój, który stanowi czynny pierwiastek limfy szczepiennej.

Nekrologia. Zmarli: W Brukseli — prof. Gluge, fizyolog, w 86 roku życia. W Cambridge — prof. patologii Kanthack.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 52: Dra C h e ł m o ń s k i e g o A.: Jodek sodu i potasu, jako środki lecznicze przy krwotokach. Dra H e r m a n a: O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stósowania (c. d.). Dra P i o t r o w s k i e g o J.: O leukemii i sprawach pokrewnych (dok.). W *Pamiętniku Towarz. Lekars. Warszawskiego*: Dra J ą k o w s k i e g o M.: Wyniki badań bakteryologicznych w 350 przypadkach ropienia u ludzi. Dra Ż u r a k o w s k i e g o A.: Bakterye wody wodociągowej w Warszawie. Dra B i e r n a c k i e g o E.: Spostrzeżenia nad glikozą (utlenianiem cukru przez krew), warunkami jej istnienia i zachowania się w stanach patologicznych (dok.). Dra S a w i c k i e g o J. W.: Falowanie nerwowe jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— K a l e n d a r z Farmaceutyczny na rok 1899. Lwów.

— Dr. K r o k i e w i c z A.: Brak kw. solnego wolnego (Anachlorhydria) w treści żołądkowej w przebiegu rozlicznych wrzodów okrągłych żołądka. (Odbitka). Kraków, 1898.

— Doc. Dr. K o r c z y ń s k i L.: Einige Bemerkungen über das Myxödem. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— T e n ż e: Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych. (Odbitka). Warszawa, 1898.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 1 stycznia 1899 roku następujące datki: Dr. T. Bąkowski z Mielca 1 złr.; Dr. M. Berger z Dobczyc 2 złr.; Dr. St. Burzyński c. i k. lekarz fregaty 15 złr.; Dr. M. Buzdygan 2 złr.; Dr. J. Dura z Krzeszowic 2 złr.; Doc. Dr. W. Łepkowski 5 złr.; Dr W. Sciborowski z Krakowa 10 złr.; Doc. Dr. Sroczyński 10 złr.; W. P. Sydon Szczepkowski 4 złr; Dr. J. Siedlecki 5 złr.; Dr. E. Majewicz 1 złr. — **razem z poprzednimi złr. 155.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 14 Stycznia 1899. **Nr. 2.**

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi 8 złr. 80 ct.**	**w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.**	**w Niemczech 14 mk.**	**we Francyi 24 fr.**
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 14 Stycznia 1899. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek operacyi wągra podsiatkówkowego *(cysticercus subretinalis*[1]*)*.

Podał
Dr. Med. Br. Zieliński,
Ordynator Instytutu oftalmicznego w Warszawie.

Przypadek wągra podsiatkówkowego, który zamierzam opisać, z wielu względów zasługuje na uwagę baczniejszą, chociażby już dla tego, że był spostrzegany przez szereg miesięcy, że jest zaledwie drugim, znanym w literaturze przypadkiem istnienia wągra pod siatkówką w obu oczach[2]), wreszcie, że jest pierwszym w Królestwie Polskiem przypadkiem operacyjnego usunięcia wągra podsiatkówkowego.

Częstość wągra ocznego nie tylko w Królestwie Polskiem, lecz i w całem Państwie Rosyjskiem nie jest bynajmniej znaczną w porównaniu ze statystyką, nawet czasów ostatnich, — już po wprowadzeniu nadzoru weterynaryjnego w rzeźniach, — zebraną z materyału klinicznego w krajach najbardziej obfitujących w przypadki wągra ocznego; mam tu na myśli statystykę, ogłoszoną w tym kierunku w Prusach (Berlin), Saksonii, Turyngii, a po za Państwem Niemieckiem — w Portugalii i w Sycylii. — Z pracy A. G. Lutkiewicza, umieszczonej w marcowym (12-ym) numerze pisma rosyjskiego „Wracz" z r. 1898, widzimy, że od roku 1860 do 1897 włącznie spostrzegano w Rosyi 37 przypadków wągra ocznego, a z tej liczby 29 razy wągr tkwił w tylnym odcinku gałki ocznej, niemal w równej liczbie przypadków w ciałku szklistem i pod siatkówką. Jak rzadkiem zjawiskiem bywa wągr w klinikach i szpitalach rosyjskich, można przekonać się z orzeczenia Schroedera, który twierdzi, że w głównym szpitalu ocznym w Petersburgu, w przeciągu lat 30 (1859—1889) wśród 370,000 chorych przychodnich, spostrzegano zaledwie dwa przypadki wągra ocznego. W Kijowie (Chodin) w przeciągu 14 lat (1871 do 1885) z liczby około 35,000 chorych ocznych, nie było ani jednego przypadku tego pasorzyta. W Kazaniu (Adamiuk) zaznaczono zaledwie jeden przypadek na 50,000 chorych ocznych i to u osoby przyjezdnej. W klinice uniwersyteckiej w Moskwie spostrzegano trzy przypadki wągra ocznego na 15,000 chorych (od października 1892 r. do 1 stycznia 1898 r.). Z tych zestawień statystycznych wynika, że wągr oczny nader rzadko bywa spostrzegany w Rosyi. Dałoby to się wytłómaczyć faktem, że w wielu okolicach Rosyi tasiemiec (taenia solium) należy do rzędu pasorzytów tylko wyjątkowo napotykanych. W Petersburgu najczęściej ma się do czynienia z brózdogłówcem szerokoczłonkim (botriocephalus latus), a we wschodniej Rosyi europejskiej z innym pasorzytem, mianowicie z tasiemcem przewierconym (taenia mediocanellata). Rzecz dziwna, że w Warszawie, gdzie, o ile mi wiadomo, ze wspomnianych pasorzytów właśnie tasiemiec długoczłonki (taenia solium) bywa najpospolitszym okazem, również niezmiernie rzadko napotyka się wągra ocznego, jak to przekonujemy się z wieloletnich ksiąg chorych w ambulatoryum Warszawskiego Instytutu oftalmicznego, oraz z orzeczeń kolegów okulistów warszawskich. Dokładne liczby statystyczne, co do przypadków wągra ocznego, spostrzeganych w Warszawie, niebawem ogłosi asystent mego oddziału, Dr. Bronisław Wagner.

Wreszcie zaznaczyć muszę, że tak statystyka jak i doświadczenie osobiste przekonały mię, że wągr oczny najczęściej bywa napotykany u kobiet, należących do uboższej warstwy ludności.

W m. wrześniu roku 1897 zgłosiła się do mego ambulatoryum w Warszawskim Instytucie oftalmicznym Kazimiera B., żona szewca, lat 30 licząca, z powodu prawie zupełnej utraty wzroku w oku prawem.

Chora nigdy nie przechodziła poważniejszych chorób. Przed 6-ciu laty wyszła zamąż; po sześciu miesiącach mąż jej zmarł wskutek gruźlicy płuc. Trzy lata temu ponownie wstąpiła w związki małżeńskie. W miesiącu lutym roku zeszłego szczęśliwie powiła syna, którego sama wykarmiła. Na święta Wielkiej Nocy r. 1897 kupiła szynkę po bardzo taniej cenie; szynka ta okazała się niedobrą w smaku; »zanim postanowiono ją wyrzucić, cała rodzina kosztowała (ową szynkę), chcąc się ostatecznie przekonać o jej wartości«. Jednak ani chora, ani jej mąż, ani nikt z domowników dotąd nie doznał żadnych objawów, zwykłych przy obecności tasiemca w ustroju. W sierpniu r. 1897 chora bez jakichkolwiek bólów uprzednich doznała nagle „zaćmienia" wzroku w oku prawem w postaci siatki, z dnia na dzień bardziej gęstej, zasłaniającej przedmioty, w które się wpatrywała. W kilka tygodni potem, w m. wrześniu zgłosiła się do mnie z powodu zupełnej niemożności dopatrzenia nawet własnych palców po zasłonięciu oka lewego.

Przedsięwzięte wówczas badanie oczów, wykazało: W oku prawem tylko poczucie światła przy dobrej projekcyi w całem polu widzenia, prócz jego okolicy dolno-nosowej; chora nie dostrzega nawet ruchów ręki w najbliższem oddaleniu od oka. Zewnętrzne wejrzenie tego oka i napięcie gałki prawidłowe. Powieki, przewody łzowe, spojówka i rogówka, w stanie prawidłowym. W komórce przedniej nie widać żadnych zboczeń. Źrenica o rozmiarach prawidłowych, wolna, oddziaływa nieco leniwiej na światło, aniżeli w oku lewem. Soczewka najzupełniej przeźroczysta. Wziernikiem stwierdza się w ciałku szklistem nieruchome zmętnienie w postaci drobniutkiej siateczki; zmętnienie to uwydatnia się najwięcej w górno-zewnętrznej okolicy wnętrza oka. Szczegóły rysunku dna oka nie dają się dostrzedz. W całej części skroniowej (zewnętrznej) dna oka rozległe fałdziste odklejenie siatkówki. Przy krańcowem zwróceniu oka na zewnątrz i ku górze wyraźnie wy-

[1]) Odczyt przygotowany na VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w sierpniu r. 1898.

[2]) Hirschberg: (*Centralblatt für Augenheilkunde* 1892 p. 304) wspomina, jakoby we Włoszech (kto?) spostrzegano u pewnego chorego po jednym wągrze w każdem oku.

stępuje kształt owalny pęcherza poza nieco zaćmioną i w tem miejscu niesfałdowaną (znaczne wypuklenie ku przodowi) siatkówką, wielkości co najmniej trzech średnic tarczy. Na brzegach pęcherza wspaniała gra barw z połyskiem zielonkowato-złocistym. Naczynia siatkówki, dążące ku przedniej powierzchni wspomnianego ciała elipsoidalnego, opisują nader strome łuki. Nazajutrz, po dwukrotnem w przeciągu godziny wkropieniu $^1/_2\%$ rozczynu atropiny, źrenica średnio rozszerzyła się; wówczas, po zwróceniu oka ku skroni prawej (na zewnątrz), przy prostem oświetleniu wziernikiem, dostrzega się nie ściśle ograniczony odbłask szarawo-niebieskawy, w jego obrębie nie widać żadnego rysunku lub jakiejbądź budowy. Przeszedłszy do wziernikowania w obrazie odwrotnym, przy użyciu dwucalowej soczewki dwuwypukłej, jasno się dostrzega odklejenie całej skroniowej (zewnętrznej) połowy siatkówki, a w okolicy tylnego górno-skroniowego (zewnętrznego) oktanta gałki — znaczniejsze wypuklenie zmętniałej siatkówki, spowodowane obecnością poza nią wyżej opisanego pęcherza. W pobliżu jego granic obwodowych dostrzega się w odklejonej siatkówce na ciemno-stalowem szarem tle licznie rozsiane plamki o wybitnie metalicznym białym połysku; nadto daje się zauważyć pewne falowanie siatkówki wskutek ciągłych zmian w kształcie pęcherza. Zmieniwszy soczewkę dwucalową na czterocalową, spostrzega się na sinawo-zielonkowatem tle pęcherza wyraźną plamkę żółtawą. Po dłuższem badaniu nagle zauważyłem szybkie ruchy dobrze rozwiniętej głowy i szyjki wągra, a przy bliższem wpatrywaniu się, po pewnym czasie najwyraźniej ujawniły się wszelkie szczegóły, jako to nasadek i *rostellum*. Oko lewe najzupełniej prawidłowe, brak jakichkolwiek zmian chorobowych, ostrość widzenia równa prawie $^5/_5$.

Wobec niewątpliwego rozpoznania obecności wągra pod siatkówką oka prawego, zaleciłem chorej poddanie się operacyi i nazajutrz miała ona zgłosić się w celu wstąpienia na mój oddział w Instytucie. Nie uczyniła jednak tego. Zgłosiła się do mnie dopiero po upływie przeszło sześciu miesięcy i została przyjęta do Instytutu w dniu 10 marca 1898 r. Chora nadmienia, jakoby do dnia 4 marca r. b. oko lewe było najzupełniej prawidłowe tak, że mogła szyć i czytać. 4-go marca 1898 roku dziecko uderzyło ją rączką w to oko, poczem wystąpił ból silny w temże oku i jakoby odtąd wzrok uległ znacznemu osłabieniu przy zewnętrznych objawach zapalnych lewej gałki ocznej.

W dniu przyjęcia przeprowadzone badanie oczów dało wynik następujący: W oku prawem poczucie światła tylko w części górno-zewnętrznej pola widzenia, okiem lewem zaś liczy palce na odległości dwóch metrów. Oko prawe: wejrzenie zewnętrzne prawidłowe, źrenica szersza, aniżeli po stronie lewej, nader leniwie oddziaływa na światło, wolna. Przy wziernikowaniu dostrzega się obfite nieruchome błoniaste zmętnienia w ciałku szklistem, tudzież prawie całkowite odklejenie siatkówki prócz niewielkiego rąbka w stronie nosowej. Po rozszerzeniu źrenicy zapomocą atropiny, z wielką łatwością widać w okolicy tylnego zewnętrznego górnego oktanta gałki pod znacznie zmętniałą siatkówką duży sinawy pęcherz o brzegach zielonkowato-złocistych. Przy dłuższem wziernikowaniu, zarówno w obrazie prostym, jako też i w obrazie odwrotnym, widać nieustanne ruchy głowy i szyjki pasorzyta, przy tych ruchach ożywionych podnosi on pokrywającą go część siatkówki. Przy wspomnianej obecności mętów w ciałku szklistem, które najobficiej usadowiły się w sąsiedztwie pasorzyta, wprost uderza ta jasno widoczna bezustanna zmiana kształtu pęcherza i te chyże ruchy główki i szyjki wągra. Oko lewe: nieznaczny światłowstręt i łzawienie, niewydatne, ale głębokie białkówkowe nastrzykanie naczyń około rogówki, leniwe oddziaływanie dosyć wązkiej źrenicy. Obfite błoniaste męty w ciałku szklistem, szczególnie wydatnie rozwinięte w górno-zewnętrznej części gałki. Tarcza nerwu wzrokowego zamglona, naczynia krwionośne przebiegają wężykowato w siatkówce, brak zmian ogniskowych, odklejenie siatkówki w tylnym zewnętrzno-górnym odcinku oka. Mimo rozszerzenia źrenicy zapomocą atropiny nie sposób dojrzeć górnej granicy odklejenia. W obrębie jego zwraca uwagę: zmętnienie błony siatkówkowej o barwie mlecznej, gdzieniegdzie rozsiane pasma szarawe a wśród nich rozrzucone w siatkówce drobne, metalicznie połyskujące, srebrzyste plamki. Z pod siatkówki zlekka prześwieca kulisty, szaro-niebieskawy pęcherz około 5 mm. średnicy mieć mogący; brzeżna jego okolica mniej przeźroczysta, naprzód biaława, bliżej ku brzegowi wykazuje zabarwienie żółto-czerwonawe. Nie można dostrzedz położenia główki wągra, natomiast przy zupełnie spokojnem ustawieniu gałki, widać wyraźnie faliste poruszanie się błoniastych zmętnień w ciałku szklistem, oraz samej siatkówki, wywołane jakby jakiemś działaniem ssąco-tłoczącem poza siatkówką. Przy badaniu ciałka szklistego zwraca uwagę fakt, że pomimo znacznych błoniastych zmętnień w postaci zasłon zawieszonych jedna poza drugą, jest się w stanie względnie dosyć dokładnie rozejrzeć się w dnie obu oczów, zwłaszcza przy badaniu w rysunku odwrotnym zapomocą lupy dwucalowej.

W dniu 21 marca 1898 r., przy łaskawej asystencyi kolegów pracujących wraz ze mną w tutejszym Instytucie oftalmicznym, przystąpiłem do wydobycia wągra z pod siatkówki oka prawego wśród głębokiego uśpienia chloroformowego. Wypada tu nadmienić, że na tydzień przed operacyą wkrapiano do oka prawego cztery razy dziennie $^1/_2\%$ rozczyn atropiny.

Zrobiwszy cięcie odpowiednie w spojówce, umocowałem w nitce jedwabnej (igła u każdego końca nitki) mięsień prosty zewnętrzny, następnie przeciąłem go w odległości $1^1/_2$ mm. poza jego przyczepem ścięgnistym. Tym sposobem uzyskałem możność sprowadzenia gałki w odpowiednim kierunku ku dołowi i stronie nosowej, przytem pętla jedwabna, pociągnięta ku górze i ku stronie skroniowej, odwróciła przecięty mięsień, co dało mi możność zupełnego obnażenia białkówki po odpowiedniem odpreparowaniu tkanki nadbiałkówkowej. Uzyskano obszerniejszy teren do następnego zabiegu operacyjnego, mianowicie do przeprowadzenia cięcia białkowki, które wykonałem zapomocą wązkiego nożyka Graefego. Nóż ten wkłółem powierzchownie w środku górno-skroniowego oktanta dna oka w najbardziej krańcowej dostępnej okolicy gałki ocznej, sprowadzonej możliwie najbardziej w dół i ku nosowi; cięcie 10-cio milimetrowej długości prowadziłem w kierunku południka (merydionalnie) od tyłu ku przodowi, t. j. w kierunku ku rogówce. Wykonywując przytem lekki ruch nożykiem około jego osi podłużnej, udało się nieco oddalić brzegi cięcia w białkówce; wówczas odrazu wypadło na zewnątrz ciało pęcherzowate. W chwili wkłócia nożyka zaczęło się sączyć nieco cieczy wodnistej, widocznie był to wysięk podsiatkówkowy. Zresztą cała operacya dokonana została ściśle podsiatkówkowo, t. j. bez przekłócia tej błony i bez zetknięcia się z ciałkiem szklistem. Wydobyty wągr ma postać pęcherza elipsoidalnego, jedna jego oś ma długości dziesięć milimetrów, druga zaś ośm milimetrów. Starannie obmywszy pole operacyjne wodą wyjałowioną, przyszyłem w miejscu właściwem mięsień przecięty, w który, jak to wyżej wspomniałem, uprze-

dnio wprowadzoną została nić jedwabna (pętla na zewnętrznej powierzchni mięśnia) z dwoma igłami na jej końcach, wreszcie nałożyłem trzy cienkie szwy spojówkowe, potem — opaskę na oba oczy. Przebieg chloroformowania wypadł najzupełniej pomyślnie, wymiotów nie było. Operacyi dokonałem o godzinie 2-ej po południu możliwie ściśle aseptycznie. Dotkliwy ból trwał do godziny 4-ej nad ranem dnia następnego, stopniowo zmniejszając się; chora następnie zasnęła, przebudziła się po godzinie, wolna od wszelkich bólów. Tegoż dnia zmieniono opaskę: spostrzega się nieznaczny obrzęk powiek, brak wydzieliny ropnej w szparze powiekowej. Źrenica szeroka. Naczynia głębsze około rogówki nieco nastrzyknięte. W przeciągu następnych pięciu dni opaska obuoczna, potem aż do 10-go dnia włącznie po operacyi bandażowano tylko prawe oko. Uczucie podmiotowe chorej w zupełności dobre, stan bezboleśny. Opaskę codzień zmieniano. Atropiny po operacyi nie stosowałem, gdyż i bez tego nastrzykanie naczyń w około rogówki z dniem każdym zmniejszało się. W siedm dni po operacyi szwy same oddzieliły się. Badanie siły widzenia, dokonane 8-go kwietnia 1898 r. wykazało: oko prawe: ilościowe poczucie światła, t. j. taż sama siła widzenia, co i przed zabiegiem operacyjnym; natomiast, rzecz szczególna, w oku lewem siła widzenia zwiększyła się aż do 5/35, podczas, gdy przed operacyą oka prawego, chora okiem lewem liczyła palce zaledwie w odległości dwóch metrów; badanie to wielokrokrotnie powtarzane aż do chwili wypisania chorej z zakładu, mianowicie do dnia 16-go kwietnia 1898 r., stale dawało tenże sam wynik. Badanie zaś perymetryczne oka lewego przekonało, że przerwa w polu widzenia w odpowiedniej okolicy nieco zwiększyła się. Przy wziernikowaniu oka operowanego (prawego) widać, że odklejenie siatkówki w znacznej mierze spłaszczyło się, a w okolicy cięcia białkówki dostrzega się niezbyt obfity podłużny wylew krwi.

W pięć dni po opuszczeniu zakładu pacyentka wysiadając z tramwaju, upadła na bruk, — wieczorem tegoż dnia doznała silnego bólu w oku lewem (nieoperowanem); nazajutrz zgłosiła się do mnie: objawy *descemetitis*, *iridocyclitis oculi sinistri*, które pod działaniem opaski hidropatycznej i atropiny w przeciągu dni dziesięciu zniknęły, pozostał tylko zrost tylny tęczówki w jej części górnej. Chorą widziałem po raz ostatni w 5 miesięcy po operacyi: w oku prawem wzrok pozostał bez zmiany, w oku zaś lewem siła widzenia zmalała do możności liczenia palców w odległości około $1^1/_2$ metra.

Mimo nalegań z mej strony, pacyentka nie chciała poddać się operacyi na oku lewem.

Dokonana przezemnie operacya była pierwszym tego rodzaju zabiegiem chirurgicznym, wykonanym w Warszawie. W Krakowie ś. p. prof. Rydel wykonał dwukrotnie tę operacyę: w jednym przypadku wynik był pomyślny [3]). W Rosyi, jak to wynika z wyżej wspomnianej pracy Lutkiewicza, pięć razy dokonywano tej operacyi, a tylko raz jeden (Magawlyemu) udało się usunąć wągra z wnętrza oka.

* * *

[3]) F. Sroczyński. Dwie operacye wągra podsiatkówkowego, *Przegląd lekarski* Nr. 42 i 43 z r. 1890.

II. Ze szpitala powszechnego w Żywcu.

Gastroenterostomia w następstwie otrucia kwasem siarkowym.

Podał
Dr. Wiktor Idziński,
dyrektor szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Wobec tego stanu nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia ze zwężeniem odźwiernika, następową rozstrzenią żołądka i że, chcąc uratować chorego, należało szybko wytworzyć połączenie między żołądkiem a kiszkami.

Postanowiłem bezzwłocznie przystąpić do operacyi. — Chorego wykąpano, oczyszczono, dano mu lewatywę; narzędzia wygotowano i opatrunki wyjałowiono. Należało jeszcze poprzednio wypompować i przepłókać rozdęty żołądek; jednak czynności tej zaniechałem z tej poprostu przyczyny, że bałem się męczyć chorego, tak znacznie osłabionego i mogącego umrzeć mi w rękach podczas przepłókiwania żołądka. Postanowiłem postąpić podczas operacyi z rozdętym i wypełnionym płynami żołądkiem tak, jak się postępuje z torbielem jajnikowym, to jest przez nakłócie wypuścić ostrożnie treść żołądka na zewnątrz poza powłoki brzuszne.

Operacyi dokonałem wśród nadzwyczaj ostrożnego usypiania, przy łaskawej pomocy Kolegów Drów Kniehynickiego i Bendy. Poprowadziłem cięcie ponad pępkiem w linii środkowej, 15 ctm. długie, a po otwarciu jamy otrzewnowej starałem się wydobyć rozdęty poniżej pępka i chełboczący żołądek o ile możności na zewnątrz, obmacałem okolicę odźwiernika celem sprawdzenia rozpoznania, przyczem przekonałem się, że balonowato rozdęty żołądek nagle w okolicy odźwiernika zwęża się, że dwunastnica i kiszki są zupełnie puste i to tak dalece, że nie zawierają nawet śladu gazów.

Po sprawdzeniu rozpoznania zastanowiłem się przez chwilę, jakiej się chwycić metody operacyjnej, czy rozszerzyć odźwiernik drogą tępą, metodą Loreta, — czy zrobić pyloroplastykę Heinecke-Mikulicza, — czy też gastroenterostomię.

Tępe rozszerzenie mogło przynieść tylko czasowe polepszenie. Znaczne zwężenie, posunięte do tego stopnia, że nawet gazy nie przechodziły z żołądka do jelit, nie pozwalało również dobrze rokować pyloroplastyce. Zresztą przypomniałem sobie tok dyskusyi, słyszanej na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie, w której znacznie więcej zwolenników oświadczyło się za gastroenterostomią, niż za pyloroplastyką; a więc zdecydowałem się na gastroenterostomią i to tak zwaną *anterior antecolica*, sposobem Wölflera.

Podniósłszy dolny brzeg żołądka ku górze, uniosłem razem z nim dużą sieć i stosunkowo wąską okrężnicę poprzeczną, napiąłem t. zw. *mesocolon transversum*, odszukałem fałd dwunastnicowojelitowy *(plica duodeno-jejunalis)*, co wyjątkowo łatwo dało się uskutecznić, gdyż kiszki były zupełnie zapadnięte i puste, odmierzyłem 50 ctm. odległości od dwunastnicy ku dolnemu przebiegowi kiszki i punkt ten przeznaczyłem na miejsce przyszłego połączenia z żołądkiem. Następnie skręciwszy jelito cienkie w ułożenie tak zwane Rockwitzowe, to jest tak, aby ramię odprowadzające jelita przebiegało na prawo i przekonawszy się, że skutkiem tego skręcenia nie będzie ugnieciona okrężnica poprzeczna, przystąpiłem do założenia szwu.

Do szwu użyłem guzika Murphyego i zacząłem od jelita. Na górnej powierzchni jelita, zwróconej ku żołądkowi, blisko nasady jelita, założyłem najpierw pętlę katgutową w kształcie szwu zwanego kapciuchowym; w środku tej pętli zrobiłem następnie otwór 1·5 ctm. długi, przez otwór ten wprowadziłem jedną połówkę guzika do jelita i ściągnąłem szew kapciuchowy naokoło szyi guzika. Jelito było zupełnie puste. Następnie założyłem w sąsiedztwie odźwiernika znowu pętlę kapciuchową, chorego położyłem na bok, obłożyłem żołądek szczelnie gazą wyjałowioną i nakłółem rozdęty żołądek, przyczem wypłynęło na zewnątrz powłok brzusznych około pół litra cieczy brudnej. Dzięki zabezpieczeniu gazą nic z treści nie dostało się do jamy otrzewnowej. Po wypuszczeniu treści z żołądka i oczyszczeniu otoczenia rany suchą gazą wyjałowioną, ułożyłem chorego znowu na wznak, rozszerzyłem otwór w żołądku, wsunąłem doń drugą połowę guzika Murphyego, ściągnąłem około niego pętlę kapciuchową, a przysunąwszy ku sobie obie połówki guzika, zamknąłem je, ściągając sprężynę jak najsilniej. Naokoło utworzonej obecnie sztucznej komunikacyi między żołądkiem a jelitem, na zewnątrz od guzika Murphyego, założyłem kuśnierski szew katgutowy Lamberta.

Zaraz po zamknięciu guzika wypełniły się jelita gazami, co świadczyło, że komunikacya jest ścisła i że gazy nie wydostają się z żołądka do jamy otrzewnowej. Po toalecie jamy brzusznej zaszyłem powłoki brzuszne, założyłem opatrunek, a ponieważ chory był znacznie osłabiony i tętno było nikłe, wstrzyknąłem mu dwie strzykawki eteru, przeniósłem do ciepłego łóżka i obłożyłem ciepłemi kamionkami, a skoro się tylko obudził, nie skazałem go, jak to zwykle bywa po operacyach żołądkowych, na ścisłą dyetę, lecz podałem mu natychmiast kieliszek wina, a to w celu ratowania go od głodowej śmierci. W pół godziny po winie zaczął chory otrzymywać co pół godziny łyżkę mleka, tak, że zaraz pierwszego dnia wypił przeszło pół litra mleka.

Przebieg pooperacyjny był idealny. Dzięki ścisłej aseptyce ani razu nie było gorączki, również ani razu chory nie wymiotował (do uśpienia używamy chloralchloroformu), nie miał najmniejszych boleści i mógł coraz większe ilości płynów przyjmować. Już wieczorem dnia, w którym wykonano operacyę, tętno poprawiło się i od tego czasu poprawa i powrót do sił postępowały szybkim krokiem.

Chory dostawał prócz mleka 3 razy dziennie po piętnaście kropli nalewki makowcowej. Pierwszy stolec był 5-go dnia, a w 8-mym dniu odszedł ze stolcem guzik Murphyego. Dyeta płynna trwała do dnia 14, potem zwolna zaczęto podawać biszkopty, rozgotowaną bułkę, potrawkę i t. d. Ponieważ skutkiem kaszlu pękły 2 dolne szwy skórne, pozwoliłem choremu siadać dopiero 1 listopada, a dnia 15 listopada chory, nie mogąc już wytrzymać w łóżku, nabrawszy już dostatecznego zapasu sił i zarumieniwszy się na twarzy, sam wstał z łóżka i od tego czasu ciągle chodzi. Dodać jeszcze muszę, że obecnie może chory połykać jak najgrubsze pokarmy, a więc że niema zwężenia przełyku, oraz że nie ma najmniejszych objawów wstecznego przedostawania się żółci do żołądka, z czem tak często spotykamy się po gastroenterostomiach pod postacią wymiotów żółciowych. Chory ani razu nie wymiotował, kał jego żółty, trawi wszystko, i tak dobrze, jak w stanie prawidłowym. Uważam go za zupełnie wyleczonego.

Przypadek ten jest dla mnie bardzo pouczający. Przedewszystkiem służy on za dowód, że należy zawsze wyczerpać cały nasz arsenał leczniczy, nawet w otruciach bardzo silnemi truciznami i nawet w przypadkach, przedstawiających się już jako prawie stracone. Chory nasz wypił na czczy żołądek 50 grm. kwasu siarkowego 75 procentowego; od czasu wypicia do czasu właściwego ratunku lekarskiego upłynęła prawie godzina; pomimo tego zdołano jeszcze przez przepłókanie górnej połowy przewodu pokarmowego znaczną ilością płynu wypłókać zupełnie kwas siarkowy, oraz zobojętnić go magnezyą. Skoro szybko usunięto przyczynę, t. j. zobojętniono siłę żrącą kwasu, tkanki zdołały u człowieka młodego przyjść jeszcze do siebie i odrodzić się. Nie ulega wątpliwości, że podanie choremu mleka i oliwy tuż po otruciu przyczyniło się również znacznie do osłabienia siły otrucia, a to przez rozcieńczenie kwasu. Najciekawszą i niezwykłą jest jednak ta okoliczność, że nie wystąpiły żadne znaczne zmiany następowe w ustach, połyku, przełyku, żołądku, — ale dopiero w odźwierniku, a względnie w górnej części dwunastnicy. Jak sobie to wytłómaczyć? Ja wyobrażam sobie, że skutkiem tego, iż od czasu otrucia aż do czasu przepłókania żołądka minęła godzina, pewna część kwasu miała czas przedostać się z żołądka do górnej części dwunastnicy, tam zadrażniła ona drogą zwrotną mięsień zamykający odźwiernik i ten popadł w skurcz. Gdy następnie przepłókiwano żołądek, nie można już było skutkiem skurczu odźwiernika wypłókać tej ilości kwasu, która już żołądek opuściła. To zdaje się być powodem, że zmiany najcięższe wystąpiły nie w górnej części oczyszczonego przewodu pokarmowego, ale na granicy między żołądkiem a dwunastnicą.

Zastósowana w tym przypadku gastroenterostomia zdaje mi się być pierwszą, wykonaną z tego powodu, przynajmniej analogicznego przypadku niezdołałem odszukać w dostępnej mi literaturze; przez ogłoszenie tego przypadku chciałem przyczynić się do rozszerzenia dotychczas istniejących wskazań do gastroenterostomii. W technice gastroenterostomii trzymałem się przyjętych dotychczas ogólnych zasad; ale muszę zaznaczyć, że z małej modyfikacyi, uczynionej w niej przez użycie guzika Murphyego, byłem bardzo zadowolony. Zyskałem przez to na szybkości w wykonaniu operacyi (od czasu uśpienia chorego aż do założenia opatrunku upłynęło zaledwie 30 minut), co w danym przypadku u chorego prawie już umierającego miało bardzo doniosłe znaczenie, a użyłem guzika Murphyego metalowego, zamiast modnego obecnie guzika Franka, gdyż bałem się zbyt wczesnej resorbcyi tego ostatniego.

Guzik Murphyego jest jednym z najdonioślejszych wynalazków w technice szwów jelitowych.

III. Oceny i sprawozdania.

E. Finger: **O dziedziczeniu kiły.** *(Wiener Klinik,* Zeszyt 4 i 5, 1898.)

Jak już świadczy tytuł, poświęca Finger swą pracę doniosłej sprawie dziedziczenia kiły. W I. rozdziale rozstrzyga pytanie, czy w przypadkach, gdy matka lub ojciec znajdują się w chwili zapłodnienia w okresie kiły wczesnej, przenośnej, musi nastąpić zawsze przeniesienie jej na płód? Cały szereg przytoczonych spostrzeżeń ścisłych przeczy temu;

w przypadkach tych kiła przenieść się może, ale nie musi; zależy od tego, czy w chwili zapłodnienia nasiennik lub jajko zawierały w sobie jad kiłowy. Z kolei zastanawia się autor nad pytaniem, czy istnieje kiła dziedziczna udzielona płodowi wyłącznie przez ojca (paterne Syphilis)? Zdania w tym kierunku są podzielone: Fournier n. p. przychyla się do niego, ale dodaje, że 75% matek w tych przypadkach okazuje zmiany kiłowe; jedno osłabia drugie. Jako pośredni dowód na poparcie, że kiła może być przeniesioną na płód wyłącznie przez ojca, przytacza Finger szereg spostrzeżeń, dotyczących małżeństw, z których rodziły się dzieci kiłowe w pewnej kolei: energiczne leczenie przeciwkiłowe, zastósowane u ojca (który naturalnie kiłę przebył) dawało ten wynik, że dziecko spłodzone po takiem leczeniu, przychodziło zdrowe, bez żadnych zmian kiłowych. Leczenie zaś matki pozostało bez wływu. Spostrzeżenia, dotyczące kobiet, które poprzednio rodziły dzieci kiłowe z ojca kiłowego, a które po wyjściu powtórnem za mąż lub ze stosunku ze zdrowym mężczyzną, miały dzieci zdrowe, przemawiają równie za istnieniem kiły ojcowskiej. Niezbity wreszcie dowód stanowią wyjątki od prawa Collesa, t. j. że matki, rodzące dzieci ze zmianami kiłowemi, nabywają później same kiłę pierwotną ze zwykłym dalszym przebiegiem. Czy kiła płodu pochodzi wyłącznie od matki? Pod tym względem istnieje zgodne zapatrywanie. Jako dowód pośredni służą spostrzeżenia, dotyczące kobiet kiłowych, których dzieci, spłodzone przez zdrowego ojca, kolejno przychodzą na świat z kiłą. Silniejszy dowód stanowią spostrzeżenia, dotyczące t. zw. *syphilis post conceptionem*, t. j. że kobieta ciężarna nabywa w ciągu ciąży kiły i przenosi ją na płód. Autor zebrał 50 tu należących ściśle spostrzeganych przypadków. Zakażenie matki miewało miejsce, począwszy od 2-go, do 9-go miesiąca ciąży. Dwa przypadki (45 i 50), w których zakażenie matki nastąpiło w 9-tym miesiącu ciąży, a zmiany ogólne wystąpiły już po urodzeniu dotkniętego kiłą dziedziczną dziecka, zdają się dowodzić, że pierwotna zmiana kiłowa jest — może nie zawsze — wyrazem ogólnego zakażenia [1]).

Dalszą sprawą, nad którą zastanawia się autor, jest t. zw. „choc en retour“, t. j. czy istnieje zakażenie matki przez płód kiłowy z ojca? W dwojaki sposób może w tych przypadkach uwidocznić się przebieg kiły. Raz, jak ją nazywa Fournier i Diday jako *syphilis conceptionelle précoce*, t. j. matka płodu kiłowego z ojca okazuje w przebiegu ciąży zmiany kiłowe drugorzędne, bez zmiany pierwotnej, bez powiększenia gdziekolwiek gruczołów chłonnych, któreby wskazywało na miejsce zakażenia. Drugą postać stanowi *syphilis conceptionelle tardive*, t. j. te przypadki, w których matka płodu kiłowego z ojca, bez jakichkolwiek uprzednich objawów kiły wczesnej drugorzędnej, okazuje po szeregu lat zmiany kiły późnej. Co się tyczy postaci pierwszej, to wypowiada autor zdanie, że ze stanowiska teoretycznego istnienie jej jest możebne, nie zostało jednak spostrzeżeniami klinicznemi ani udowodnione ani odparte. Postać druga, jakkolwiek przyjęta przez większość, ma jednak swoich przeciwników, którzy podobnie jak w przypadkach t. zw. kiły dziedzicznej późnej twierdzą, że jedynie brakowi ścisłego spostrzegania należy przypisać niedostrzeżenie zmian kiły wczesnej, drugorzędnej. Finger sam oświadcza się za istnieniem takowej, i obok wielu zebranych w literaturze spostrzeżeń przytacza własne, dotyczące żony pewnego lekarza, która w r. 1890, — w 3 lata po zakażeniu męża, — powiła dziecko ze zmianami kiły dziedzicznej. Lekarz ten, mimo najdokładniejszego spostrzegania (wierzyć temu chyba można) nie spostrzegał nigdy żadnych zmian i objawów u żony, któreby mogły budzić podejrzenie w kierunku kiły. Dopiero w roku 1896 wystąpiły zmiany kiły późnej, co skłoniło pacyentkę do szukania porady u autora. Jakkolwiek w podobnych do przytoczonego przypadkach przeciwnicy tej postaci kiły podnoszą zarzuty, że matka mogła przebyć chorobę przed zamążpójściem, lub stanowiła wyjątek z prawa Collesa, t. j. po urodzeniu kiłą dziedziczną dotkniętego dziecka, od niego nabyła kiłę, którą przeoczono, to jednak Finger przyjmuje tę postać, dodając, że nie udało się nikomu w sposób dosadnie przekonywujący obalić jej istnienie. W dalszym ciągu swej pracy przechodzi autor do gromady przypadków, obejmującej te matki, które rodzą dzieci kiłowe z ojca, same zaś są wolne od jakichkolwiek zmian kiłowych, nie są jednak przystępne dla jadu kiły (prawo Collesa). Codzienne spostrzeżenia kliniczne potwierdzają ważność i moc tego prawa, doświadczalnie umocnili je Caspary, Neumann i Finger. Przeciwnikom t. z. *Syphilis paternelle* (kiły udzielonej płodowi wyłącznie przez ojca) posłużyło prawo Collesa za pozornie silną podstawę; rozumują oni tak: skoro matki dzieci, dotkniętych dziedziczną kiłą, są odporne na jad kiłowy, zatem same kiłowe, przeto wszystkie te dzieci nabyły kiły od matek. Z drugiej strony jednak wyjątki z prawa Collesa, t. j. że matka płodu kiłowego z ojca nabywa później kiły, a takich spostrzeżeń zebrał autor 25, z tych 15 bardzo ścisłych, są zbyt silnym dowodem dla istnienia kiły dziedzicznej, udzielonej płodowi tylko przez ojca, by można jej zupełnie przeczyć.

Z tłómaczeniem Fingera tej odporności matek przeciw kile, zgadzają się Neisser, Jadassohn, Caspary, Kaposi, Neumann; jest ono następujące: większość matek, których dzieci są po ojcu kiłowe (o ile prawo Collesa dopuszcza wyjątki), nabywa przez ciążę odporności przeciw kile, co jednak nie odpowiada w zupełności pojęciu kiły matki. Odporności tej nabywa ustrój matki w ten sposób, że w ciągu ciąży nie jad upostaciowany (ten musiałby wywołać zwykły przebieg kiły), ale tylko toksyny dostają się drogą osmozy przez krążenie łożyskowe do ustroju matki; tu są bodźcem do wytworzenia się antytoksyn i w ten sposób powstaje odporność przeciw samemu jadowi. Z kolei rozbiera autor t. zw. prawo Profety, które brzmi: „dziecko pozornie zupełnie zdrowe, wolne od jakichkolwiek podejrzanych zmian kiłowych, urodzone jednak przez matkę kiłową, przynosi ze sobą odziedziczoną odporność przeciw nabywaniu kiły“. Tłómaczenie podobne jak prawa Collesa, z tą odmianą, że kiedy tam pierwiastek uodporniający działa drogą krążenia od płodu na matkę, tu dzieje się odwrotnie. Jeżeli tak, to nasuwa się pytanie, czy spadek ten chroni te dzieci i w przyszłem życiu przed nabyciem kiły? Bärensprung zebrał 7 spostrzeżeń, które zdają się to przypuszczenie potwierdzać; autor sam przytacza własne jedno spostrzeżenie, które równie za tem przemawia. Przeciwników nie brak; uwierzyliby, gdyby zostało poparte doświadczalnem przeszczepieniem; tego zaś do tej pory brak. Zarzut podobny spotykał prawo Collesa, odparli go Caspary, Neumann i Finger za pomocą przeszczepienia. Nie brak jednak spostrzeżeń (Mireur, Boeck), które nie pozwalają na przyjęcie prawa Profety, jako prawidła, a które dowodzą, że dziecko, zrodzone z matki dotkniętej kiłą, nabyło kiły w późniejszym wieku. Jedno spostrzeżenie tu należące pochodzi z kliniki ś. p. prof. Rosnera, opisane przez Dra Obtułowicza, a dotyczyło dziecka z matki zakażonej w 8 miesiącu ciąży, u którego w 10 miesiącu po urodzeniu znaleziono po pierwszy raz zmiany kiły wczesnej, bez zmiany pierwotnej.

Wyjątki z prawa Collesa i Profety mają doniosłość w zastosowaniu praktycznem i skłaniają poniekąd do zachowania należytej ostrożności w celu uniknięcia przecież możebnego przeniesienia choroby. W dalszym ciągu rozbiera Finger sprawę t. zw. kiły dziedzicznej późnej (Syph. hereditaria tarda), obejmującą tę gromadę przypadków, w których dziecko, zrodzone z matki czy ojca kiłowego, nie okazuje żadnych zmian kiłowych wczesnych, a dopiero w późniejszym wieku występują u niego zmiany kiły późnej. — Tę postać kiły opisuje każdy podręcznik; do dnia dzisiejszego brak jednak choćby jednego bezwzględnie pewnego spostrzeżenia. Zarzut, jaki zawsze w podobnym przypadku

[1]) *Przegląd Lekarski* 1895, 5. Zarewicz: O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

podnieść można, choć gołosłowny, ale trudny do odparcia, jest ten, że może dziecko takie w wieku młodszym przebyło kiłę bądź nabytą bądź też może przyszło na świat ze zmianami kiłowemi, które przeoczono. Ze stanowiska teoryi *a priori* wykluczyć tej postaci kiły nie można. Zapatrywanie autora, co do patogenezy tych przypadków, jak wogóle trzeciorzędnej kiły, streszcza się w tem, że on przypisuje ją nie działaniu jadu, lecz toksyn kiłowych, które mu tłómaczą odporność przeciw kile (prawo Collesa); a jeżeli nagromadzenie ich będzie bardzo znaczne, mogą dać początek zmianom kiły trzeciorzędnej.

Przedstawiwszy te różne drogi, jakiemi kiła dziedziczna przenieść się może, jak równie wzajemny stosunek kiły płodu do matki i odwrotnie, poświęca autor ostatnie rozdziały rozpatrzeniu i ocenieniu udziału w tych sprawach łożyska. Zachowanie się łożyska, ze względu na kiłę, może być trojakie:

a) przepuszcza ono jad kiłowy z matki do płodu, (syph. postconceptionelle); prawdopodobnie i odwrotnie (choc en retour), czego jednak bezwzględnie pewnie nie udowodniono;

b) jest przepuszczającem, ale tylko dla toksyn i to w obu kierunkach (prawo Collesa i Profety);

c) nie przepuszcza ani jadu ani toksyn (wyjątki z prawa Collesa i Profety).

Kassowitz wypowiedział zdanie, że łożysko stanowi zaporę nieprzepuszczalną dla istot upostaciowanych, chyba w bardzo wyjątkowych przypadkach; Lubarsch nie widzi tej zapory w przypadkach, gdzie łożysko uległo zmianom patologicznym (gruzełki w przebiegu gruźlicy, kilaki). Badań w tym kierunku, ze względu na kiłę jest mało;a te które są, nie pozwalają na wyprowadzenie wniosków, któreby na razie potwierdzały zapatrywanie Lubarscha.

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

IV. Wyciągi.

G l o r i e u x: **Objaw paluchowy Babińskiego.** *(Journal de Neurologie*, 5. XII. 1898, Nr. 24). G. otwarcie przyznaje, że zabrawszy się przed przeszło 2 laty do badań nad objawem paluchowym, który właśnie Babiński przedstawił poraz pierwszy Towarzystwu biologicznemu w Paryżu, wskutek nieodpowiedniej techniki nie otrzymał dodatnich wyników i chwilowo do sprawy tej zupełnie się zraził. Dopiero po ostatniej publikacyi Babińskiego (cf. „Przegląd lek.“ i „Semaine medicale“ 1898), zbadawszy 100 chorych swej polikliniki nerwowej w sposób dokładny według przepisów Babińskiego, doszedł G. do wręcz odmiennych zapatrywań i potwierdza teraz w zupełności wnioski Babińskiego, uznając objaw paluchowy za cenną wskazówkę rozpoznawczą organicznych zmian w drogach piramidalnych. Istnienie objawu paluchowego dowodzi zmian anatomicznych w przebiegu tych dróg nawet wówczas, gdy innych, spotykanych zwykle w tym razie, objawów, braknie; brak objawu paluchowego (bądź więc prawidłowy odruch podeszwowy, t. j. zgięcie palców, bądź brak odruchu ze strony palców, byle tylko nie ich wyprostowanie) nie jest jednak nierozerwalnie związany z brakiem zmian anatomicznych w drogach piramidalnych; mimo to jednak nie waha się G. przykładać pewnej wagi do braku objawu paluchowego w przypadkach wątpliwych, jeśli niema również żadnych innych objawów anatomicznych zmian ukladu nerwowego. Mianowicie nie stwierdził G. objawu paluchowego w żadnym przypadku, w którym można było z pewnością utrzymywać, że drogi piramidalne są zdrowe. Przeciwnie we wszystkich przypadkach, w których G. spotkał objaw paluchowy Babińskiego, istniały zmiany anatomiczne tych dróg, dające się stwierdzić zapomocą innych objawów rozpoznawczych. Objaw Babińskiego ma, jak obecnie, bardzo wielką wartość w odróżnieniu monoplegii i porażeń połowiczych histerycznych od organicznych i w wykryciu zmian anatomicznych dróg piramidalnych w przypadkach wiądu rdzenia i niedołęstwa poraźnego ze zniesieniem odruchów kolanowych. Kliniczne cechy objawu Babińskiego nasuwają przypuszczenie, że jest on związany z zaburzeniami w niektórych tylko, dziś jeszcze bliżej nieznanych, częściach dróg piramidalnych; w przyszłości może więc objaw ten i pod tym względem stanie się cenną wskazówką. G. sądzi, że ze względu na jego doniosłość kliniczną ogół lekarski powinien się dokładnie zapoznać z objawem Babińskiego.

Dr. A. C h e ł m o ń s k i: **Ciepłota ciała u starców.** *(Deutsch. Archiv f. klinische Medicin,* 1898, 61 Band, 1—2 Heft). O ile pedyatrya wykazuje wielki postęp jako samodzielna gałąź naukowa, o tyle fizyologia i patologia starców za mało bywa uwzględniana. Społeczeństwo widzi w utrzymaniu chorego dziecka i człowieka dorosłego korzyść, której nie ma w zachowaniu przy życiu chorego starca. Na tej też obojętności społeczeństwa względem starców polega apatya lekarzy, objawiająca się dla ludzi w podeszłym wieku.

Autor zajął się sprawdzeniem średniej ciepłoty u starców. Ciepłota ciała wogóle zachowuje się podług dotychczasowych badań w ten sposób, że niedługo po urodzeniu opada, poczem w pierwszych dniach życia podnosi się i na tej samej wysokości utrzymuje się aż czterdziestego roku życia. Od 40—60 lat nieco opada, a od 60 roku znowu się podnosi. Autor rozpoczął badania ciepłoty u osobników starszych, od 50 roku począwszy, aby mieć podstawę porównawczą, a mierzył ciepłotę pod pachą rano między 8 a 10 godziną, popołudniu między 5—7 godz., to jest w czasie najwyższej rannej i wieczornej ciepłoty ciała. Ogółem wykonał 1682 pomiarów ciepłoty u 111 osobników w zakładzie starców i kalek warszawskiego Towarzystwa dobroczynności.

Wyniki badań tych są następujące: a) średnia ciepłota dzienna starców, wbrew ogólnie przyjętemu przekonaniu, nie podnosi się, ale powoli o p a d a; b) tor (t y p) ciepłoty starców jest nieraz o d w r o t n y (typus inversus), to znaczy, że ranna ciepłota bywa wyższa, niż wieczorna i to tem częściej, im osobnik jest starszy.

Wiek lat	Średnia ciepłota ranna godz. 8—10	Średnia ciepłota wieczorna godz. 5—7
51—60	36,44	36,69
61—70	36,39	36,50
71—80	36,28	36,25
81—91	36,33	35,97

Prócz tego ciepłota starców odznacza się jeszcze znacznemi wahaniami w czasie dnia, co zwłaszcza pokazało się u bardzo podeszłych, poza ośmdziesiątką.

Objawy te ciepłoty starców, to jest niższą wogóle ciepłotę, znaczne wahania dzienne, częsty tor odwrotny, tłómaczy autor niestosunkiem pomiędzy wytwarzaniem cieplika, a jego utratą. Miarkowanie (regulacya) ciepłoty jest upośledzona, jak się zdaje, wskutek zmian miażdżycowych w naczyniach skórnych. Zwapniałe naczynia skórne nie kurczą się dostatecznie pomimo bodźców na nie działających, bodźców od nizkiej ciepłoty otoczenia. Ustrój ziębnie, ostyga przez cały dzień, i temu należy przypisać najmniejszość ciepłoty wieczorem, czyli odwrotny tor ciepłoty.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

A r e n d t: **O atonicznych krwotokach macicznych i ich leczeniu.** *(Therapeutische Monatshefte*, Maj, 1898). Autor, przechodząc po kolei przyczyny krwotoków atonicznych z macicy i ich leczenie, będące powszechnie w użyciu, występuje szczególnie przeciwko często w użyciu będącemu wyjmowaniu łożyska, który to zabieg, połączony z tak ciężkiemi dla położnicy następstwami, nie zawsze odnosi pożądany skutek. Stósowane po odejściu łożyska sposoby tamowania krwotoków atonicznych, jak nacierania macicy od zewnątrz, gorące i zimne (lodowe) przestrzykiwania, mięsienie od wewnątrz, wewnętrznie lub podskórnie podany sporysz lub ergotyna, a wreszcie i tamponada macicy, mają w pra-

ktyce swoje ujemne strony. Częste nacierania macicy zawodzą, a miesienie od wewnątrz połączone jest z niebezpieczeństwem zakażenia; do przestrzykiwań zimnych nieraz brak nam lodu; środki lecznicze jak sporysz i ergotyna działają zbyt wolno, a tamponada macicy, jeżeli ma być wykonana jak się należy, wymaga pomocy i przygotowań, gdy tymczasem każda chwila czasu, każda kropla krwi jest drogą. Autor więc, powołując się na sposób bezkrwawego operowania przy wycinaniu pochwowem macicy lub jej kawałkowania po poprzedniem ściągnięciu macicy przed szparę sromową poleca w przypadkach krwotoków atonicznych uchwycić obie wargi maciczne, zwieszające się płatowato do pochwy, silnymi kulociągami i zapomocą nich ściągnąć macicę ku dołowi. Przez zagięcie doprowadzających naczyń krwionośnych, wreszcie przez pobudzenie macicy do skurczów, gdyż takie ściąganie macicy jest silnym bodźcem mechanicznym — krwotok zazwyczaj ustaje. Przez krótki czas jeszcze należy pozostawić kulociągi u warg macicznych, by w razie powtórnego krwawienia w tej chwili módz macicę ku dołowi ściągnąć. *Ww.*

O. Leichtenstern: **O zapaleniu i guzach pęcherza u robotników w fabrykach farb.** *(D. Med. Woch*, Nr. 45, 1898). Objawy chorobowe ze strony pęcherza, moczenie krwawe i moczenie bolesne (stranguria et haematuria) u ludzi pracujących w fabrykach farb nie należą do wielkich rzadkości. Grandhomme spostrzegał je w fabrykach farb anilinowych, ztąd zwie je „anilismus"; Starck przy zatruciu toluidyną, a Rehn ogłosił 3 przypadki nowotworów pęcherza (fibroma papillare, sarcoma) u robotników z fabryki fuchsyny, które uważa na następstwo długotrwałego drażnienia narządu moczowego przez wdychiwanie gazów, powstających przy wyrobie farb.

Leichtenstern podaje nowe 2 przypadki cierpienia pęcherza u robotników fabrycznych. Pierwszy z nich, mający do czynienia z toluidyną, okazywał zielonawo-żółtawe zabarwienie włosów i paznogci, nadto cierpiał na silne parcie na mocz; mocz był krwawy, oddział. kwaśnego, bez wałeczków w osadzie, ilość jego wynosiła pół litra na dobę. Przy badaniu pęcherz przedstawiał się jako twardy guz, macalny ponad spojeniem łonowem; pojemność pęcherza wynosiła zaledwie 40 sześć. ctm. Wśród leczenia (dyeta mleczna, gorące okłady, czopki morfinowe, kąpiele) guz zupełnie zniknął, wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, pojemność pęcherza stała się prawidłową. L. rozpoznał sprawę zapalną pęcherza (Cystitis acuta submucosa productiva). W drugim przypadku u robotnika zajętego przez lat kilkanaście przy przemianie naftaliny w naftylaminę wystąpiło skąpe moczenie i bolesne moczenie (oliguria et stranguria), mocz był krwawy, bez wałeczków w osadzie; pojemność pęcherza wynosiła 70 sześć ctm. Po 3 tygodniowem spostrzeganiu stwierdzono nad spojeniem łonowem guz twardy, bolesny, który pomimo leczenia szybko się powiększał. Sekcya stwierdziła guz w pęcherzu przyrody mięsakowej.

I tę sprawę w pęcherzu uważa autor za następstwo zatrucia zawodowego.

Spostrzeżenia dotychczasowe pouczyły, że zatrucia te powstają tylko w pewnych ubikacyach fabryki, mianowicie tam, gdzie otrzymuje się anilinę, toluidynę, naftylaminę i fuchsynę; radzi więc autor zwrócić na nie uwagę, by przez odpowiednie przewietrzanie, częstą zmianę robotników, wczesne usuwanie z fabryki skłonnych do zatrucia, zapobiegać groźniejszym następstwom. *Dr. Rencki.*

Hammerl i Kermauner: **O odwietrzaniu formaliną.** *(Münch. med. Wchs*, Nr. 47, 48, 1898). H. i K. przeprowadzali próby z kołaczykami formalinowymi Scheringa. W pewnych warunkach można tym sposobem zniszczyć w zamkniętej przestrzeni te drobnoustroje, które są łatwo dostępne (leżą powierzchownie), ale na to potrzeba: najmniej 2 kołaczyków na 1 m.^{3} i przesycenia atmosfery parą wodną. Wogóle twierdza autorowie, że przy odwietrzaniu zapomocą par formaliny wtedy tylko na pewny skutek liczyć można, jeżeli wilgotność (zawartość wody) odwietrzanych przedmiotów wystarcza na to, aby formalina mogła się zagęścić odpowiednio. Zagęszczenie formaliny, wystarczające do zniszczenia drobnoustrojów, jest wprawdzie stosunkowo małe, jednakże następuje tylko na powierzchni przedmiotów i dlatego formalina nie nadaje się do odwietrzania przedmiotów grubych lub osłonionych, a więc nie może być użytą do odkażania sukien, materyi i t. p. *C.*

Teofil Zaleski: **Wpływ wstrzykiwań peptonu do żyły na układ krwionośny i inne funkcye organizmu.** *(Rozprawy Akademii umiejętności* — Kraków, 1898). W 36 doświadczeniach, wykonanych na psach, królikach i na kocie, używał autor peptonu Wittego, albumoz, peptonu czystego i białka kurzego w roztworach świeżo przygotowanych.

U psa zauważyć można po średniej dawce peptonu Wittego w ilości 0,0691 grm. na 1 klgr. wagi ciała obniżenie ciśnienia na blizko 15 minut i przyśpieszenie akcyi serca, które po pewnym czasie ustępuje; następne dawki nie mają już prawie żadnego wpływu podczas tego samego doświadczenia, po pewnym jednak czasie zmniejszenie wrażliwości ustępuje zupełnie i zwierzę wraca do stanu prawidłowego. Krzepliwość krwi zostaje powstrzymaną na czas przeszło 4 razy dłuższy od obniżenia ciśnienia i to już pod wpływem dawki 0,0431 grm. na 1 klgr. ciała. Wydzielenie moczu ustaje z powodu zmniejszonej ilości krwi przepływającej przez nerki, a częścią z powodu swoistego wpływu peptonu na komórki nerkowe. Albumozy działają energiczniej od peptonu Wittego, natomiast czysty pepton jakoteż białko w roztworze nie mają wpływu ani na krzepliwość ani na układ krwionośny wogóle. Podobnie do peptonu Wittego działa i krew z psa, której krzepliwość została zmniejszoną, ale na krócej, bo na 10—15 minut.

Na kota i królika pepton Wittego nie ma wybitnego wpływu, natomiast krew peptonowa psa wprowadzona do krwi królika zmniejsza jej krzepliwość, trudno jednak powiedzieć, czy tu ma pepton jaki wpływ, albowiem i sama krew psa odwłókniona zdolną jest wywołać zmniejszenie krzepliwości krwi u królika, nie wpływa natomiast na ciśnienie. Krew królika peptonowa, wprowadzana psu, obniża bardzo znacznie ciśnienie, a akcya serca staje się wolniejszą i nieprawidłową.

Z doświadczeń tych wysnuwa autor następujące wnioski:

1) zmiany w krążeniu i krzepliwości krwi pod wpływem produktów trawienia zależą prawdopodobnie od obecności tylko albumoz;

2) zmiany w krążeniu są następstwem wpływu na układ nerwowy, zmiany zaś w krzepliwości krwi zależą od zmian wywołanych w samej krwi, nadto zmiany te idą ze sobą w parze, a mianowicie obniżenie ciśnienia powoduje, że ciałka białe a może i płytki Bizzozera przyczepiają się do ścian naczyń, skutkiem czego krew, wypuszczona z tętnicy, uboga w te składniki, nie posiada warunków do tworzenia skrzepu prawidłowego, wytwarza skrzep powoli i najczęściej niedokładny; że zaś powtórne dawki nie oddziałują na układ krwionośny, to należy przypisać szybkiemu przyzwyczajaniu się ustroju do produktów trawienia;

3) w zmianach tych wątroba nie odgrywa żadnej roli, albowiem zmniejszenie krzepliwości występuje i po wyłączeniu wątroby z obiegu krwi. *Dr. Kędzior.*

Stumpf: **Zastosowanie gliny do opatrunków, jako środka bez- i przeciwgnilnego.** *(Münchener medicin. Wochenschrift*, Nr. 46, 1898). Z okazyi sądowej ekshumacyi zwłok w 2 lata po śmierci, miał autor sposobność przekonać się, że zwłoki spoczywające w ziemi wśród warstwy gliny, zostały nadspodziewanie dobrze zachowane. Okoliczność tę przypisał autor działaniu gliny i spróbował użyć jej w postaci suchego proszku, jako środka przeciwgnilnego z powodzeniem przy wrzodach goleniowych, tak dalece posuniętych, że tylko odjęcie kończyny pozostawało do wyboru. Po posypaniu wrzodziejącej powierzchni ustawało natychmiast cuchnienie i zwolna wrzody zaczynały się goić. W dalszych

swych doświadczeniach używał autor gliny pod postacią glinki czyli tlenku glinowego (argilla v. bolus alba). Tak na ranę zeszytą, jak i na powierzchnię ranną posypany proszek glinki (bolus alba) sprowadzał szybkie gojenie się bez najmniejszego śladu odczynu zapalnego i bez wydzieliny. Dzięki tym własnościom wysuszania i pochłaniania wydzieliny uważa autor glinę za środek opatrunkowy przeciwgnilny, wychodząc z zasady, że tam, gdzie brak wilgoci, ustaje działanie drobnoustrojów i niema odczynu zapalnego. Co do samej techniki opatrunkowej podaje autor, że należy używać glinki (argilla) ogrzanej jednorazowo do 150°, ranę należy posypać obficie proszkiem, na to położyć gazę wyjałowioną i opatrunek zewnętrzny. Pierwszy opatrunek w razie obfitej wydzieliny należy zmienić po 24 godzinach. *Ww.*

Weismayr: **W sprawie rozprzestrzeniania się gruźlicy.** *(Wiener klin. Wchs,*, 46, 1898). W. starał się uzupełnić badania Flüggego, według których zakażenie gruźlicą powstaje raczej za pośrednictwem rozpylonej wilgotnej plwociny, wykaszliwanej przez suchotników, niż za pośrednictwem pyłu suchego ulic i mieszkań. W tym celu odpluwając wziętą w usta hodowlę bulionową *bac. prodigiosus*, przekonał się W., że prątki dostają się z kropelkami plwociny bardzo daleko, bo aż na odległość 4 metrów od plującego, a jeżeli powietrze było w ruchu, wykrywał je także w odległości 2 jeszcze metrów z boków i z tyłu. Przy spluwaniu do spluwaczki stojącej na ziemi, znajdowały się prątki w całym słupie powietrza między ustami i podłogą, a także po jego bokach; natomiast nie było ich w powietrzu, jeśli spluwaczkę przybliżono do ust. Na ziemię opadały kropelki plwociny z prątkami dopiero po pół godzinie. Podobnie, jak z jamy ust, mogą unosić się w powietrze prątki i z krtani. Badanie suchotników wykazało, że w ich jamie ustnej zwykle znajduje się bardzo mało prątków gruźliczych, nawet wtedy, gdy jest ich dużo w plwocinie odkrztuszanej z płuc. W każdym razie z doświadczeń tych wynikają następujące praktyczne wskazówki: oczyszczanie jamy ustnej suchotników przez częste płukanie i mycie zębów, zasłanianie ust przy kaszlu ręką lub chustką, umieszczanie spluwaczek nie na podłodze, lecz w wysokości piersi i zastępowanie ich spluwaczkami ręcznemi. *C.*

Schnaper: **O zmianach starczych trąbek Fallopiusza.** *(Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 44, 1898). S. badał jajowody 20 kobiet w wieku 47—90 lat, a materyał otrzymywał częścią przy sekcyi, częścią na drodze operacyjnej. Autor doszedł do następujących wyników: nabłonek wyścielający wnętrze trąbek z wiekiem staje się coraz niższy, przyjmuje cechę komórek śródbłonkowych, wreszcie odpada. W błonie śluzowej występuje bujanie młodej tkanki łącznej, a na powierzchni, w miejscach pozbawionych nabłonka, wytwarza się tkanka ziarninowa, która prowadzi do zlepiania się naprzeciw leżących fałdów. Dzięki temu miejscami światło trąbki ulega całkowitemu zamknięciu. W późniejszych okresach tkanka ziarninowa bliznowacieje. W razie mniejszego bujania ziarniny i braku zlepiania się przeciwległych powierzchni, tylko fałdy błony śluzowej stają się niższe lub zanikają zupełnie. Również i warstwa mięsna ulega zanikowi pod wpływem rozrastania się tkanki ziarninowej i podobny los spotyka także naczynia krwionośne w zakresie błony zewnętrznej (adventitia). Autor przyrównywa cały proces spostrzegany w trąbkach do zmian przy *colpitis senilis*. *Ww.*

Zusch: **Badania bakteryologiczne w krztuścu.** *(Ctblt. f. Bact.*, Tom 24, Nr. 20, 1898). Długi czas naprożno poszukiwano drobnoustroju, będącego przyczyną krztuśca, naprzód pomiędzy bakteryami, później znów pomiędzy pierwotniakami. Dopiero niedawno wpadli równocześnie Czaplewski-Hensel z jednej, a Koplik z drugiej strony na trop, zdaje się, właściwy. Zusch badając dwadzieścia kilka przypadków krztuśca, znajdował stale w plwocinie chorych te same drobne, do prątków grypy podobne, prątki, które opisali tamci badacze. Najważniejszem jest badanie drobnowidowe niebieskawo przeświecających drobnych grudek śluzu, znajdujących się wśród szklistych mas, odkrztuszanych we wczesnych okresach przypadków niepowikłanych. Grudki te najłatwiej odszukać, pozostawiając świeżą plwocinę w spokoju przez $1/_2$—1 godziny. Przyrządziwszy z nich w zwykły sposób preparaty na szkiełkach nakrywkowych, barwi się zwykłym wodnym roztworem fuchsyny przez $1^1/_2$ do 2 minut. Dobre usługi oddaje także błękit metylenowy Löfflera, gorsze wezuwina i fuchsyna karbolowana. Prątki krztuśca barwią się przy tem postępowaniu silniej na końcach, niż w środku (stąd nazwano je „*Polbakterien*"); są nieco większe i grubsze od prątków grypy, leżą czasem w ciałkach białych, natomiast zwykle swobodnie; niekiedy układają się w krótkie łańcuszki z 3—4 ogniw złożone. Aby otrzymać hodowle, należy wspomniane niebieskawe grudki śluzu przed zaszczepieniem na pożywki opłókać w wodzie wyjałowionej; pożywką dobrą jest agar glicerynowy z dodatkiem cieczy przesączynowej („*Anasarkaflüssigkeitglycerinagar*"); na zwykłym agarze, agarze glicerynowym i agarze ocukrzonym rosną prątki krztuśca gorzej. Hodowle nie mają swoistych cech charakterystycznych. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Naftalanum. Jest to ciało, otrzymywane przy destylacyi nafty surowej ze źródeł Armenii wyższej, a używano przez ludność tamtejszą przeciw chorobom skóry. Masa czarno-zielona, zapachu ciała nieco przypalonego, zbitości maści, oddziaływania obojętnego, topi się przy 70° C. o c. g. 0·89; nie rozpuszcza się w wodzie i glicerynie, natomiast miesza się łatwo z tłuszczami i olejami i rozpuszcza się szybko w eterze i chloroformie. Znane już były kojące ból, przeciwgorączkowe i przeciwgnilne własności tego leku i dlatego polecano go zamiast używanych dotąd przetworów smoły (jak Ol. Cadinum, ol. Rusci, ol. Fagi) do past i maści. Szczególnie jednak skutecznym okazał się ten środek w oparzeniu, ostrym i przewlekłym wyprysku, figówce, liszajcu zaraźliwym (impetigo contagiosa), świerzbie i innych grzybkowych chorobach skóry; na łuszczycę nie działa zupełnie. Jeżeli więc nie występuje zbyt silny odczyn na skórze, to pociera się odpowiednie miejsce na grubość noża i następnie osłania dobrze watą i opaską, gdyż przystęp powietrza psuje naftalanum. Plamy na bieliźnie usunąć można przepłókaniem naftą, lub benzolem.

α Naphtolum $C_{10}H_7OH$. Kryształki bezbarwne, przypominające zapachem fenol, nierozpuszczalne w zimnej wodzie, mało w gorącej, a łatwo rozpuszczalne w wyskoku, eterze, chloroformie, benzolu i tłustych olejach; topią się przy 94° C., a wrą przy 280° C.

Lek ten, którego przeciwgnilne własności wykazał już przed 9-ciu laty Maxymowicz, znajduje coraz szersze zastósowanie, szczególnie, gdzie chodzi o odkażenie jelita, więc w durze brzusznym, biegunce choleryczej, cholerze, czerwonce; także w gośćcu stawowym, marskości wątroby (cirrhosis hep.), grypie, odrze, ospie i płonicy. Roztwór 10% α naftolu w oliwie stosuje się w róży twarzy, ospie, płonicy i gruźliczem zapaleniu krtani. Gdzie chodzi o równoczesne wypróżnienie, najlepiej zapisywać:

Rp.: α Naphtoli 2.00
Ol. Ricini 30.00
Ol. Menth. piper gtt. I.
Ds. Wypić na dwa razy w przerwie godzinowej.

W durze brzusznym:
Rp.: α Naphtoli pulv. 4.0
Phenacetini 1.0—2.0
M. f. pulv. Divide in partes aeq. Nr. V.
S. Co 3—4 godzin zażyć proszek.

Maxymowicz dochodzi przy durze brzusznym do 6—8 grm. *pro die.* Zamiast fenacetyny można dać antypyrinę, bromek chininowy, salicylan sodowy i t. d. F. Winkler używa roztworu wysko-

kowego naftolu (*α naphl. 5.0 — Alcohol. 100.0*) z dodaniem 0.5—1.0 grm. cukru gronowego, jako odczynnika na wolny kwas solny w żołądku. (Należy kilka kropli mięszaniny odczynnika i soku żołądkowego odparować w wodnej łaźni, na porcelanowej płytce; obecność wolnego kwasu solnego ujawnia się błękitno-fiołkową obrączką, która czernieje wkrótce, jak atrament).

Natrium formicicum purum siccum. $NaCO_2H + H_2O$. Proszek biały, rozpływający się, łatwo w wodzie rozpuszczalny. Rochon twierdzi, że kwas mrówkowy powstrzymuje rozwój hodowli pneumokoków. Że spadkiem więc gorączki u chorego na zapalenie płuc, wytwarza się ten kwas w odpowiedniej ilości. Rzecz naturalna, że można spadek ten przyspieszyć, wprowadzając do ustroju kwas mrówkowy, najlepiej w postaci soli n. p. mrówczanu sodowego, a działanie jego wzmocnić przez podawanie wyskoku, rumu, lub koniaku (10.0—15.0 u dzieci, 60.0 u dorosłych). Nadmienić trzeba, że przy leczeniu tem wystąpić może biegunka i poty.

Zapisuje się:

Rp.: Natrii formicici 0.5—2.0
Aq. menth. piper. 90.0
Syr. simpl. 30.0

Ds. Co 2 godziny zażyć łyżkę stołową.

Dr. Żychoń.

O. Werler (Berlin) zachwala (*Berl. kl. W.* 42, 1898) używanie podanego przez Crédego *Hydrargyrum colloidale*, w postaci przetworów, wyrabianych na polecenie autora: *Unguentum H. c.* do wcierań, zawierające 10% rtęci, łatwo w skórę wchodzące; *solutio H. c.* 1—2% roczczyn wodny barwy brunatnej, do wstrzykiwań podskórnych; *pillulae H. c., 0,3 H. c.* na 30 pigułek, do użycia wewnętrznego; *tablettae H. c.*, zawierające 1,0 grm. czystego *H. c.*, do kąpieli; *emplastrum H. c.* do użycia zewnętrznego. *F. K.*

Radenstock (Drezno) występuje (*Ther. Mon.* 10. 1898), przeciwko podawaniu jodu wewnętrznie w małych dawkach, a twierdzi, opierając się na zdaniu wielu autorów i swojem doświadczeniu, że tylko duże dawki jodku potasowego (nawet 10—20 grm. dziennie) rzeczywisty skutek wywierać mogą. Zaleca więc 3,0 jod. pot. na dawkę, 3—4 razy dziennie, rozpuszczone w dużej szklance wody, mleka lub jakiejś szczawy alkalicznej; szczególny nacisk zaś kładzie na tę dużą ilość płynu, użytego do rozpuszczenia jodu, gdyż wedle jego zdania nawet duże dawki, w ten sposób użyte, na przewód pokarmowy szkodliwie nie działają. Zamiast jodku potas. podaje nalewkę jodową, 3 razy dziennie po 10—20!—30! kropli, lub roczczyn Brown-Séquarda: *Rp. Jodi pur. 0,4 Kali jodat. 2,0 Aqu. dest. ad 50 0.* S. 3 razy dziennie łyżeczkę w szklance rozcieńcz. wina czerwon. zażyć przed jedzeniem. *F. K.*

Leczenie chininą dławca rzekomego zaleca Dr. Llewellyn Hall. Podaje on ten lek w dawce małej. po 0,03—0,06 dziecku 2—5-letniemu, z początku co godzina, a począwszy od 4-tej dawki co 2 godziny po proszku. Autor ten zapewnia, że objawy chorobowe szybko ustępują, a gdyby wystąpiły wymioty przy pierwszych proszkach, to nie należy się zniechęcać, gdyż przy dalszem używaniu następuje tolerancya żołądka i lek dziecko znosi. *Kw.*

Leczenie odry maścią ichtyolową (1:4) zaleca Dr. Strizower: radzi on uciec się do tego leku w przypadkach epidemii złośliwej i w razach, jeśli z powodu wielkiego osłabienia dziecka, wskazanem jest skrócenie trwania choroby. Maść należy stosować rano i wieczorem: użyta przy pierwszych oznakach osutki powstrzymuje dalszy rozwój objawów zakaźnych; gdy jednak osutka już wystąpi na całem ciele, a objawy oskrzelowe wystąpią w całej pełni, zastosowanie maści ichtylowej sprowadza po 1 lub 2-giem posmarowaniu spadek ciepłoty do stopnia prawidłowego, osutka blednie i znika. W ciągu 4 lub 5 dni chory wraca do zdrowia, a ciepła wanna oczyszcza skórę z brudnej i nieprzyjemnego zapachu maści. *Kw.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 9 grudnia, 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 52.

1. Przewodniczący przedstawia nowego członka Sekcyi, kolegę Dra Felsa.

2. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia 21-letniego chorego z łuszczycą ogólną (Psoriasis vulgaris universalis), którą z powodu rzadkiego nietypowego przebiegu w początkach jej wystąpienia trudno było rozpoznać. Sprawa zajęła *folikuły* na większej przestrzeni skóry, powodując około nich wytworzenie się blado-czerwonych, dosyć miękkich guzków. W dalszym przebiegu pokryły się te guzki całą masą zrogowaciałego przyskórka w postaci stożkowatych czopków. Obraz ten chorobowy był początkowo wielce podobnym do spraw innych, a mianowicie do *Keratosis follicularis* i do *Lichen ruber acuminatus*. Dopiero dalsze rozszerzenie się nacieklych guzków aż do ich spłynięcia się i wytworzenia rozległych nacieków typowej łuszczycy na głowie, tułowiu i kończynach, wyjaśniło sprawę chorobową w tym przypadku, chociaż zawsze jeszcze na karku i po nad zgięciami można widzieć skórę chropawą (skutkiem odgraniczenia poszczególnych guzków), robiącą przy dotknięciu wrażenie zgrzebła. Także na skórze palców rąk, prącia i worka mosznowego znajdują się te guzki, pokryte jak gdyby rożkami z przyskórka. Skóra wzgórka łonowego wykazuje również rozlany naciek, który powstał ze spłynięcia opisanych guzków, usadowionych dookoła włosów. Podobny przypadek opisał Neumann w r. 1892, jako *Pityriasis rubra pilaris* (Arch. f. Derm. u. Syph. XXIV Jahrg), przedstawiwszy go poprzednio w Tow. derm. wiedeń. jako *Lichen ruber acuminatus*. W końcu jednak rozwinął się w tym przypadku typowy obraz *Psoriasis vulgaris*. Kaposi zaś kazał zrobić odlew gipsowy z podobnego przypadku.

Kol. Doc. Bar ącz demonstruje (w uzupełnieniu obrazów rzadszych postaci chorób skórnych) fotografie 2 przypadków wilka, postaci, znanej pod nazwą *lupus hypertrophicus*.

Jeden przypadek dotyczy dziewczyny 21-letniej z guzowatą (brodawkowatą) postacią wilka, zajmującego kończynę dolną prawą i części rodne (wargi większe, mniejsze i łechtaczkę) i wzgórek łonowy. Obrzęk części rodnych dochodził do wielkości jaja strusiego. Chora dotknięta była znacznem charłactwem. Jako najodpowiedniejsze leczenie w podobnych przypadkach uważa kol. B. wycięcie guzów w zdrowem utkaniu i zeszycie ubytków, lub transplantacyę skóry sposobem Thierscha.

Drugi przypadek dotyczy 5-letniego chłopca z wrzodziejącą postacią *lupus hypertrophicus* na nosie.

4. Kol. Krzyszkowski przedstawia preparaty, dotyczące zmian chorobowych w układzie naczyniowym tętniczym — a mianowicie:

a) Serce dwu i pół miesięcznego dziecka; naczynia wieńcowe tego serca rozszerzone, ściana ich zgrubiała, światło wypełnione przylegającymi skrzepami krwi, około naczynia tu i owdzie białawe guziczki. Guziczki te, jak preparaty histologiczne, nastawione pod mikroskopem, pouczają, są drobniutkiemi tętniczkami o ścianie, znacznie zajętej naciekiem zapalnym. Kol. Krzyszkowski podnosi wielką rzadkość tej zmiany, rozpoznanej jako »Periarteriitis nodosa«. Ze znanych dotychczas pięciu przypadkach zmiany te dotyczyły w większym lub mniejszym stopniu prawie wszystkich tętnic, tu są zaś zlokalizowane li tylko do naczyń wieńcowych. Etyologia nieznana. Przypadek będzie ogłoszony w »Przeglądzie Lekarskim«.

b) Ujście tętnicze lewe. Jedna z zastawek półksiężycowych dotknięta zmianą »Aneurysma parasitarium mycoticum«, tętniak wielkości orzecha laskowego.

c) Tętnica płucna w ścianie przewlekłej jamy gruźliczej, dotknięta zmianą »Aneurysma parasitarium tuberculosum«. Tętniak ten, wielkości orzecha włoskiego, wypełniony wewnątrz cebulastymi skrzepami.

d) I dodatkowo jelito ślepe z 86-letniej kobiety, a w niem, w warstwie podśluzowej, liczne rozsiane ograniczone tłuszczaki.

5) Kol. Doc. Schramm wypowiada »kilka słów o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego« (appendicitis).

Nad powyższym wykładem wywiązała się obszerna dyskusya.

Kol. Bar ącz jest zdania, że wiele przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego kończy się niekorzystnie wskutek zbyt późnej interwencyi chirurga. Osobliwie groźną jest postać tak zw. *appendicitis perforativa gangraenosa* i ta wymaga natychmiastowej operacyi, gdyż ogólne zapalenie otrzewnej występuje tu zazwyczaj już od początku napadu. Jako charakterystyczne objawy tej postaci zapalenia wyrostka robaczkowego podaje kol. B.: silny zapad chorego, przyspieszenie tętna, niestosunek tętna do ciepłoty, naciek z trudnością dający się wykazać, znaczną bębnicę. Kol. B. stracił 2 podobne przypadki, w których operacyę, wskutek postanowienia internisty, wykonał zapóźno, 3-go, a względ. 6-go dnia. W jednym znalazł wyrostek robaczkowy

w okresie zgorzeli, w drugim nie szukał za nim; w obu ogólne zapalenie otrzewnej wystąpiło odrazu; w obu należało natychmiast operować!

Wreszcie zwraca uwagę na odmienne i charakterystyczne objawy, wśród których przebiega tak zw. *Appendicitis* i *perityphlitis actinomycotica*. Przypadek podobny wyleczony przedstawił kol. B. w Tow. Lekar. w roku 1891; do ostatecznego wyleczenia przyczyniło się energiczne stósowanie kamienia piekielnego, który ma swoisty i wybitny wpływ korzystny na promienicę wogóle.

Kol. Prof. Gluziński w obszernem przemówieniu streszcza swe zapatrywania w sposób następujący: Najważniejszem jest rozpoznanie, bo tam, gdzie jest przedziurawienie, każdy na operacyę zgodzić się musi. Przypadki z wypociną (exudatem) wykazalną radziłby leczyć nieoperacyjnie; tam zaś gdzie wypociny wykazać nie można wskazaną jest operacya.

W przypadkach przewlekle przebiegających byłby za operacyą, ale w okresie po przebytym już napadzie.

Kol. Prof. Ziembicki, mimo, iż nie widział złego wyniku przy leczeniu nieoperacyjnem, sądzi, że należy operować i tam, gdzie jest ropienie i tam, gdzie napady się powtarzają, bo rokowanie bywa wtedy bardzo dobre.

Kol. Prof. Prus jest za operacyą w okresie wolnym od napadu, bo chory wówczas prędzej na nią się zgodzi.

Kol. Doc. Wehr, identyfikując swe zapatrywania z wywodami prelegenta, wnosi zamknięcie dyskusyi.

Po przyjęciu powyższego wniosku przemawiali jeszcze koll. Barącz, Gluziński i Schramm. Kol. Barącz potwierdza — na podstawie spostrzegania w 2 wspomnianych przypadkach — słuszność twierdzenia kol. Gluzińskiego, że wobec małego nacieku przy pierwszym napadzie sprawa jest groźną, gdyż w obu tych przypadkach rozchodziło się o pierwszy napad.

Sekretarz:
Dr. Hojnacki.

VII. Korespondencya.

Warszawa, w grudniu.

Kiedym w czerwcu żegnał się z czytelnikami *Przeglądu*, wrzały u nas przygotowania do Zjazdu poznańskiego, który się zapowiadał tak świetnie. Kto mógł, śpieszył z wykończeniem odczytu lub preparatów, a ci, którzy udziału w Zjeździe wziąć nie mogli, tłumnie spieszyli zapisywać się na członków, ażeby w sposób materyalny zaznaczyć swoje współczucie dla Zjazdu. Nie pamiętam żeby jaki Zjazd lekarski obudził tyle gotowości i zapału.

Jak wiemy, rozbiło się to wszystko o brutalne rozporządzenie pruskiego policyanta, który z iście krzyżacką przewrotnością, w ostatniej dopiero chwili swą łapę na Zjazd położył. I to się dzieje w państwie parlamentarnem, które ma pretensyę do hegemonii duchowej nad światem! Protest Komitetu wydał nam się bladym i słabo umotywowanym. Pan minister zdaje się tego protestu nie czytał, bo w odpowiedzi swojej uwzględnił tylko plotki prasy zagranicznej, a nie zapewnienia Komitetu.

Przebolelíśmy tę przykrość i obelgę, jak tyle innych i wzięliśmy się do roboty. Syzyfowa praca!

Uwagę naszego świata lekarskiego pochłania w chwili obecnej nowo utworzone Towarzystwo Higieniczne. Co się z tego niemowlęcia rozwinie, napewno jeszcze w tej chwili powiedzieć nie można; ale są znaki, z których wnosić można, że z instytucyi tej spłynie na kraj i społeczeństwo niewątpliwy pożytek. Liczba członków Towarzystwa z każdym dniem wzrasta. Ogół bardzo się nowem Towarzystwem zainteresował, czego dowodem jest zapisywanie się na członków nie tylko lekarzy, ale i ludzi należących do innych specyalności, jak inżynierów, techników, prawników, literatów, księży. Pisma codzienne dają zawsze szczegółowe sprawozdania z posiedzeń i chętnie każdą myśl, poruszoną w Towarzystwie, popularyzują, co w sprawach higieny jest rzeczą pożądaną. Towarzystwo higieniczne podzieliło się na wydziały (sekcye), które już odbyły swoje posiedzenia organizacyjne i zarysowały swoją działalność. Z wyboru ludzi i z planów robót sekcyjnych jesteśmy zadowoleni i mamy jak najlepsze nadzieje na pożyteczną działalność Towarzystwa. W porządku chronologicznym najpierwsza obradowała Sekcya higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych (przewodniczący H. Dobrzycki, sekretarz A. Puławski). Na porządek dzienny wysunięto przegląd naszych zdrojowisk i stacyj klimatycznych, oraz warunki higieniczne mieszkań letnich. Zamiarem Sekcyi jest zrobić powyższy przegląd w obecności lekarzy zdrojowych i wyrazić *desiderata*, mające na celu ulepszenie tych miejscowości pod względem sanitarnym. Na drugiem posiedzeniu tej Sekcyi kol. A. Sokołowski mówił o Ojcowie, któremu przyznał wiele warunków dobrej stacyi klimatycznej, wykazując zarazem jej braki, dające się usunąć lub poprawić (budowanie bez planu w najgorszej części Ojcowa, złe drogi, niewygodne mieszkania itd.). Na temże posiedzeniu kol. K. Chełchowski poruszył bardzo obszerny temat o wspólnych interesach naszych miejscowości leczniczych, dowodząc między innemi potrzeby wydania „oryginalnej balneologii polskiej“, uwzględniającej wyczerpująco wszystkie miejscowości lecznicze polskie. Balneologia, u nas zwłaszcza, stoi tak nizko, że młodsi lekarze dowiadują się o miejscowościach leczniczych na konsultacyach ze starszymi lekarzami, lub od publiczności. Profesorowie nasi wspominają tylko o miejscowościach, które są wciągnięte do podręczników obcych, gdzie nasze zakłady lecznicze są uwzględnione bardzo niedostatecznie. Chełchowski proponuje, ażeby, wypracowawszy odpowiednie informacye, postarać się o ich umieszczenie w podręcznikach zagranicznych. Tenże mówca nawołuje lekarzy zdrojowych do solidarności w przeprowadzaniu reform w zdrojowiskach naszych, mając na względzie tę okoliczność, że nasze miejscowości lecznicze, z wyjątkiem Buska i Ciechocinka, które należą do rządu, mogą liczyć tylko na siebie. Za wzór pod tym względem stawia Chełchowski Galicyę i radzi rozpatrzyć się szczegółowo w pracach galicyjskiej Komisyi balneologicznej. Przewodniczący tej Sekcyi, kol. Dobrzycki, weźmie udział w pierwszym Zjeździe balneologów w Petersburgu, gdzie przedstawi referat „O konieczności prawodawstwa sanitarnego dla miejscowości leczniczych w państwie rosyjskiem“. Na Zjazd ten udają się również kol. Polak i Bartoszewicz.

Sekcya higieny ludowej (przewod. Chełchowski, sekretarz Jakimiak) ma się zająć najpilniejszemi sprawami, któreby się dały odrazu wprowadzić na drogę praktyczną. Za taką sprawę przewodniczący uważa szczepienie ospy, która u nas wiecznie grasuje i daje duży odsetek śmiertelności. Mamy więc wytępić w kraju ospę, a to przez jaknajszersze rozpowszechnienie szczepienia ospy ochronnej i rewakcynacyi. Byłaby tą rzetelna zasługa Towarzystwa wobec naszego społeczeństwa. O ile wiemy, kol. Polak posiada już gotowy projekt obowiązkowego szczepienia ospy, który ma przedstawić w Towarzystwie higienicznem w Petersburgu (Obszczestwo narodnawo zdrawia).

Wydział biologiczny (przewodniczący H. Nusbaum, sekretarz Kuczyński) zajmie się wyświetleniem i spopularyzowaniem najważniejszych zagadnień teoretycznych, których zastósowanie praktyczne będzie przedmiotem prac innych sekcyj. Program ogólny prac wydziału wypracuje kol. Nusbaum. Towarzystwo farmaceutyczne ofiarowało Sekcyi swój lokal na posiedzenia i pracownię.

Wydział higieny wychowawczej (przewodniczący ksiądz Gralewski, sekretarz. kol. Piotrowski) zajmie się higieną szkół elementarnych. Kol. Doliński i St. Markiewicz przedstawią Sekcyi wykład popularny, obejmujący przepisy przewietrzania sal szkolnych. Wykład ten będzie rozesłany nauczycielom szkół początkowych.

W wydziale higieny miast i mieszkań (przewodniczący inż. Matecki, sekretarz kol. Tchórznicki)

kol. J. Polak przedstawi referat o brukach pod względem higienicznym.

Wydział higieny szpitali (przewodniczący kol. T. Dunin, sekret. kol. Męczkowski) uznał za najważniejszą w chwili obecnej sprawę gruźlicy i uzdrowisk dla suchotników. Odpowiedni referat ma przedstawić kol. Dunin. W sprawie tej zrobiliśmy już pewien krok naprzód, gdyż kol. Gejsler w Otwocku otworzył bardzo przyzwoite sanatoryum dla chorych na gruźlicę. Jest to jednak zakład dostępny dla chorych zamożniejszych (lubo wcale nie drogi). Tow. hig. chce się starać o sanatorya dla chorych najbiedniejszych, ażeby z czasem gruźlicę zupełnie usunąć ze szpitali ogólnych. O ile mi wiadomo, sprawa ta jest już na bardzo dobrej drodze.

W wydziale higieny zawodowej (przewodniczący L. Babiński, sekretarz kol. A. Śmiechowski) będzie omawiana szczegółowo sprawa pomocy lekarskiej w fabrykach. Referat odnośny ma przedstawić kolega Łazarowicz.

Jak widzicie wszystkie sekcye zakreśliły już jasno pole swojej działalności. Wybrano sprawy palące, dostępne, zabrano się do roboty z zapałem. Wszystkie nasze pisma lekarskie obiecały umieszczać obszerne sprawozdania z posiedzeń sekcyjnych: będzie więc stała kontrola publiczna całej działalności Towarzystwa. Towarzystwo powstało pod szczęśliwą gwiazdą. Na samym początku spotkała je propozycya nader oryginalna, która może się okazać doniosłą w skutkach. Znany filantrop baron de Lenval, któremu miasto zawdzięcza już dom sierot po robotnikach, wystąpił za pośrednictwem kol. Benniego, do Tow. hig. z propozycyą utworzenia „Instytutu higieny dziecięcej“. Celem tego Instytutu, według projektodawcy, ma być „wszczepianie w dzieci praktycznie zasadniczych podstaw higieny, a tem samem krzewienie i rozpowszechnianie takowych w ludności w tem przekonaniu, że tylko młode pokolenie, przyswoiwszy je sobie na dobre, przenosić je będzie mogło; starszych bowiem ludzi jest trudno wogóle czegoś nauczyć“. W Instytucie dzieci mają znaleźć: 1) kąpiele i wskazówki praktyczne do utrzymania czystości ciała; 2) poradę lekarską w chorobach przypadkowych i przewlekłych; 3) bieliznę i jej pranie; 4) wykłady popularne (dla starszych dzieci i matek) o pielęgnowaniu zdrowia. Baron de Lenval poparł swój projekt hojną ofiarą *90,000 rubli* (*60,000* na wybudowanie gmachu *30,000* na utrzymanie Instytutu). Projekt ten, opracowany w specyalnej komisyi, został przedstawiony Towarzystwu, które zapewne nie omieszka korzystać z projektu i hojnej ofiary. Byłaby ta instytucya pożyteczna i bodaj czy nie jedyna w Europie.

Wogóle powiał na nas orzeźwiający duch córy Eskulapa—Higiei. Kol. Polak, niestrudzony pracownik i szczęśliwy inicyator na polu higieny, wystąpił z odczytem, w którym dowodzi potrzeby wprowadzania wykładów higieny w Politechnice Warszawskiej. Potrzebę tę potwierdziła wybrana *ad hoc* Komisya, wysadzona z łona Sekcyi technicznej Towarzystwa popierania rosyjskiego przemysłu i handlu i kto wie, czy projekt ten nie zostanie uwzględniony przez Władzę.

Mówiąc o higienie, nie podobna mi przemilczeć o niezmiernie ciekawem studyum, napisanem przez p. Zdzisława Kowalskiego, studenta Wydziału lekarskiego p. t. „Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu Warszawskiego“ (*Zdrowie*: paźdź. listopad i grudzień). Autor, według rozpisanego kwestyonaryusza, zebrał dane, tyczące się 300 studentów ze wszystkich wydziałów. Dane te odnoszą się do stanu zdrowia, warunków ekonomicznych, wpływu szkół i wychowania i wogóle całego bytu studenckiego (sporty i przyjemności, odżywianie, praca, wpływ uniwersytetu itd.). Niestety, młodzież nasza, według tej statystyki, przedstawia się smutnie, — zdenerwowana, przepracowana, zjadana przez ciężkie warunki życia i.. choroby weneryczne, daleka od ideału *mens sana in corpore sano*.

Może Ten najbardziej promienny z promienistych, który stoi już wśród nas, patrzy na nas i błogosławi, uzdrowi tę naszą młodzież i, jak nam wszystkim, doda sił i serca w tej codziennej walce, z której powinniśmy zawsze wynieść nieskalany nasz pióropusz biały.

Prawdzic.

VIII Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Sprawozdanie z szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w r. 1898.

W roku tym szczepiono ogółem 285 pokąsanych.

Z liczby tej zmarło na wodowstręt 2 osoby.

Wykaz liczbowy tych 285 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania:	A.	B.	C.	D.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	4	12	5	—	21
w kończyny górne	30	94	54	1	179
w kończyny dolne i tułów . .	10	58	17	—	85
w ciało gołe	35	110	44	1	190
przez ubranie	9	54	32	—	95
Liczby ogólne	44	165	76	1	285

Uwaga: Rubryka A. oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły próbne szczepienia cząstki ich mózgu na królikach, lub też śmierć na wodowstręt osób przez nie pokąsanych.

B. — przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska.

C. — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, i

D. — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, zaszczepione jednak cząstką ich mózgu króliki nie padły na wściekliznę.

Zwierzęta kąsające były:
w 265 przypadkach psy,
„ 16 „ koty,
„ 3 „ konie i
„ 1 „ krowa.

Próbnych szczepień celem stwierdzenia wścieklizny u zwierząt podejrzanych wykonano 23.

Kraków, dnia 1. stycznia 1899.

O. Bujwid.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu grudniu 1898.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 43 osoby; w liczbie tej 14 pozostałych w leczeniu z listopada i 9 pozostających nadal w leczeniu na miesiąc styczeń 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 43 osób, ze względu na rodzaj pokąsania.

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	1	1
w kończyny górne	5	18	13	36
w kończyny dolne i tułów	—	4	2	6
w ciało nagie	5	19	13	37
przez ubranie	—	3	3	6
Liczby ogólne	5	22	16	43

Zwierzęta kąsające były: w 39 przypadkach psy
i w 4 „ koty.

Kraków, dnia 1 stycznia 1899.

O. Bujwid.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 12 stycznia 1899 r.

Przed kilkoma dniami została otwartą w Krakowie fabryka sztucznego lodu Ze względu na zdrowie mieszkańców, którzy używali dotąd lodu zanieczyszczonego, pochodzącego ze stawów podmiejskich, Wisły i Rudawy, wyrabianie lodu z czystej wody od dawna było bardzo pożądanem. Wiadomą jest rzeczą, że zamrażanie nie niszczy zarazków; liczni też badacze znajdowali w lodzie wszystkie te zarazki, jakie w wodzie zawierać się mogą. Obecnie fabryka winna być dostarczycielką lodu wszędzie, gdzie może on być użyty do chłodzenia pokarmów i napojów, Magistrat zaś nie powinien dopuszczać brania lodu zanieczyszczonego, jak się to dotąd praktykowało wobec braku czystego. (B.)

* Prezesem Towarz. lekar. warszawskiego wybrany został Dr. Stanisław Markiewicz, wiceprezesem Dr Henryk Nussbaum.

* Wileńskie Towarz. lekar. wybrało na prezesa Dra Jana Wyzgę, na wiceprezesa Dra Ignacego Strzemińskiego, na sekretarzy: Dra L. Czarkowskiego i Dra F. Świeżyńskiego.

* Redakcyę lwowskiego »Przeglądu weterynarskiego«, po zrzeczeniu się tego stanowiska przez Prof. Dra Szpilmana, objął Prof. St. Królikowski.

* P. Kurator szpitala Dz. Jezus w Warszawie przedstawił Radzie miejskiej projekt otworzenia poza granicami miasta sanatoryum dla chorych, dotkniętych gruźlicą. Rada miejska projekt przyjęła i prosiła p. Kuratora o wybranie Komisyi, któraby opracowała szczegóły projektu i zajęła się wynalezieniem środków dla założenia takiego sanatoryum. („Medycyna", Nr. 1).

* W m. maju (23—27) b. r. zbierze się w Berlinie pod przewodnictwem kanclerza Hohenlohe Międzynarodowy Kongres w celu obmyślenia środków dla zwalczania gruźlicy. Pięć sekcyj Kongresu ma roztrząsać następujące zagadnienia, dotyczące gruźlicy: 1) szerzenie się jej, 2) etyologia, 3) zapobieganie, 4) leczenie, 5) sanatorya. Po krótkiem wyłożeniu bieżących zapatrywań na każde z wymienionych zagadnień, nastąpią obszerne rozprawy, którym zamierzono pozostawić szerokie pole. Kongres niema być ściśle lekarskim: każdy obywatel, interesujący się tą sprawą, może być członkiem. Rządy będą uwiadomione o celu tego Kongresu i proszone o wysłanie delegatów.

Gdy sprawa walki z gruźlicą ma jeszcze w Niemczech cechę teoretyczną, Anglicy przystępują już do czynu społecznego. Na wezwanie i pod przewodnictwem księcia Walii odbyło się w Londynie zgromadzenie, w celu rzucenia podwaliny pod wielkie stowarzyszenie narodowe, mające za jedyny cel zapobiegać szerzeniu się gruźlicy.

W przemówieniu wstępnem zaznaczył Prof. Broadbent, że w Anglii rocznie umiera 60,000 ludzi z gruźlicy.

Cel wspomnianego stowarzyszenia ma być trojaki:

1) Oświecić ogół i pouczyć go o środkach zapobiegawczych przeciw szerzeniu się gruźlicy, wskazując na niebezpieczeństwo zarażenia się od osób. chorych na gruźlicę.

2) Zniszczyć gruźlicę u zwierząt.

3) Dążyć do zakładania sanatoryów na wolnem powietrzu dla chorych gruźliczych

Godząc się w całości na cel Stowarzyszenia przeciwgruźliczego, oświadczył Lord Salisbury, że rozsądniej będzie nadać mu cechę prywatną, bez wszelk ej domieszki rządowej i ustawodawczej W sprawach lekarskich, rzekł on, bezpieczniej jest unikać czynników ustawodawczych. jak to pouczyły niedawne przykłady (przymówka do uchwały, znoszącej przymusowe szczepienie krowianki). Lepiej jest przekonać hodowców o pożyteczności rozpoznawczych szczepień tuberkuliną, aniżeli narzucać im drogą prawa ten obowiązek.

Po tych słowach oświadczył książe Walii, że królowa Wiktorya zarządziła rozpoznawcze szczepienia tuberkuliną w jednym ze swych folwarków i stwierdzono tą drogą gruźlicę u 36 krów, które natychmiast zabito.

— Szanowny Zarząd krakowskiego Towarzystwa ginekologicznego raczył ofiarować Bibliotece Tow. lek. krak. kilkadziesiąt roczników czasopism niemieckich. Za dar ten składam Szanownemu Zarządowi, oraz kol. Dr. Dobrowolskiemu, który dar ten wyjednał, uprzejme podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Zamierzając wkrótce podać do wiadomości ogólnej spis czasopism, któremi rozporządza Biblioteka Tow. lek. krak., pragnę przedtem zbiór ten ile możności uzupełnić. Dlatego też zwracam się do tych kolegów, którzy jeszcze bibliotece darem luźnych zeszytów lub całych roczników czasopism w pomoc przyjść postanowili, z usilną prośbą o nadesłanie darów (poczęści już przyrzeczonych) do »Collegium medicum« przed upływem 2 tygodni, a o ile możności bezzwłocznie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Dzienniki donoszą, że rząd rosyjski zamierza założyć w Merwie zakład do badania zimnicy.

* W New-Jersey istnieje »stowarzyszenie przeciw całowaniu się«. Zabiegom jego przypisać należy, że z powodu panującej tam złośliwej grypy, rząd Stanu New Jersey zakazał obywatelom całowania się, aż do wygaśnięcia epidemii.

* Powątpiewając zapewne, ażeby międzynarodowa konferencya pokoju osiągnęła cel zamierzony, prof. Esmarch pragnąłby chociaż w szczuplejszym zakresie wyzyskać położenie, stworzone listem cesarza rosyjskiego. Ze względu na to, że szybkostrzałowa broń rani tak wielką liczbę żołnierzy i że personal lekarski i felczerski nie jest w stanie opatrzyć wszystkich w czasie właściwym, proponuje Esmarch, ażeby każdy żołnierz był ćwiczony w sztuce felczerskiej i posiadał niezbędne do tego przybory. Prócz tego proponuje prof. Esmarch, ażeby każdy żołnierz był należycie pouczony o ustawach konwencyi genewskiej, a to w celu ochrony, należącej się lekarzom i rannych. Nakoniec pragnąłby prof. Esmarch, ażeby konwencya międzynarodowa postanowiła, że kule karabinowe mają być tylko małego kalibru i osłonięte metalową z kruszcu twardego pochewką, a to w celu, ażeby uniknąć raz nazawsze kul *dum-dum*, wywołujących straszne zniszczenie.

* Dr. Kobert, niegdyś profesor w Dorpacie, następnie kierownik zakładu dla piersiowych chorych w Gerbersdorfie, otrzymał wezwanie do zajęcia katedry farmakologii w Rostoku.

Mianowania. Prof. nadzw. fizyologii w Uniw. odeskim, Dr. Weryho, mianowany został profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. Dr. Antoni Poniatowski zmarł w Moskwie, w 80 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 53: Dra Dukalskiego Z.: Przypadek ciąży zamacicznej śródmiąższowej. Dra Jaworskiego J.: Przypadek porażenia nerwu twarzowego u małego dziecka. Dra Hermana: O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stosowania (dok). W *Medycynie* Nr. 53: Prof. Rydygiera: Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran. Dra Solmana T.: Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit (dok.). Dra Rosenthala H.: Kilka słów o euchininie. W *Medycynie* Nr. 1: Dra Leśniowskiego A.: Obrażenia przewodu piersiowego. Dra Kopczyńskiego St.: Bezład dziedziczny, czyli choroba Friedreicha. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 1: Dra Pawińskiego: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej. Prof. Rydygiera: Bottiniego sposób leczenia przerostu gruczołu krokowego wyjątkowo może się stać jednak niebezpiecznym. Dra Stankiewicza Cz.: Cięcie cesarskie sposobem Fritscha.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie administracyjne w dniu 18 Stycznia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum*, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

Sprawozdania: z czynności Towarzystwa, Komitetu i poszczególnych Komisyj w r. 1898.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 8 stycznia 1899 roku następujące datki: Prof. Browicz 10 złr.; Prof. Jaworski 10 złr.; Prof. Kostanecki 15 złr.; Dr. G. Malinowski z Czernichowa 3 złr.; Dr. W. Smolarski z Krakowa 3 złr.; Dr. A. Sołowij ze Lwowa 5 złr.; Dr. J. Surzycki 5 złr.; Dr. P. Seifman, dyrektor szk. weter. 3 złr.; WP. Wł. Iwański, urzędn. Dyr. kol. państw. w Krakowie 5 złr. — **razem z poprzednimi złr. 207.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

W celu obsadzenia **dwu posad c. k. koncepistów sanitarnych** z systemizowanymi poborami X. klasy rangi w galic. służbie zdrowia rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 20 stycznia 1899 r.

Kandydaci winni wnieść swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi po myśli rozporządzenia ministeryalnego z 21 marca 1873 Dz, pr. p. Nr. 37 oraz w dowody znajomości języków krajowych do Prezydyum c. k. Namiestnictwa w wyznaczonym terminie, a mianowicie kompetenci będący w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, a inni przez właściwe c. k. Starostwa, we Lwowie zaś i w Krakowie przez miejscową c. k. Dyrekcyę policyi.

Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

OBWIESZCZENIE.

Rada wyznaniowa Gminy izraelickiej w Krakowie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza domowego przy szpitalu izraelickim w Krakowie, z płacą roczną 300 zlr. (trzysta złotych wal. austr.) i z wolnem mieszkaniem w gmachu szpitalnym.

Posada ta nadaną będzie na dwa lata. Pierwszeństwo mieć będą kompetenci posiadający znajomość badań chemiczno-bapteryologicznych.

Ubiegający się o tę posadę wnieść zechcą oferty swe do biura Rady wyznaniowej Gminy izraelickiej do dnia 31 stycznia b. r. włącznie w godzinach urzędowych.

Kraków, dnia 4 stycznia 1899.

Prezydent Gminy izraelickiej *Horowitz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 21 Stycznia 1899. Nr. 3.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pètres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pères w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:



KNOLL i Sp. Ludwigshafen nad Rh.

Ichthalbin (Knoll)

(P. P. N. — Słowo zastrzeżone).

nieposiadającej woni ani smaku

POŁĄCZENIE ICHTYOLU Z BIAŁKIEM.

Najlepszy przetwór

do wewnętrznego stosowania Ichtyolu

pobudza łaknienie, podnosi odżywienie, pomaga trawieniu. 7

Patrz Dr. Sack. — D. Med. Wochenschrift. 1897, Nr. 23, Monatsch. f. pract. Dermatologie 1897, Band 25.

Görbersdorf na Szląsku

sławny na cały świat, międzynarodowy zakład leczniczy dla chorych na piersi

Dra HERMANA BREHMERA

twórcy dziś ogólnie przyjętego sposobu leczenia suchot płucnych.

Kierownik lekarski: **Prof. Dr. med. Rud. Kobert.**

Prospekty bezpłatnie przez 25

ZARZĄD.



Zastępuje jodoform najlepiej i najtaniej.

W użyciu niecuchnący, nietrujący nawet przy wewnętrznem użyciu wielkich dawek jako antyseptyku jelit. Wybitnie koi bóle i krwotoki, nie drażni, niewywołuje wyprysków. Działa odwaniająco na wydzieliny posokowate, działa też osuszająco i zmniejsza wydzielinę. Wprawdzie w niektórych przypadkach w mniejszym stopniu pobudza do granulacyi jak jodoform to znów przewyższa go i inne środki w własności przykrywania przyskórkiem; swoiście działa w wrzodach miękkich, w wrzodach podudzia, w sączących wypryskach i t. d. Świeże rany goją się przez rychłozrost a wszyscy autorowie stwierdzają skrócenie czasu leczenia. Z powodu swej nieszkodliwości i własności kojenia bólu zasługuje na uwzględnienie w gynekologii i w ranach z oparzenia. W chronicznych sączących wypryskach (intertrigo i t. d.) wystarcza zwykłe częste wytarcie wacikiem z xeroformem. Oszczędza się na kąpielach i na opatrunkach.

Próbki i zbiór literatury wysyła na żędanie

Chemiczna fabryka Heydena, Radebeul - Drezno. (21)

W jakich przypadkach zaleca się używanie Natrium sozojodolicum?

W błonicy i szankrze miękkim polecano wielokrotnie ten środek, jako prawie swoisty [1]).

W schorzeniach **nosa, gardła i krtani** oddaje on wyborne usługi [2]).

W przewlekłem **ropieniu jamy bębenkowej** z wypływem ropnym z ucha również go zalecano, często stosują go także w **rzeżączce**, jako rozczyn 4%, naprzemian z 1—2% rozczynem sozojodolanu cynku (zincum sozojodolicum [3]).

W krztuścu zyskiwano zapomocą wdmuchiwań sproszkowanej soli tej szybkie wyleczenie [4]).

W blepharitis (Blepharo-adenitis i Bl. ulerosa) uzyskano szybko wyzdrowienie, kiedy po oczyszczeniu brzegu powiekowego z łusek i wydzieliny itd. po otworzeniu drobnych ropni i po usunięciu chorych rzęsów, zastosowano zmywania 4—6% rozczynu natrium sozojodolicum albo 3—5% zincum sozojodolicum a następnie wcierania 2% natrium sozojodolicum z waseliną biała.

W wyprysku powiek okazała się $2\frac{1}{2}$—5% maść z natrium albo z kalium sozojodolicum z vasel. alb. dobrym środkiem. (29 A)

W ostrem, przewlekłem i pryszczykowem zapaleniu spojówki uzyskano w krótkim czasie dobry wynik przy zakraplaniu 6% rozczynu natrium sozjodolicum; w ciężkich przypadkach albo przy obfitej wydzielinie stosować należy zakraplanie z 3—5% rozczynem zincum sozojodolicum [5]).

Tamowano natychmiast **krwotoki miąższowe** przez zastosowanie waty z natrium sozojodolicum sub. pur. [6]).

[1]) Prof. Dr. Stetter, Monatsschrift für Ohrenhk. sowie für Kehlkopf-, Nasen-, Rachenkrankheiten, 1896, Nr. 3.
Prof. A. Fasano, Archivio internazionale di Medicina e Chir., 1897, Nr. 12.
Dr. Schwarz, Internat. klin. Rundschau, Nr. 21, 1892.
Dr. Arthur Dräer, Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 27 u. 28, 1894.
Docent Dr. Trapesnikow, Therap. Blatter, Nr. 2, 1893.
Dr. Schwarz, Wiener klin. Wochenschrift Nr. 43, 1895.
Dr. Maximilian Bresgen, Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen,-Mund- und Rachenhöhle etc. 2 wyd. str. 161.

[2]) Prof. A. Fasano, Archivio internazionale di Medicina e Chir. Nr. 12, 1897.
Dr. Fritsche, Therapeut. Monatshefte, 1888, Czerwiec.
Docent Dr. Suchaunek, Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte, 1889; R. XIX.
Dr. Herzog, Therap. Monatshefte, 1889. Sierpień.
Dr. Schwarz, Revue médico-pharmaceut., Nr. 7, 1889.

[3]) Prof. Dr. Schwimmer, Wiener klin. Wochenschrift Nr. 26, 1891.
Prof. A. Fasano, Archivio internazionale di Medicina e Chir. Nr. 12, 1897.
Dr. Grazzi, Bolletino delle malattie dell' Orecchio etc. Nr. 5, 1891.
Dr. Schwarz, Revue médico-pharmaceutique Nr. 7, 1889.
Dr. J. Koch, Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 43 i 44, 1891.
Dr. Gaudin, am Hôpital St. Louis, Paris, (broszura).

[4]) Dr. Paul Guttmann, Therapeut. Monatshefte, Januarheft, 1893, Styczeń.

[5]) Dr. Ad. Cohn, Bayer. Arztl. Correspondenzblatt, Nr. 15, 1898.

Broszury i historye chorób wysyła darmo i opłatnie

H. Trommsdorff, fabryka chemiczna, Erfurt.

Ichtyol

Środek ten polecają gorąco klinicyści i wielu lekarzy; używa się go stale w klinikach uniwersyteckich i szpitalach miejskich.

stosuje się ze skutkiem:

w chorobach kobiecych i błednicy, w rzerzącce, w chorobach skóry, narządów trawienia i krążenia, w gruźlicy, cierpieniach gardła, nosa i oczów jakoteż w chorobach zapalnych i gośćcowych wszelkiego rodzaju, jużto skutkiem jego własności **redukujących, kojących i przeciwgnilnych** udowodnionych przez **spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia**, jużteż dzięki jego działaniu **przyspieszania** resorbcyi i zwiększania przemiany materyi. 9

Naukowe rozprawy o **Ichtyolu** i formułki lecznicze rozsyłają darmo i opłatnie **jedyni fabrykanci**

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

HAMBURG.

Rok XXXVIII. Kraków, 21 Stycznia 1899. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej.

Podał
Dr. H. Schramm,
Docent chir. w Uniwersytecie lwowskim.

Wobec zainteresowania się świata lekarskiego sprawą leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej i wobec praktycznej doniosłości tego postępowania leczniczego, uważam za rzecz stósowną podać do szerszej wiadomości przypadek, w którym leczenie to zastósowałem z pomyślnym skutkiem, a to tem bardziej, że o ile mi wiadomo, byłby to dopiero drugi w ogóle znany przypadek zastósowania tej metody u człowieka. Pierwszy ogłosił przed niedawnym czasem Krokiewicz w *Nowinach Lekarskich* z ubiegłego roku. Przypadek nasz był następujący:

Dnia 10. grudnia przyniesiono do szpitala św. Zofii dziewczynę 9-letnią, Hanię Zajączkownę, z objawami tężca bardzo wysoko rozwiniętymi; wszystkie mięśnie tułowia i kończyn były w stanie bardzo silnego stałego skurczu tak, że dziecko można podnieść za głowę i nogi, jakby było z drzewa; oddech mozolny, znaczna sinica twarzy; tętno 120. Po upływie kilku minut kurcz trochę się zmniejsza, lecz przy lada podrażnieniu skóry wraca w tym samym stopniu napowrót. Ciepłota ciała, zmierzona po ułożeniu chorej w łóżku na sali, wynosi 37·2. Według opowiadania matki dziecko skaleczyło się przed 8-ma dniami w palec duży u nogi lewej. W 5 dni potem, zatem na trzy dni przed przybyciem do szpitala, zauważono trudności przy otwieraniu ust, a w następnych dniach stan dziecka stale i szybko się pogarszał.

W celu leczniczym zastósowano lewatywę z 2 gramów chloralu. Przez cały dzień prawie bezustannie trwały tężcowe (toniczne) kurcze; ciepłota wieczorem 37·2. Noc była niespokojna, bezsenna.

11/12. Rano ciepłota 37,0. Stan niezmieniony, napady kurczowe bardzo częste, a właściwie nie ustają one prawie nigdy zupełnie, lecz tylko chwilowo kurcz mięśni się zmniejsza, aby za chwilę znów z większem natężeniem powrócić. Dalej stósowano lewatywy z chloralu. Ciepłota wieczorem 37,2.

13/12. Rano ciepłota 37,1. Stan prawie niezmieniony, leczenie to samo.

17/12. Stan przez poprzednie dni prawie ten sam. Napadów kurczowych po 15—20 na dzień; w ostatnim dniu coraz silniejszy tężec tylny (opisthotonus), przyczem dziecko krzyczy z bólu; oddech utrudniony, sinica w czasie napadów bardzo wybitna, odżywianie z powodu szczękościsku bardzo niedostateczne; stósowane lewatywy z chloralu nie wywierają prawie żadnego skutku.

W obec braku podniesienia ciepłoty postanowiono jednak czekać dalej z energiczniejszem leczeniem w nadziei, że przypadek ten, jako tak zwany *tetanus chronicus*, mimo bardzo silnych i długotrwałych skurczów zakończy się przecie pomyślnie.

18/12. Rano ciepłota 37,4; przez cały dzień bardzo częste i silne napady, dziecko słabsze, wieczorem ciepłota 40, tętno 120. Noc, mimo chloralu, niespokojna, prawie bezsenna z powodu ciągłych napadów kurczów.

19/12. Rano ciepłota 37,0, stan ogólny gorszy, osłabienie znaczne, napady kurczowe bardzo częste. Ponieważ wobec takiego stanu rzeczy nadzieja samoistnego ustania tężca coraz się zmniejszała, postanowiłem po naradzie z Dyrektorem Dr. Merczyńskim, zastósować wstrzykiwanie podskórne zawiesiny mózgowej, tem bardziej, że zachęcał nas do tego pomyślnie zakończony przypadek Dra Krokiewicza. W tym celu wyjąłem ze świeżo zabitego młodego królika, z zachowaniem wszelkich możliwych ostrożności aseptyki, większą część mózgu, 8 - 10 grm., a po opłókaniu go w świeżo przegotowanym i ostudzonym rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, roztarłem go w wyjałowionym moździerzu porcelanowym z takim samym rozczynem soli dokładnie na zawiesinę, którą w końcu przesączyłem przez złożoną w sześcioro gazę odtłuszczoną, świeżo w rozczynie soli wygotowaną, a pozostałą w gazie resztę jeszcze ostrożnie wycisnąłem. Cała ilość uzyskanej w ten sposób zawiesiny wynosiła około 15 grm. Płynem tym wypełniłem strzykawkę 10-gramową; całą tę ilość, zatem odpowiadającą 5—6 gramom mózgu, wstrzyknięto dziecku pod skórę po lewej stronie klatki piersiowej, naturalnie po dokładnem poprzedniem oczyszczeniu skóry; rankę po wyciągnięciu igły pokryto kawałkiem gazy jodoformowej i zalepiono przylepcem kauczukowym. Wieczorem ciepłota 37,4; noc, mimo że chloralu nie podano, spokojniejsza.

20/12. Rano ciepłota 37,4, tętno 70, chora spokojniejsza, może lepiej otwierać usta, napady mniej częste, mniej silne. Miejsce wstrzyknięcia bardzo mało obrzękłe, mało bolesne. Wieczorem ciepłota 38·2, noc spokojna.

21/12. Ciepłota ranna 37·4. Chora znacznie swobodniejsza, napady mniej silne. Wieczorem ciepłota 37·5 Miejsce wstrzyknięcia bez żadnego zapalnego odczynu, prawie niebolesne.

22/12. Rano ciepłota 38·0, tętno 100. Napady kurczowe silniejsze, niż były wczoraj; wieczorem ciepłota 37·8, noc niespokojna.

23/12. Wobec ponownego pogorszenia się stanu chorej, zastósowałem po raz drugi wstrzykiwanie zawiesiny mózgowej zupełnie w ten sam sposób, jak poprzednio, z tą tylko różnicą, że całą ilość mózgu, zatem około 10 grm., roztarłem z 12 gramami rozczynu soli kuchennej; po przesączeniu uzyskałem prawie 10 grm. płynu, zatem zawiesina była nieco silniejsza niż poprzednia; ilość tę wstrzyknąłem w prawą stronę klatki piersiowej. Przez dzień napadów mniej, wieczorem ciepłota 37·2, noc spokojna.

24/12. Ciepłota 37·4; chora znacznie swobodniejsza, otwiera usta zupełnie dobrze; napady kurczów znacznie słabsze i rzadsze. Wieczorem ciepłota 37·2.

25/12. Ciepłota 37. Napady kurczowe bardzo rzadkie, 5—6 na dzień i znacznie słabsze; chora swobodnie sama siada na łóżku. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu, mało bolesne.

26/12. Kurcze się nie pojawiają, chora wstała z łóżka o własnych siłach. Miejsce wstrzykiwań nie bolesne.

27/12. Stan zupełnie dobry, żadnych kurczów niema, dziecko czuje się zupełnie dobrze. Miejsce wstrzykiwań zupełnie niebolesne.

Przypadek ten zasługuje, jak mi się zdaje, pod kilkoma względami na uwagę. Jak już wspomniałem, z energiczniejszem leczeniem czekaliśmy dość długo, aby się przekonać, czy i w tym przypadku, okazującym przebieg przewlekły, sam ustrój dziecka nie potrafi przemódz działania jadu tężcowego. Podupadające jednak coraz bardziej odżywienie, wyczerpanie sił z powodu ciągłych, prawie nieustających kurczów a nadewszystko podniesienie się ciepłoty aż do 40°, wskazywały aż nadto dobitnie, że choroba zaczyna przybierać cechy groźne, że ustrój sam nie zdoła niebezpie-

czeństwa pokonać. Z tem większem prawdopodobieństwem więc możemy przyjąć, że zastósowane leczenie rzeczywiście dziecku pomogło, że wyleczenie nastąpiło nie *post*, lecz *propter* wstrzykiwań zawiesiny mózgowej. Poprawa stanu szybka i bardzo widoczna już po pierwszem wstrzyknięciu, a zupełne ustanie kurczów prawie bezpośrednio po drugiem wstrzykiwaniu było tak uderzające, że mimo wszelkiego sceptycyzmu nie można zaprzeczyć bardzo korzystnego działania tego środka. Jakiegokolwiek szkodliwego wpływu zaś absolutnie nie zauważono. Wstrzyknięta zawiesina ulegała szybko wessaniu, nie wywołując w miejscu wstrzyknięcia prawie żadnego odczynu zapalnego, a tem mniej ropienia, jak to miało miejsce w przypadku, ogłoszonym przez Dra Krokiewicza. Zawdzięczać to mogę, jak sądzę, dwom powodom. Po pierwsze, że do wstrzykiwań użyłem mózgu z młodego królika, a nie mózgu cielęcego. Królik został zabity już po przygotowaniu wszystkich potrzebnych do wstrzykiwań przyrządów; mózg wyjmowałem sam, z wszelkiemi ostrożnościami aseptyki; mógł więc być bez wątpienia i świeższy i czyściejszy, niż mózg z cielęcia, zapewne przyniesiony z rzeźni. Powtóre zawiesinę przesączałem przez gęstą wyjałowioną gazę; uniknięto przez to wstrzyknięcia pod skórę grubszych cząstek mózgu, czemu Dr. Krokiewicz przypisuje powstanie ropni w swym przypadku, choć zdaje mi się, że przy stósowaniu tak swieżego mózgu, jak ja to robiłem, nawet grubsze kawałeczki nie mogły wywołać większego zadrażnienia. Wreszcie stósowanie mózgu króliczego zdaje mi się i dlatego lepsze, że tak po wsiach, jak i w miasteczkach łatwiej o żywego królika, niż o świeży mózg cielęcy, — że więc i dla lekarza łatwiej i poręczniej w danym przypadku ten środek zastósować, — a znane doświadczenia Wassermanna i Takakiego wykazały, że tkanka mózgowa bez różnicy, z jakiego zwierzęcia ciepłokrewnego pochodzi (świnki morskie, króliki, gołębie, psy), posiada własności antytoksyczne dla jadu tężcowego.

Obydwa, dotychczas znane przypadki stósowania wstrzykiwań zawiesiny mozgowej potwierdzają zatem spostrzeżenia, robione na zwierzętach. Wprawdzie oba te przypadki tyczą się więcej łagodnych postaci tężca, czekać więc jeszcze należy, jakie będą wyniki tego postępowania leczniczego przy ostrych gorączkowych postaciach tej choroby; dotychczasowe doświadczenie zachęca bardzo do dalszych prób w tym kierunku. Być nawet bardzo może, że i inne choroby zakaźne objawiające się przeważnie zboczeniami w układzie nerwowym, będą dostępne temu leczeniu. Próbę pod tym względem już robiono, a mianowicie Bornstein[1]) próbował działania zawiesiny z mózgu przy błonicy. Wyniki były wprawdzie ujemne, okazało się, że jad błoniczy nie da się zobojętnić tym sposobem; ale bo też błonica stosunkowo rzadko objawia się zboczeniami w układzie nerwowym, a w każdym razie zmiany te są więcej przewlekłe i polegają na zwyrodnieniu przewlekłem. Natomiast wskazanemby było próbować działania tego środka w innych chorobach, a mianowicie w wodowstręcie, w którym podobnie jak w tężcu objawy ostrego zakażenia układu nerwowego na pierwszy plan się wysuwają.

---

[1]) Bornstein: Über die antitoxischen Eigenschaften des Centralnerven-systems. Centralblatt für Bacteriol. und Parasitenk. XXIII, 14.

II. Z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

Periarteriitis nodosa.

Własny przypadek w połączeniu ze sprawozdaniem z pracy Kahldena

podał

Dr. Józef Krzyszkowski,

asystent Zakładu.

Dnia 29-go listopada 1897 r. wykonałem sekcyę zwłok dwu i pół-miesięcznego dziecka z rozpoznaniem klinicznem: *Scarlatina?*

Co do wywiadów klinicznych, to mogłem uzyskać tylko bardzo skąpe. Ojciec dziecka umysłowo chory; dziecko przywieziono do szpitala z wysypką bez wyraźnego charakteru; wahano się w rozpoznaniu pomiędzy wysypką kiłową a płonicą (scarlatina variegata). Przez czas pobytu w szpitalu od 18-go do 28-go listopada gorączka dochodziła do 40° C.; ostatniego dnia ciepłota spadła, wystąpiła bladość powłok, a w nocy nastąpiła nagła śmierć. W czasie trwania choroby zauważono parę razy lekkie przemijające obrzęki kończyn i powiek.

Wyciąg z protokółu sekcyjnego: Budowa i odżywienie dobre, skóra blada bez śladów łuszczenia, obrzęków brak, migdałki i łuki podniebienne prawidłowe; serce wielkości odpowiedniej, w skurczu, tętnice wieńcowe rozszerzone, niejako wypchane, wypuklają się znacznie po pod osierdziem i przebiegają lekko pokręcone. Tętnica przodkowa wraz z swemi grubszemi rozgałęzieniami w całym przebiegu zgrubiała; tętnica tylna zajęta wybitnie w swej części górnej, mniej w dolnej. Zgrubienie to mniej więcej wszędzie równomierne odpowiada co najmniej grubości tętnicy wieńcowej dorosłego człowieka; w kilku miejscach widoczne są guziczki białawe, wielkości prosa, o obrysach zatartych, nieco wystające, a ułożone tuż obok ściany naczynia. Ściana tętnicy na przekroju okazuje jednolite zgrubienie, światło jej zaś jest wypełnione uwarstwionymi skrzepami krwi, białawymi lub jednolicie czerwonymi. Początek odejścia tętnic wieńcowych od głównej — prawidłowy. Osierdzie i śródsierdzie prawidłowe, również i mięsień, z wyjątkiem niedokrewności. W innych tętnicach zmian nie zauważyłem. Śledziona na przekroju okazuje liczne i wybitne mieszki (folikuły) — i jest krucha. Nerki wiotsze, a na powierzchni istoty korowej i w jej miąższu są liczne wybroczyny.

Rozpoznanie: *Periarteriitis nodosa ac thrombosis arteriarum coronarium cordis. Anaemia myocardii. Bronchitis ac atelectasis pulmonum lobularis. Tumor lienis follicularis acutus. Nephritis parenchymatosa haemorrhagica. Enteritis follicularis chronica.* — Nadmienić muszę, że w pierwszym rzędzie myślałem tu o kile i w tym kierunku bardzo dokładnie zbadałem zwłoki, lecz z wynikiem ujemnym.

Zachęcony przez mego szefa, prof. Obrzuta, i mając na względzie zdanie Kahldena, że „liczba spostrzeżeń co do tej zmiany jest małą, a zapatrywania na etyologię i histologię są podzielone i że należy każdy przypadek sekcyjny i każde badanie histologiczne ogłosić“, ogłaszam i mój przy-

padek, a zarazem dołączam krótki wyciąg z pracy Kahldena „Ueber Periarteriitis nodosa“ [1]).

W mem sprawozdaniu z pracy Kahldena zwrócę uwagę i na kliniczny przebieg. Sądzę bowiem, że zaznajomienie z nim, choćby pobieżne, może przez wczesnej zwrócenie uwagi i dokładne badanie bakteryologiczne chorego przyczynić się w znacznym stopniu do wyświetlenia tej, ze wszech miar interesującej sprawy.

W r. 1866 Kussmaul i Maier opisali po raz pierwszy nieznaną dotychczas chorobę u 27-letniego mężczyzny. Wystąpiła ona nagle wśród dreszczów i gorączki. W czasie trwania spostrzegano cierpnięcia palców, zmiany w czuciu, bóle w krzyżach i obu podżebrzach, a wejrzenie chorego było blednicze. W czwartym tygodniu można było wyczuć na brzuchu i klatce piersiowej liczne twarde guzki. Śmierć nastąpiła wśród objawów mocznicy. Sekcya wykazała na tętnicach wszystkich prawie narządów liczne guzki i tętniakowate rozszerzenia. Głównie zajęte były naczynia krezkowe, wieńcowe serca i mięśniowe; tętnice zaś mózgowo-rdzeniowe i mięśni twarzy były wolne. Drobnowid wykazał bujanie komórek w błonie mięsnej i zewnętrznej, błona zaś wewnętrzna (intima) już to była wolna, już to następowo zajęta.

W roku 1877 Chvostek i Weichselbaum spostrzegali u 23-letniego mężczyzny, u którego za życia przeważały objawy mózgowe, podobny przypadek. Sekcya wykazała tętniak tętnicy głębokiej mózgu (profunda cerebri) o średnicy 2 ctm. i liczne, jednak mniej liczne niż guzki w przypadku poprzednim, tętniaki wszystkich tętnic cieńszych ustroju. Weichselbaum uważa tę sprawę chorobową za wychodzącą stanowczo z śródbłonków, które nadmiernie bujając, przerastają ścianę naczynia i przybierają najrozmaitsze kształty. Mięśnie gładkie nie okazują zwyrodnienia, lecz znikają pod wpływem drobnych krągłych komórek, które Weichselbaum uważa nie za leukocyty, lecz za komórki pochodzące z śródbłonka, lub z błony zewnętrznej naczynia. Tętniakowate rozszerzenia uważa Weichselbaum za sprawę następową, a wykluczając inne możliwe przyczyny, uważa kiłę za główny powód zmian chorobowych, jakkolwiek żadnych wywiadowczych lub histologicznych podstaw do tego nie posiada. —

P. Meyer opisuje przypadek, który wystąpił u 24-letniego mężczyzny, w rok po zakażeniu kiłą, w czasie, gdy objawy zakażenia już ustąpiły. Przebieg kliniczny jak i trwanie choroby były zupełnie podobne do obu poprzednich przypadków. Na tętnicach zgrubienia i tętniakowate rozszerzenia. Autor na podstawie badań drobnowidowych przychodzi do przekonania, że pierwsze zmiany cechują się pęknięciem błony średniej naczynia, a obfite nacieki drobnokomórkowe w ścianie i około naczynia są wyemigrowanemi ciałkami krwi. Nie odnosi też całej sprawy do zakażenia kiłowego, lecz do zmian w parciu krwi, wywołanych nadużyciami, które, przy wrodzonej lub nabytej złymi warunkami życia kruchości błony mięsnej, wywołały jej pęknięcie.

Eppinger, badając tętnice wieńcowe 10-letniej dziewczyny i tętnice krezkowe 23-letniego mężczyzny (który po 12 dniach choroby zmarł na czerwonkę) dotknięte licznymi tętniakowatemi, ściśle ograniczonemi rozszerzeniami, doszedł do następujących wyników: błony sprężysta i mięśniowa (elastica et muscularis) w miejscu tętniaka nie istnieją, — są przedarte. Ściana tętniaka składa się z wybujałej błony wewnętrznej (intimy) i przylegającej do niej, tkanką ziarninową przerosłej błony zewnętrznej. Ściany naczyń niezajętych prawidłowe. Za powód zmiany chorobowej uważa E. wrodzoną wątłość (debilitas) błony sprężystej i następowe jej rozdarcie. Eppinger badał okazy muzealne, dla tego też nie podaje bliższych danych o przebiegu klinicznym, oraz o zmianach w innych narządach.

Następne dwa przypadki, sekcyonowane przez Kahldena, dotyczą kobiet starszych, u których kiła z całą stanowczością jest wykluczona; oba badane klinicznie, przedstawiały te same objawy: znaczne osłabienie, chera blednicza, bóle cechujące, głównie w podżebrzach, arytmia, — tętno 140, wobec stanu bezgorączkowego. To ostatnie podnosi Kahlden jako bardzo cechujący objaw kliniczny. Trwanie choroby, jak i we wszystkich poprzednich przypadkach, 4 — 8 — 12 tygodni. Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 49-letniej, opisany został przez Dra Morley-Fletchera, a wynik badania drobnowidowego zgadza się zupełnie z zapatrywaniami Weichselbauma. Drugi dotyczy kobiety lat 52, a opisany wyczerpująco przez Kahldena w r. 1893. W obu przypadkach wszystkie tętnice, z wyjątkiem mózgowo-rdzeniowych, tętnicy płucnej i tętnic mięśni twarzy, były zajęte guzkowatemi zgrubieniami. Szczególnie wybitne są te zmiany w tętnicach wieńcowych i nerkowych, w którym to narządzie przyszło do licznych zawałów (infarktów) i zakrzepów w naczyniach włosowatych. Guzki na naczyniach krezkowych spowodowały, obok licznych wynaczynień i owrzodzeń błony śluzowej jelita, zresztą w każdym przypadku spotykanych, jeszcze wybroczynę do jamy brzusznej. Skrzepy krwi przylegały do sieci wielkiej i krezki, a pochodziły z zaczopowanych naczyniek w okolicy guzków. Tętniakowatych rozszerzeń nigdzie nie było. Ostateczny wynik badań drobnowidowych Kahldena jest następujący:

„Pierwotną zmianą przy tak nazwanej *Periarteriitis nodosa* jest bujanie środbłonków. Masy śródbłonka, bujając, przebijają w wielu miejscach błonę sprężystą i błonę mięsną; w tym okresie przybierają one zwykle cechę tkanki śluzakowatej o komórkach gwiazdkowatych z długiemi wypustkami. W trakcie tego bujania resztki błony sprężystej przez rozmięknienie i obumarcie znikają, pojedyncze pęczki włókien mięsnych mogą się jeszcze dłuższy czas utrzymać, ostatecznie jednak i one wśród owej wybujałej, a pochodzącej z śródbłonka tkanki, nikną. Równocześnie z tą, na wewnętrznej ścianie naczynia toczącą się sprawą, przychodzi do bardzo obfitego nacieczenia błony zewnętrznej tętnicy komórkami krągłemi, wśród których jednojądrzaste przeważają“. Przez ten naciek doznaje błona zewnętrzna znacznego 6 — 8 — 10-krotnego zgrubienia bujanie zaś śródbłonka zwęża mniej lub więcej światło naczynia. Według Kahldena zmiany w błonie wewnętrznej „scheinen um ein Geringes früher aufzutreten“. Uważając zaś wszystkie poprzód opisane przypadki za analogiczne, uważa Kahlden spotykane tam szerzenie za zmianę następową, do której w jego przypadku nie przyszło. Rozsuwanie pojedynczych pierwiastków przez wnikające komórki uważa Kahlden za zmianę główną i pier-

[1]) Ziegler's Beiträge. Bd. XV. Heft 3.

wotną i zbija zapatrywania Eppingera co do wrodzonej wątłości błony sprężystej, oraz zdanie Meyera, co do pęknięcia błony mięsnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O gośćcowych cierpieniach gardła, krtani i nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

O wiele rzadziej spotykamy się z gośćcowem zapaleniem krtani (laryngitis rheumatica).

W literaturze niewiele dotąd istnieje spostrzeżeń tego rodzaju. I tak, pierwszą, jeśli się nie mylę, wzmiankę o tem cierpieniu uczynił Schech[75]) z Monachium w r. 1882—3 (2 przyp. porażeń krtaniowych gośćcowego pochodzenia, oraz 1 przyp. Gesseniusa[76]) porażenia rozszerzaczy głośni). Są to tak zw. przez Lermoyeza[77]) „nevrites recurrentielles rhumatismales indirectes“.

Nieco później, gdyż w r. 1886, we Francyi Raymond Archambault[78]) obrał ten przedmiot za temat do dysertacyi. Między innymi autor ten wspomina o następującym przypadku: 31-letnia chora zapadła na gościec stawowy ostry, oraz zapalenie wsierdzia i osierdzia. Nagle wystąpiły bóle przy połykaniu i duszność, wymagająca natychmiastowej tracheotomii. Prócz tego przytacza 2 przyp. obrzęku krtani pochodzenia gośćcowego (Joela i Couparda).

Jednocześnie w Hiszpanii Ramon de la Sota ogłosił przypadek pierwotnego zapalenia w stawie obrączkowo-nalewkowym po zaziębieniu. Przypadek ten według wszelkiego prawdopodobieństwa należy zaliczyć do kategoryi cierpień gośćcowych. Również mniej więcej w tym czasie pisał o tej sprawie chorobowej Fletscher Ingals, oraz Max Thorner (1888 r.), który pod nazwą „rheumatic sore throat“ rozumie i zajęcie krtani. Dalej tu się odnoszą trzy przypadki Masseiego[79]) (1889 r.) porażeń krtani pierwotnych, tak zw. przez Lermoyeza „nevrites recurrentielles rhumatismales directes“. W dalszym ciągu w r. 1891 Lacoarret[99]) wspomina, że ostre zapalenie stawów obrączkowo-nalewkowych może być i gośćcowego pochodzenia. W tym roku Ehrmann opisał przypadek gośćcowego porażenia strun głosowych, oraz Laranza[80]) jednocześnie przypadek gośćcowego zajęcia mięśni krtaniowych. Tu się odnoszą jeszcze 5 przyp. Hutchinsona[81]) i jeden przyp. Boulaya, oraz Knighta[82]), zaliczone przez Lermoyeza również do „nevrites recurrentielles rhumatismales directes“.

W roku 1892 Grünwald[83]) z Monachium w pracy *Ueber primäre Entzündungen im und am Crico-arytänoidalgelenk*, podaje 5 przyp. tak zw. „Synovitis crico-arytaenoidea acuta rheumatica“. Znamiennemi cechami tego cierpienia mają być według tego autora. 1) specyalnie nieprzyjemne uczucie, zwłaszcza przy łykaniu z jednej lub obu stron szyi, bądź w okolicy kąta szczęki, bądź kości gnykowej, bądź wreszcie migdałów; 2) uczucie to występuje przy ucisku na okolicę stawu obrączkowo-nalewkowego strony odpowiedniej, przyczem — 3) zwykle daje się uczuwać, a niekiedy nawet usłyszeć lekkie trzeszczenie (crepitatio) i to tylko w tem miejscu; 4) wzmożenie *resp.* występowanie tego uczucia przykrego jedynie w leżącem położeniu, zwłaszcza przy jednoczesnem połykaniu; 5) ruchy ku wewnątrz odpowiedniej chrząstki nalewkowej, widzialne w obrazie laryngoskopowym podczas ucisku od zewnątrz na powyższy punkt, wreszcie — 6) ograniczona tkliwość (bolesność) okolicy stawowej przy dotykaniu zgłębnikiem od strony przełyku.

Przypadki te, przedstawiające typowy obraz chorobowy, uwzględniając ich szybki przebieg, dalej czynnik etyologiczny (zaziębienie), wreszcie łatwość nawrotu wskutek nowych bodźców chorobowych, skłonnym jest autor uważać za gośćcowe.

W tymże (1892) roku Goris[84]) opisał przypadek gośćca mięśniowego krtani (porażenie rozwieraczy głośni). W przypadku tym była wykonana tracheotomia, poczem nastąpiło wyleczenie.

W roku 1893 Compaired[85]) z Madrytu ogłosił trzy przypadki gośćcowego zajęcia krtani: w jednym z nich była gorączka i zajęcie innych stawów. Z objawów krtaniowych autor spostrzegał: chrypkę i ból przy mówieniu, łykaniu, oraz dotykaniu zewnętrznem okolicy krtani. Przy badaniu laryngoskopowem okolica chrząstek nalewkowych była mocno obrzmiałą, przyczem ruchy strun głosowych były upośledzone. W przypadkach tych duże dawki przetworów salicylowych usunęły szybko objawy krtaniowe.

W tymże roku Simanowski[86]) z Petersburga również opisał 3 przypadki gośćcowego zapalenia stawów obrączkowo-nalewkowych. We wszystkich zajęte były również i inne stawy. Raz jeden pierwotnie zajętą była krtań. Również raz jeden zajęcie było obustronne. Z objawów stale spostrzegano chrypkę, niemożność połykania (dysphagia) i ból przy zewnętrznem obmacywaniu okolicy krtani. Przy badaniu zwierciadełkiem krtaniowem znaleziono: obrzęk okolicy chrząstek nalewkowych i słabą ruchomość strun głosowych.

Również w r. 1893 Schmigelow z Kopenhagi, przytoczony w pracy Newcombra „The laryngeal manifestations of Rheumatism“, spostrzegał porażenia strun głosowych pochodzenia gośćcowego. Thorner zaś poraz drugi zabierał głos w powyższej sprawie. W roku 1894 George Meyer[87]) z Berlina ogłosił przypadek, odnoszący się do 49-letniego chorego, którego 5-letni syn również był dotkniętym tąż samą chorobą. t. j. ostrym gośćcem stawowym. Chory ten jednocześnie cierpiał na zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego (dotkliwe bóle przy łykaniu, duszność), wskutek którego o mało, że nie doszło do tracheotomii. W tymże roku opisał de Hav-Hall w swoim podręczniku chorób nosa i gardła dwa przypadki zajęcia stawów obrączkowo-nalewkowych (*positio cadaverica* struny głosowej) pochodzenia gośćcowego. Sądzi on, że w braku zajęcia innych stawów rozpoznanie może być trudnem. Garrod w swojem „a treatease on Rheumatism“ przytacza 3 odnośne przypadki (śmiertelny Schützenbergera i 2 Hirscha). W przytoczonej już pracy Freudenthala z New Yorku z roku 1895 znajdujemy parę przypadków gośćcowych cierpień krtani. Autor ten, wbrew twierdzeniu M. Mackenziego, nie tylko przyjmuje to cierpienie, lecz nawet uważa je za stosunkowo częste, zgadzając się w tem z Archambaultem, oraz de Hav-Hallem.

Sądzi on, że u pewnych osobników z usposobieniem

gośćcowem zapalenie krtani może być w wielu razach tygodnie całe, a nawet miesiące, jedynym objawem gośćca i jako zwykłe zapalenie krtani bezskutecznie może być leczone miejscowymi środkami, podczas gdy wewnętrzne użycie przetworów salicylowych usunęłoby wkrótce to cierpienie. Jako ilustracyę powyższego autor ten przytacza z własnej praktyki następujące przypadki: 1) 50-letni chory przed 5 laty leczył się u autora na bardzo uporczywe zapalenie krtani, jednocześnie zaś cierpiał na gościec stawowy i mięśniowy. Przed 2 laty znowu zapadł na ostry gościec stawowy, który się odtąd powtarzał często zawsze z zajęciem krtani (laryngitis). Leczenie miejscowe pozostawało bez skutku, natomiast szybko nastąpiło wyleczenie po wewnętrznem użyciu salolu. Przypadek 2-gi dotyczył 31-letniej chorej, która po silnem zaziębieniu dostała dreszczów, bólów w całem ciele, chrypki i bólu gardła. Przy badaniu laryngoskopowem krtani autor stwierdził zaczerwienienie błony śluz. krtani, oraz zupełną nieruchomość lewej struny głosowej. Wewnętrzne narządy były zdrowe. Przypuszczając gośćcowe pochodzenie cierpienia krtaniowego, autor zalecił do zażywania salicylan sodowy. Po 6 dniach bez leczenia miejscowego nastąpiło wyzdrowienie. Przypadek 3-ci dotyczył 17-letniej panny, która od kilku tygodni cierpiała na bóle w lewej połowie krtani. Badanie laryngoskopowe nie wykazało żadnych zmian. W 2 miesiące potem, przy stale istniejących bólach, autor znalazł obrzmienie w okolicy lewej chrząstki nalewkowej; ruchy lewej połowy krtani, *resp.* lewej struny głosowej, o wiele mniej swobodne. Bezgłos (aphonia). Wewnętrzne narządy zdrowe. W kilka miesięcy potem zapadła ona na silny ostry gościec stawowy (już poprzednio parokrotnie miewała napady gośćcowe). Pomimo stósowania przetworów salicylowych powrót do zdrowia następował powoli i dopiero po nadejściu ciepłej pory bóle i wogóle zmiany w krtani ustąpiły. Prócz tego autor ten wspomina o zajęciu krtani w przebiegu przewlekłego gośćca stawowego (przypadki Harrison Allena, Hinkela, oraz swoje), zaliczając je jednak do cierpień pochodzenia dnawego (podagrycznego), oraz lithaemicznego.

W roku 1896 Knight ogłosił przypadek porażenia prawej struny głosowej gośćcowego pochodzenia; po 9 latach nastąpiło porażenie lewej struny takiegoż pochodzenia.

W tymże roku ogłosiłem w *Gazecie lekarskiej*[88]) przypadek zapalenia stawów obrączkowo-nalewkowych gośćcowego pochodzenia (arthritis crico-arytaenoidea rheumatica): 18-letnia chora uległa przed 3 tygodniami przedwczesnemu porodowi. Na parę dni przedtem nagle wystąpiła gorączka, chrypka, bóle gardła, oraz stawów (przeważnie w łokciowym lewym). Przy badaniu laryngoskopowem znalazłem okolice obu chrząstek nalewkowych mocno zaczerwienione i obrzmiałe; ruchomość obu połów krtani prawie zniesiona, szpara głosowa minimalna, duszność. Zewnętrzne dotykanie okolicy stawów obrączkowo-nalewkowych bolesne. Salipyrina, następnie salicylan sodowy, miejscowo pulweryzacya z rozczynu kokainy. Po 2 tygodniach wszystkie objawy ze strony krtani, tak podmiotowe, jakoteż i przedmiotowe ustąpiły, natomiast zajęcie jednego stawu ustąpiło w zupełności dopiero po odbytem leczeniu w Ciechocinku.

W roku 1897 Prof. Uchermann[85]) z Christyanii odczytał na Zjeździe międzynarodowym w Moskwie pracę pod tyt.: „Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa)“, w której przytacza 2 przypadki zajęcia krtani pod postacią ograniczonych, bardzo bolesnych, czerwonawych, dość twardych nacieczeń w blizkości, lub pod stawem obrączkowo-nalewkowym z zrośnięciem rzekomem (pseudoankyloza), oraz nieruchomością odpowiedniej struny. Sądzi on, że wiele tak zw. gośćcowych porażeń nerwu krtaniowego dolnego jest pozostałością po tych zmianach. Odczyt ten wywołał wkrótce potem uzupełnienia, najpierw ze strony Goldscheidera[90]), który wspomina o analogicznym przypadku, spostrzeganym w roku 1894 w klinice Leydena (przypadek ten był następnie opisany przez Schleudera w jego dysertacyi: „Ueber Oedema laryngis bei Polyarthritis rheumatica acuta“ 1895). Hirsch[91]) zaś dowodzi, że Gerhardt już przed laty 24 opisał 2 przypadki analogiczne do Uchermannowskich. Sam zaś w roku 1886 (Zur Statistik des acuten Gelenkrheumatismen) podał, że w klinice Würzburgskiej, w latach 1876 do 1884, 3% przypadków gośca stawowego było powikłanych tego rodzaju zajęciem krtani.

Wreszcie w roku 1898 w pracy mojej[92]) p. t.: „O ropnem zapaleniu migdałków podniebiennych, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropni okołomigdałkowych“, podałem między innymi przypadek, w którym również zajętym był staw obrączkowo-nalewkowy lewy, prawdopodobnie przyrody gośćcowej, sądząc z szybkiego ustąpienia tych zmian po wewnętrznem użyciu salicylanu sodu. O przypadku tym po części już wzmiankowałem w 1-ej części niniejszej pracy. Ostatni wreszcie przypadek spostrzegałem w ostatnich czasach w praktyce lecznicowej: 20 kilkoletnia chora skarżyła się na bóle w okolicy krtani, trwające od kilku dni, jakoteż na bóle w stawach kolanowych. Zapomocą zwierciadełka stwierdziłem zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego lewego (obrzęk i zaczerwienienie okolicy lewej chrząstki nalewkowej, zmniejszona znacznie ruchomość lewej struny głosowej). Zewnętrzne badanie krtani (palpatio) b. bolesne. Salicylan sodowy, użyty wewnętrznie, sprowadził po kilku dniach wyzdrowienie bez miejscowego leczenia.

Oto jest wszystko, co w sprawie cierpień gośćcowych krtani dotąd jest wiadomo.

Widzimy zatem, że cierpienia te mogą być najrozmaitszej przyrody, począwszy od zwykłego zapalenia krtani (laryngitis acuta simplex), oraz jego odmiany: „laryngitis acuta rheumatica circumscripta v. nodosa (Uchermann)‹, a skończywszy na porażeniach krtani *resp.* strun głosowych, bądź samoistnych (nevrites recurrentielles rhumatismales-Lermoyez), bądź też następowych, wskutek zapalnego zajęcia stawów obrączkowo-nalewkowych (perichondritis arytaenoidea-arthritis crico-arytaenoidea rheumatica). Przytem zajęcie krtani gośćcowego pochodzenia może wikłać sprawą ogólną gośćcową i wtedy rozpoznanie jest łatwem. Niekiedy jednak dopiero dłuższe spostrzeganie, oraz leczniczy wpływ przetworów salicylowych pozwala na właściwe rozpoznanie zajęcia gośćcowego krtani, które w wielu razach na mniej lub więcej znaczny czas poprzedza występowanie tej sprawy w stawach kończyn.

I tu podobnie, jak przy zajęciu gardła, wszystko, co powyżej powiedziano odnośnie do ostrego gośćca stawowego, odnosi się *mutatis mutandis* i do gośćca mięśniowego, jak to między innymi stwierdza spostrzegany przezemnie przypadek, o którym powyżej wspomniałem (ropień okołomigdałkowy tylny, zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego lewego, ostry gościec mięśniowy)

Pozostaje nam rozpatrzeć się w zajęciu jam nosowych, zatok bocznych nosa, oraz jamy nosogardłowej w ostrym gośćcu stawowym.

Z góry uprzedzam, że dotąd w tym kierunku posiadamy bardzo skąpe dane. Jakkolwiek już oddawna istnieją w literaturze luźne wzmianki o gośćcowem pochodzeniu pewnych cierpień nosowych (Grenham np. w r. 1880 spostrzegał 7 razy na 50 przyp. krwawienie z nosa w przebiegu ostrego gośca stawowego; toż samo Shaw[93]), to jednak dopiero w r. 1895 pierwszy Freudenthal, w wielokrotnie już przytaczanej pracy, zajął się szczegółowiej tą sprawą. Słusznie, zdaniem mojem, zwraca autor ten uwagę na to, że jeżeli przyjmujemy gośćcowe pochodzenie zajęcia gardła, oraz krtani, to dla czego nie moglibyśmy tego zapatrywania odnieść i do pewnych cierpień nosa? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pewną część ostrych nieżytów nosa pochodzenia *a frigore* — rzekomo z przeziębienia, należy położyć na karb gośćca. Toż samo się tyczy ostrego zajęcia zatok bocznych nosa, przy którem obok objawów miejscowych bardzo często chorzy skarżą się na ogólne znużenie bolesne, bóle w stawach, mięśniach, kościach etc. Tem się prawdopodobnie tłómaczy działanie lecznicze, jakie w tych razach spostrzegamy po zastósowaniu przetworów salicylowych (salicylan sodowy, salol, salipyrina).

Freudenthal spostrzegał również zajęcie jam nosowych przyrody gośćcowej przy przewlekłym gośćcu stawowym. Wogóle autor ten dzieli gośćcowe cierpienia nosa na 2 główne gromady: 1) ze zmianami przedmiotowemi (obrzmienie muszel, nie poddające się leczeniu etc.). oraz 2) bez tych zmian, gdzie więc gośćcowy charakter cierpienia nosowego został wykryty *ex juvantibus*. Obie gromady ilustruje autor spostrzeżeniami, zaczerpniętemi z własnej praktyki.

Pierwszej kategoryi cierpień opisuje Freudenthal dwa przypadki: I) chora 55-letnia cierpi na przewlekły gośćiec stawowy z nasileniami; w czasie jednego z nich dostała silnego nieżytu nosa z zupełnem zatkaniem jam nosowych, bólami w głowie i nosie. Nos na dotyk b. bolesny, toż samo przy wprowadzaniu nosowego zwierciadełka, bez wszelkich jednakże zmian w otworach nosowych, któreby ten objaw tłómaczyć mogły. Natomiast muszle nosowe (dolne i średnie) były mocno obrzmiałe, przyczem obrzęk nie ustępował po zapędzlowaniu 10% kokainą. Stan taki trwał około 3 tygodnie, poczem dopiero z ustąpieniem zajęcia stawów ustąpiły i wszystkie objawy ze strony nosa.

Po roku powtórzyło się to samo cierpienie: znowu świeże zajęcie stawów i nosa, które trwało tym razem dwa tygodnie.

II) Drugi przypadek dotyczył 41-letniego chorego, również z zastarzałym gośćcem. Podczas jednego ze świeżych napadów wystąpiły bóle z lewej strony nosa. Znaczny obrzęk muszli lewej dolnej (przylega do przegrody nosa), a badanie zgłębnikiem wykazało znaczną jego zbitość. Kokaina pozostała bez wpływu. Po 3 tygod. przy ogólnem leczeniu (salol, parówki) nastąpiło wyzdrowienie. Po 5 tygodniach choroba powróciła z analogicznem zajęciem tej samej (lewej) połowy nosa. Ten sam był wpływ i skutek leczenia ogólnego.

Druga kategorya gośćcowych cierpień nosa (bez zmian przedmiotowych) jest częstszą. Autor przytacza 3 tego rodzaju przypadki:

I) 22-letnia chora skarżyła się na ból w nosie, trwający od lat dwóch. Cierpi ona od dziecka na gościec stawowy. W nosie przy szczegółowem badaniu nie wykryto żadnych zmian przedmiotowych. Salicylan sodowy usunął ból nosa na czas jakiś, poczem występowały częste nawroty, zawsze skutecznie leczone tym środkiem.

II) Przypadek dotyczył 65-letniej chorej, która od 9 miesięcy cierpi na bóle w nosie. Od dawna doznaje bólów gośćcowych w stawach. W nosie niema zmian. Salol wewnętrznie zastósowany (6,0 dziennie) usunął bóle nosowe.

III) Chory 19-letni doświadcza od 5 miesięcy bólów w nosie bez zmian widocznych w jamach nosowych. Wystąpiło suche zapalenie opłucnej (pleuritis sicca). Podano salicylan sodowy w dużych dawkach (8,0 dziennie). Po 3 tyg. nastąpiło wyzdrowienie.

Analogiczny przypadek miałem sposobność spostrzegać w praktyce prywatnej przed paru laty: 20-kilkoletnia chora skarżyła się na dokuczliwe bóle w nosie w okolicy zatok czołowych, trwające od kilku miesięcy. Badanie jam nosowych wziernikiem dało wynik bezwzględnie ujemny, toż samo prześwietlanie zatok bocznych nosa (Highmora i czołowych). Wszelkie dotychczasowe leczenie powstało bez skutku. Dopiero wywiady (przebyty gościec stawowy, od czasu do czasu powracający), dostarczyły wskazówek do rozpoznania przyrody cierpienia nosowego. I rzeczywiście przetwory salicylowe, oraz kąpiele słone usunęły uporczywe to cierpienie.

Od tego czasu miałem sposobność spostrzegać jeszcze dwa inne przypadki analogiczne z wyżej opisanym, w których również salicylan sodowy, *resp.* salol, okazał się skutecznym. Również w ostatnich czasach spostrzegałem przypadek, który kwalifikuje się do 1-szej gromady Freudenthala: 22-letnia chora zapadła od kilku dni na ostry gościec stawowy jednocześnie z ostrem zapaleniem bł. śluzowej gardła i nosa. W nosie stwierdzono obrzęk znaczny i zaczerwienienie dolnych muszel; nos na dotyk bardzo tkliwy, zwłaszcza w okolicach skrzydeł nosa. Bez leczenia miejscowego, przy zastósowaniu jedynie wewnętrznem salicylanu sodowego, szybko ustąpiły wszystkie objawy zarówno podmiotowe (ból nosa, bolesne łykanie), jak i przedmiotowe (obrzęk muszel, zajęcie gardła), wraz z ustąpieniem bólów stawowych.

Z innych autorów de Hav-Hall[94]) wspomina o przypadku zapalenia migdałków torebkowego (tonsillitis follicularis) w jamie nosogardłowej pochodzenia gośćcowego. Autor ten czyni występujące w przebiegu ostrego gośćca stawowego krwawienia nosowe zależnemi od przyjmowania do wewnątrz salicylanu sodowego.

Wreszcie należy mi wspomnieć, że ostatnimi czasy Uchermann spostrzegał w nosie zmiany analogiczne do opisanych przez niego w krtani, mianowicie na chrząstkowej przegrodzie widywał ten autor jednostronne, zwykle ograniczone nacieczenia (rhinitis acuta rheumatica circumscripta s. nodosa).

Jak sobie objaśnić związek przyczynowy między ostrym gośćcem stawowym, *resp.* mięśniowym, a zajęciem jam nosowych? I tu podobnie jak w gardle, wielce prawdopodobnem jest usadawianie się pierwotne zarazka w jamach nosowych, czemu sprzyja ta okoliczność, że, jak to wykazał Bickel[95]), tkanka gruczołowa, wielce sprzyjająca przenikaniu drobnoustrojów chorobotwórczych, rozszerza się z jamy nosogardłowej na jamy nosowe, dochodząc aż do przednich końców muszel dolnych i średnich. Istnieją również badania doświadczalne Rotha[101]), które dowodzą, że zakażenie jest możebne nawet przy całkowitej (niezmienionej) błonie śluzowej nosa.

Literatura.

1. Trousseau: Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, 1895. — 2. Clarke: Schmidt's Jahrbücher. 1865. — 3. Ogle: Med. Times and Gaz., February 11, 1865. — 4. Heymann: Virchows Archiv, Bd. 56, 1872. — 5. Niemeyer-Seitz: Lehrbuch der spec. Path. und Th. IX. Auflage, 1879. — 6. Lagranère et Piponnier: Essay sur les angines rhumatismales et goutteuses. Thése. Paris. 1876. — 7. Boeck: Schmidts Jahrbücher, 1882. — 8. Fowler: On the Association of the affections of the throat with acute rheumatism. Lancet, 1880. II. 24. — 9. Garrod: A treatease on Rheumatism, p. 82. — 10. Lasègue: Arch. generales de med., 1880. — 11. Stewart: Lancet, 1881. 4/I. — 12. Harkin: Dublin Jour., 1881, October. — 13. Loebl: Wien. Blät., 1882. 43. — 14. Laure: L'union med., 1882. 141, 3. — 15. Ollivier: dto 1884. 151. — 16. St. Clair. Thompson: Lancet 1884. May 24. — 17. Male: dto Sept. 6. — 18. Mantle: Brit med. Jour., 1885, November — 19. Green: Quinsy and rheumatism (tonsillitis and rheumatic diathesis Infectious sore threat etc. Brit. med. Jour., 1885, 26/IX — 20. Griffiths: Ibidem. 13/VI. — 21. Harg Brown: dto 3/X. — 22. Fitzmaurice: dto 17/X. - 33. Fortescue Fox: dto 28/XI. — 24. Easby: dto 5/XII. — 25. Craig: dto 1/I, 1896. — 26. Plimmer: dto 16/I. — 27. J. Brown: dto 23/I. — 28. Cameran: dto 6/II. — 29. Gubb: dto 13/III. — 30. Atkinson: Brit. med. Jour., 1885. 19/VIII. — 31. Semon: Referent powyższych prac w Int. Centr. f. Lar., 1886, p. 491. — 32. Stephanides: Prag. med. Woch., 1885. 50. — 33. Seifert: Ueber Angina lacunaris. Wien. med. Woch., 1886. 40. — 34. Lewis: Brit. med. Jour., 1888.—35. Whipham: Brit. med. Jour., 1888, 25/II. — 36. Beverley Robinson: New York med. Rec., 1880, 6/XII. — 37. Radcliffe: Jour. of Amer. med. Assoc., 1890, 12, 4. 38. Thayer: New York med. Jour., 1890, 26. 27. — 39. Ingals: w Sajons Ann. of the Univ. med. Science. — 40. Thorner: Chronic throat affections of rheumatic origen. New York med. Rec., 1889, 22/VI. — 41. Hinkel: Med. Press of Western New York, III, 7. — 42. Auche: Ann. de la policl. de Bordeaux, 1801. II. 5. — 43. Dalton: Brit. med. Jour. March. 1. — 44. Cressland: J. Centr. für Lar. Bd. IX. p. 499. — Czajkowski: Gazeta Lekarska. 19. 1891. — 46. Fiedler: Jahresber. d. Gesel. f. Nat. u. Heil., Dresden, 1890/1. 47. Bulson: J. Cent. f. Lar., 1894/5, p. 461. — 48. Sanson: Allg. wien. med. Zeit., 1893. 6. — 48. Roos: Ueber rheumatische Angina. Berl. kl. Woch., 25, 26, 1894. — 50. Leyden: Deut med. Woch., 1894. 6/12. — 51. Buss: Ueber die Beziehungen zwischen Angina u. acutem Gelenkrheumatismus. Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 54. 1894.— 52. Riess: Cytowany w pracy Bussa. — 53. Suchannek: Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus. Sam. zw. Abh. a. d. G. d. Nasen, Ohr. M. Heft I. 1895. — 54. Groedel: J. Cent. f. Lar., p. 485. — 55. Gouguenheim: Gaz. med., 1897.— 56. Sterling: J. Cent. f. Lar., 1896, p. 161. — 57. Freudenthal: On rhematic and allied affections of the Pharynx, Larynx and Nose. Med. Record, February 16, 1895. — 58. Peltesohn: Ueber Angina und Rheumatismus. Arch. f. Lar. J. Bd. 1, II., p. 58. — 59. M'Donnel: Brit. med. Jour., 1897, 2/I. — 60. Braislin: J. Cent. f. Lar., 1893/4, p. 294. — 61. Borchon Gaz. Hébdom. de med. 1896, 22/VI. — 61. Hofe: J. Cent. f. Lar., 1896, p. 463. — 63. Sędziak: (Dwukrotnie). Przypadek anginae ulcerosae benignae. Nowiny Lekarskie i Przegląd Lekarski, 1892 r. — 64. Staffel: J. Centr. f. Laryng.. 1896. p. 378. 65. Sędziak. Przyczynek do etiologii t. zw. angina follicularis. Nowiny Lek., 1894. — 66. Gerhardt: Verh. d. Congr. f. innere Med., 1896, 8/IV. — 67. Guttmann: Deut. med. Woch., 1886, Nr. 46. — 68. Hlava: Baumgartens Jahresberichte, 1888. — 69. Birch Hirschfeld: Verh. Congr. f. inn. Med., 1888. — 70. Stöhr: Virch. Arch., Bd. 97. — 71. Suchannek: Zieglers Beitr. zur norm. u. path. Anat. 1888. — 72. Scanes Spičer: Lancet, 1880, 27/X. p. 805. — 73. Löffler: Mitth. a. d. Kais. Ges., Bd. II. 1884. — 74. Sahli: Coresp. f. Schw. Aerzte I, 1894. — 75. Schech: Monat f. Ohrenheil., 1883, 8. — 76. Gessenius: Deut. med. Woch., 1882, 38. — 77. Lermoyez: Les causes de paralysies recurrentielles. Bull. et revue d. l. Soc. fr. de Lar. p. 145, t. XII, cz. I. — 78. Archambault: Des manifestations laryngées aiguées du rhumalisme. Thése. Paris, 1886. — 79. Massei: Nevrita primaria del trunco dei ricorrente. Arch. ital. de Lar. 1889, p. 107. — 80. Laronza: Rev. de lar.. 1891, p. 398. — 84. Hutchinson: Brit. med. Jour., 1891, 18/VIII. - 82. Knight: Arch. of Laryng. IV, p. 137. — 83. Grünwald: Ueber primäre Entzündungen im und am Crico-arytänoidalgelenk. Berl. klin. Wsch., 20, 1892. — 84. Goris: J. Centr. f. Lar., 1893/4, p. 144. — 85. Compaired: Arch. inter. de lar. I. 25, 1893. — 86. Simanowsky: Wracz. 18—20, 1893. — 87. Meyer: Berl. klin. Woch., 1893, 16. — 88. Sędziak: Zapalenie stawów obrączkowonalewkowych pochodzenia reumatycznego. — 89. Uchermann: Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa). Deut. med. Woch., 1897. 47. — 90. Goldscheider: Deut. med. Woch., 1897. 50. — Hirsch: Ibidem. 92. Sędziak: O ropnem zapaleniu migdałków podniebiennych etc., Kron. Lekar., 1898. — 93. Shaw: Guys Hosp. rep. V. XIV, p. 125. — 94. de Havilland Hall: The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet, 1897, Febr. 6—27 i March. 13. 95. Bickel: Virchows Archiv. B. 97. p. 340: — 96. Wade: Brit. med. Jour., 1896, p. — 97. Monori: Boll. delle malat. della orech., 1897. III. — 98. B. Fraenkel: Berl. klin. Woch., 1886. 17—18. — 99. Lacoarret: J. Centr. f. Lar. VIII. p. 495. — 100. Goldscheider: Zeitschr. f. kl. Med., 1893, 22 B. — 101. Roth: Zeit. f. Hyg., 1888, IV, p. 151.

IV. Wyciągi.

Prof. Fränkel: **O zapobieganiu gruźlicy**. *(Berliner klin. Wochenschr.* 1899, Nr. 2). Od r. 1889 zapanowało wszechwładnie zapatrywanie Corneta, że głównym czynnikiem zakaźnym w gruźlicy są prątki w suchym pyle, wilgotna zaś plwocina, w chwili kaszlu rozpylana, większego niebezpieczeństwa nie przedstawia; C. utrzymywał mianowicie, że drogi oddechowe suchotników zachowują zawsze stopień wilgoci dostateczny, aby do nich prątki gruźlicze przylgnąć mogły i przez powietrze wydychane porwać się nie dały; wykrztuszona zaś plwocina nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa o tyle, że póki ona jest wilgotna, prątki z niej w żaden sposób w powietrze dostać się nie mogą. Do tego też dogmatu zastosowano środki zapobiegawcze, starając się zniszczyć prątki w plwocinie wydalonej przed jej wyschnięciem. Tymczasem w ostatnich latach badania Flüggego obaliły zupełnie twierdzenia Corneta, przynajmniej, o ile one dotyczą niebezpieczeństwa zakażenia w inny sposób, jak za pośrednictwem suchego pyłu. F. stwierdził mianowicie, że prątki z łatwością mnożą się w powietrzu w kroplach, na które rozpyloną zostaje plwocina przy kaszlu. Badania F. wywołały cały szereg dalszych poszukiwań, które doprowadziły do podobnych wyników. I tak Hübener stwierdził, że bakterye, znajdujące się w jamie ust, dostają się przy mówieniu w powietrze i tam się czas pewien unoszą; ztąd wzięto pochop do zaproponowania masek przy operacyach aseptycznych. Schäfer dowiódł, że trędowaci ze zmianami w ustach i połyku wyrzucają w powietrze mnóstwo prątków przy mówieniu, kichaniu i kaszlu. Latschenko w pracowni Flüggego wykazał, że silnie kaszlący suchotnicy podobnież zanieczyszczają około siebie powietrze niezliczonymi prątkami i że w ich jamie ustnej stale prątki wykazać można. Nie ulega też wątpliwości, że kropelki cieczy, zawierające prątki, dostać się mogą w powietrze nietylko z jamy ust, ale i z głębszych odcinków dróg oddechowych i z płuc. Podobne wyniki otrzymał również Weismayr (por. referat w Nrze 2 „Przeglądu" r. b.) Sam Fränkel wreszcie wykazał, że ślina suchotników zawiera często, (chociaż nie zawsze) prątki gruźlicze, nawet jeśli niema zmian gruźliczych w krtani, — że więc większość suchotników wydziela prątki w powietrze przy zwykłem mówieniu. — Wszystkie te odkrycia oczywiście w niczem nie zmieniają dotychczas szerzonych zasad zapobiegania gruźlicy, o ile one dotyczą niszczenia odkrztuszonej w większych ilościach plwociny przed jej wyschnięciem; jednakże wskazując na wielkie niebezpieczeństwo, jakie stanowi dla otoczenia także sama osoba suchotnika, nakazują pomyśleć o odpowiedniem rozszerzeniu przepisów zapobiegawczych. W tym celu zaleca Fr., aby suchotnicy nosili na ustach zbudowaną przez niego maskę, nader podobnie urządzoną do maski chloroformowej; maska taka, jak wykazały próby, zatrzymuje wszystkie prawie prątki, wydzielane przy mówieniu i kaszlu. (Trudno uwierzyć, aby propozycya Fr. w praktycę szybko się przyjęła; to też na razie należałoby zmierzać przynajmniej do przeprowadzenia żądań Weismayra, łatwiejszych do wykonania; staranne oczyszczanie jamy ustnej u suchotników, zasłanianie ust przy mówieniu i szczególnie przy kaszlu chustką, umieszczenie spluwaczek na wysokości piersi, zamiast na ziemi i zastąpienie ich spluwaczkami ręcznemi — przyp. ref.).

C.

H. Kehr: **Wyniki 360 laparotomij, wykonanych z powodu kamyków żółciowych, ze szczególniejszem uwzględnieniem 151 operacyj, wykonanych w ostatnich dwóch latach**. *(Volkmanna: Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 225).* Autor, czynny w Halberstolcie, mieście liczącem niespełna 40,000 mieszkańców, zdołał w przeciągu 8 lat otworzyć jamę brzu-

szną 360 razy na 307 chorych i wykonać 503 zabiegów większych z powodu kamyków żółciowych. Statystyka ta, największa ze wszystkich niemieckich, nawet tam obudziła podziw. Chcąc rzecz streścić szczegółowo, i podać choćby to tylko, co w naszych stosunkach obudzić powinno zainteresowanie, należałoby znacznie przekroczyć ramy sprawozdania. Z konieczności zatem ograniczymy się do streszczenia punktów wytycznych.

Śmiertelność po tych operacyach zależną jest od zmian anatomo-patologicznych, stopnia schorzenia i użytej metody operacyjnej (zawisłej oczywiście od warunków poprzednio wyliczonych). K. na 360 laparotomij stracił 42 (11·7%) chorych. Gdy się jednak uwzględni, że wielu chorych zgłaszało się już w stanie rozpaczliwym i jeżeli się zważy, że w wielu razach autor był zmuszony z powodu istniejących powikłań, wywołanych poprzednio już oddawna istniejącą kamicą żółciową, dokonywać takich zabiegów jak: enterostomia, wycięcie odźwiernika, gastro-enterostomia etc., to odsetek śmiertelności bez naciągania obniży się do 3·8%. Na pytanie, kiedy chorych należy operować? Autor odpowiada: „jak najwcześniej". Kamica żółciowa połączona z częstymi napadami kolki, z żółtaczką i odchodzeniem drobnych kamyków ze stolcem, powikłana nieżytami żołądka i jelit, lub też kamica żółciowa u ludzi otyłych, dnawych, cukrzycych, dalej z wadami serca i chorobami nerek i u ludzi w podeszłym wieku, nadaje się do leczenia środkami wewnętrznymi, lub w Karlsbadzie. Tak samo nie operuje autor w okresie ostrego uwięzgnięcia kamyka w przewodzie żółciowym. Gdy bowiem kamyk zdołał aż dotąd przywędrować, może się przedostać i dalej do dwunastnicy, a przez otwarcie woreczka żółciowego usunęlibyśmy działanie owej *vis a tergo*, która kamyki przepycha do jelita. Poza tem wszystkie inne przypadki: ropne zapalenie woreczka żółciowego z uwięzgnięciem przewlekłem kamyka w przewodzie pęcherzykowym, miesiącami utrzymujące się zamknięcie przewodu żółciowego i t. d. nadają się i powinno być chirurgicznie leczone. I tem lepiej dla chorego i łatwiej dla chirurga, im wcześniej do operacyi się przystąpi, a jest rzeczą chirurga wybierać odpowiednie przypadki, bo znaleźć się mogą i takie, gdzie i nożem się nie poradzi, jak n. p. rak rozwinięty w pęcherzyku, długo drażnionym kamykami.

Najważniejszem pytaniem, które ciśnie się na usta choremu, zdecydowanemu już na operacyę, jest to, czy nie nastąpi nawrót cierpienia? Rzeczą nie ulegającą wątpliwości, że wszelkie przypadłości ustępują bezpośrednio po operacyi; a jakkolwiek nawrotu cierpienia w ścisłem tego słowa znaczeniu autor nie spostrzegał ani razu, to przecież notuje około 6% operowanych, którzy w jakiś czas po operacyi uskarżali się na napady bólów w okolicy wątroby. Dwie najczęściej używane operacye, t. j. cystostomia i cystektomia zapobiegają nawrotom, pierwsza stwarza bardzo korzystne warunki dla wygojenia się nieżytu pęcherzyka żółciowego, a druga usuwa miejsce tworzenia się kamyków. Bóle po operacyi, bez właściwego nawrotu, zależą od zrostów pęcherzyka z sąsiedztwem, zrostów, jakie się tworzą zresztą po każdej laparotomii. To cień, który towarzyszy każdemu, choćby najwznioślejszemu, dziełu człowieka. Tylko ponowna operacya może chorego z pewnem prawdopodobieństwem uwolnić od tych cierpień, a kojąco działać możemy do pewnego stopnia, normując czas i częstość przyjmowania pokarmów. Mianowicie K. zwraca uwagę na fakt, że ilość żółci, wydzielonej np. po cystostomii, w nocy znacznie przewyższa ilość dzienną. Zjawisko to objaśnia autor w ten sposób, że żółć wylewa się przez przewód żółciowy do jelit, w miarę przyjmowania pokarmów. Pokarm bowiem, dostawszy się do dwunastnicy, podrażnia we właściwy sposób brodawkę ujścia przewodu żółciowego, która się rozwiera i przez nią żółć odpływa obficie. Gdy zatem często i w równych odstępach czasu żywić będziemy chorych w dzień i w nocy, ciągle będziemy odprowadzać żółć do jelit i tem zapobiegniemy gromadzeniu się jej w pęcherzyku, względnie po cystektomii w przewodzie wątrobowym i jego rozgałęzieniach. Ażeby tem pewniej zapobiedz nawrotom, K. bardzo chętnie, po zagojeniu się rany pooperacyjnej, wysyła swych chorych do Karlsbadu. Z tego cośmy dotychczas powiedzieli wynika dostatecznie, jak ważnem jest nie tylko rozpoznanie kamicy żółciowej w ogólności, lecz rozpoznać także należy miejsce usadowienia się kamyków i możebne powikłania, bo to w pierwszym rzędzie decyduje o potrzebie operacyi, a potem już, przed otwarciem jamy brzusznej, pozwala domyślać się jakiej użyjemy operacyi, z jakiemi trudnościami będziemy mieli do czynienia i względnie do tego będziemy rokować. Tymczasem rozpoznanie nie łatwe, zwłaszcza dla tego, który nie rozporządza rozległem własnem doświadczeniem. Już rozpoznanie samej kamicy w ogólności natrafia nierzadko na niemałe trudności: tak łatwo bowiem pomieszać to cierpienie z rakiem wątroby, przewodu żółciowego, żołądka, trzustki, z ropieniem w trzustce, z kiłą wątroby i jej marskością, gnilnem zapaleniem otrzewnej, przedziurawieniami żołądka i jelit, bąblowcem wątroby, z pewnemi cierpieniami wyrostka robaczkowego, nerek i t. p. A cóż dopiero mówić o szczegółowem rozpoznaniu samej postaci kamicy? Autor podaje takie punkta wytyczne: kamyki w pęcherzyku żółciowym bez zamknięcia przewodu pęcherzykowego, takież kamyki z przemijającem zatorowaniem tego przewodu, *cholecystitis*, *hydrops* i *empyema* pęcherzyka żółciowego, *pericholecystitis* i zrosty w otoczeniu pęcherzyka zwykle żółtaczki nie wywołują; podczas kiedy żółtaczka towarzyszy najczęściej (ale nie zawsze) ostremu i przewlekłemu zamknięciu przewodu żółciowego. Przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego równie dobrze spowodowanem być może przez kamień, jak i przez nowotwór. Zróżniczkowanie tych dwóch spraw jest bardzo ważne i pamiętać należy, że zwykle, jeżeli kamień zatyka przewód żółciowy, pęcherzyk bywa skurczonym, niemacalnym, żółtaczka zmienna i mierna, stolce raz szaro, raz brunatno zabarwione, kolka rozmaitego natężenia, śledziona powiększona i gorączka o torze przepuszczającym (intermittens). Przy nowotworach zaś rzuca się w oczy przedewszystkiem znaczna, ciągle się zwiększająca żółtaczka, pęcherzyk żółciowy znacznie wypełniony, napięty (autor przestrzega w ogólności przed nakłówaniem woreczka); stolce stale odbarwione; kolki, powiększenia śledziony i gorączki zwykle niema. W tym ostatnim przypadku autor gorąco odradza operacyę.

Od znalezionych stosunków anatomicznych, a po części i od wprawy chirurga, zależeć będzie rodzaj użytej operacyi. Na samym pęcherzyku możemy wykonać 1) *cystostomią* jedno- lub dwu- czasową, z częściowem wszyciem pęcherzyka w powłoki brzuszne, lub z tak zw. „Schlauchverfahren"; 2) *cystendysis* (operacya tak zw. idealna) wewnątrz i zewnątrz otrzewnowa; 3) *cystektomia* (totalis v. partialis). *Cystendysis* coraz bardziej traci kredyt, zaniechał ją nawet główny jej propagator, Czerny — i słusznie. Bo nigdy nie możemy być pewni czyśmy wszystkie kamyki wyjęli — niemniej po usunięciu kamyków nie wyleczyliśmy nieżytu pęcherzyka, zatem łatwo nastąpić może nawrót, a ryzykujemy dużo, gdyż zagięcie któregoś z przewodów powstać może łatwo, w pęcherzyku nagromadza się żółć lub inny płyn i pod nadmiernem ciśnieniem szew może puścić. Ostatnie niebezpieczeństwo usuwa częściowo metoda pozaotrzewnowa. Obecnie utrzymuje się w użyciu cystostomia (jednoczasowa) i wycięcie pęcherzyka żółciowego (Langenbuch). Autor, dawniej zwolennik pierwszej, w ostatnich czasach coraz chętniej używa drugiej, gdyż po wyjęciu woreczka całego, obawa nawrotów odpada zupełnie. Jednak przed zdecydowaniem się na tę operacyę należy upewnić się, czy niema jakowychś przeszkód, zaciskających światło przewodu wątrobowego i żółciowego wspólnego w ich przebiegu lub w trzustce (pancreatitis interstitialis). Po wycięciu pęcherzyka szczególnie troskliwie potrzeba opatrzyć pozostałą szypułę. Autor stracił jednego chorego skutkiem krwotoku, po obsunięciu się podwiązki. Inne operacye jak: *cystikotomia*, *cystikolitotrypsya*,

choledochotomia, hepatokotomia, drenowanie przewodu wątrobowego, choledocholitotrypsya, cholecyst — i — choledecho-enterostomia, cystikoentorostomia, były używane i stósowane w pojedyńczych przypadkach, jako zabiegi dodatkowe do dwóch głównych, poprzednio wyleczonych, lub kiedy nic innego nie zostawało do wyboru. W ogólności autor oświadcza się przeciw rozgniataniu kamieni uwięzgłych w przewodach, przenosząc nad nie, bardziej oszczędzające tkanki nacięcie, a przy zakładaniu przetok z dróg żółciowych do jelit zasadniczo unika guzika Murphyego, obawia się bowiem, aby ten nie wpadł właśnie do pęcherzyka l. c. p. Nadto miał K. sposobność wykonania całego szeregu operacyj niejako dodatkowych na odźwierniku i dwunastnicy z powodu zwężeń, wywołanych zrostami w obwodzie zmienionego pęcherzyka i z powodu nowotworów tych okolic. Do statystyki wlicza autor także i te operacye, jakie wykonać musiał z powodu następstw poprzednio przedsiębranych operacyj, jako to: przepuklin, zrostów w polu operacyjnem, które powodowały bóle i t. p. Jako radykalny sposób zapobieżenia owym bólom K. wykonuje i zaleca cystektomią.

Herman.

Prof. Dr. Peschel: **Nowa modyfikacya operacyi podwinięcia rzęs** (trichiasis). (*Kl. Monatsblt. f. Augenhlk. December*, 1898). Autor odpreparowuje części miękie powieki aż do tarczy powiekowej (tarsus) i samą tylko chrząstkę przypala galwanokauterem równoległe do brzegu, jednostajnie, chroniąc części miękie i cebulki włosowe rzęs. Ponieważ powstały stąd strup linijny jest aseptyczny, więc po zszyciu nad nim brzegów rany otrzymujemy rychłozrost. P. operował tym sposobem 24 przypadków. Operacya jest łatwa, łatwo dozować się daje. nie pozostawia blizny szpecącej, ochrania skórę i gruczoły Meiboma, a w kilku dniach już można chorego wypuścić z opieki.

Dr. A. Bednarski.

Saemisch: **Przypadek świerzbu rogówki** (Scabies corneae). (*Kl. Monatsblt. f. Augenhlk. December*, 1898). Autor opisuje przypadek świerzbu z jedną norą, który ze względu na swe umiejscowienie w rogówce, uważa jako unikat. Obraz chorobowy odpowiadał postaci miotełkowej zapalenia rogówki: światłowstręt, nastrzykanie okołorogówkowe podspojówkowe. Od dolnego brzegu rogówki ciągnie się pasemko naczyń powierzchownych ku środkowi, gdzie kończy się guzkiem wystającym, jasno-szarym. Źrenica nieco węższa, na światło leniwiej oddziaływa. Chory liczył lat 19, nie okazywał żadnych oznak zołzów i nigdy na oczy nie chorował. Skoro po ciepłych okładach stan nie poprawiał się, zastósowano *Ung. hydrarg. oxyd. rubr.*, poczem stan zapalny oka znacznie się pogorszył, a guzek na rogówce o tyle się zmienił, że widać teraz było szarą masę, o ruchomym wolnym końcu, choć silnie przyczepioną do podstawy. Po delikatnem jej zdjęciu pokazało się pod drobnowidem, że mamy do czynienia z okazem samicy świerzbowca, a w jej otoczeniu znajdowało się 8 jajek w różnych okresach rozwoju. Pozostała w rogówce nora. szybko się teraz zagoiła. Pochodzenie pasorzyta nie jest jasne, gdyż ani chory ani otoczenie jego nie cierpiało na świerzb. *Dr. A. Bednarski.*

Watraszewski: **O wyprysku u cierpiących na dnę.** (*All. med. Ztg.*, Nr. 77, 1898). Autor rozróżnia dwa rodzaje chorych dnawych: otyłych, skłonnych do przekrwień, a nawet wynaczynień i niedokrewnych, źle odżywionych. U pierwszej gromady rzadko spotyka się wyprysk ostry; u drugiej częściej. Zwykle wtedy, po znacznym świądzie, odczuwanym szczególnie w nocy powstają guzki wypryskowe na grzbiecie, karku, po bokach klatki piersiowej i brzucha, rzadziej na twarzy i kończynach, gdzie zazwyczaj wyprysk przybiera postać pęcherzykową. Zmiany te ustępują najczęściej szybko, a utrzymują się zwykle przywlekle wyprzania, którym towarzyszy świąd na całej powierzchni skóry. Czasami pokrzywka bywa objawem początkowym. Obok zwykłego leczenia miejscowego, przepisuje W. u otyłych stósowną dyetę: mleko, potrawy roślinne, wody mineralne, dużo ruchu, a wstrzymywanie się od napojów wyskokowych. U wynędzniałych, często cierpiących na zaburzenia przewodu pokarmowego, poleca szczawy alkaliczne: Karlsbad, Marienbad, Kissingen, Vichy, Bilin, dbanie o prawidłowy stolec, zabrania wszelkich kąpieli, a dla zmniejszenia świądu, szczególnie przy pokrzywce, podaje wilczą jagodę (*Tct. bellad.* 3—5 kropli dziennie, lub w pigułkach). Na rozpadliny, powstające często u takich chorych, stosuje *ung. diachyl. alb.* *F. K.*

Dr. Stanisław Klejn: **Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi.** (*Medycyna*, 1898, Nr. 46, 47, 48). Autor spostrzegał w r. 1893 przypadek zapalenia opłucnej z wysiękiem krwawym, w którym to przypadku, tak wysięk opłucnowy, jak i krew odznaczały się wybitną eozynofilią. W ciągu czternastu dni odsetek ciałek eozynowych we krwi wzrastał od 12·5—37·5 aż do 40·0, a równocześnie w wysięku opłucnowym pozostawał mniej więcej na jednej wysokości od 74·4 do 76·4. Do tego w wysięku obok ciałek eozynowych znajdowały się tylko same limfocyty małe. Podobne dwa przypadki ogłosił Wiliam Harmsen w Dorpacie w rozprawie, napisanej dla osiągnięcia doktoratu w roku 1894, która, jak większość dysertacyj, przeszła niepostrzeżenie, więc treść jej przytacza autor. Oba przypadki dotyczą wysięku opłucnowego krwawego, z przebiegiem bezgorączkowym. W pierwszym z tych dwu przypadków badano tylko wysięk, w którym początkowo znaleziono przeważną ilość małych limfocytów, a ciałek eozynowych 8·64%. W dalszym przebiegu po trzech dniach ciałek eozynowych było już 39%, a po następnych dwu dniach większość ciałek stanowiły małe limfocyty z ziarniną podobną do eozynowej (95%). W drugim przypadku wysięk opłucnowy składał się w przeważnej części z ciałek wielojądrzastych neutrofilowych, zaś ciałek eozynowych posiadał 7·2%; po trzech dniach jednak stosunek się odwrócił i przeważały eozynowe 90·6%. Krew posiadała 6·5% eozynowych ciałek.

Na podstawie porównania wyników i rozumowania dochodzi autor do przypuszczenia, że ciałka eozynowe w tych przypadkach powstały w jamie opłucnowej z krwi, znajdującej się tam wskutek zapalenia, czy też urazu, to jest w ten sposób, że ciałka białe wchłonęły w siebie ciałka czerwone i z tych ostatnich powstała ich ziarnina eozynowa. Następnie te ciałka białe, które wchłonęły w siebie ciałka czerwone, czyli stały się eozynowemi, przedostawszy się do krążenia krwi, dały początek eozynofilii we krwi.

W dalszym ciągu rozważywszy wogóle wszystkie dane, jakie dotychczas zdobyła nauka w sprawie eozynofilii tkanek i krwi, i roztrząsnąwszy teoryę eozynofilii, głównie podaną przez Ehrlicha (polegającą na chemotaksyi), buduje autor zupełnie odrębną i samodzielną teoryę, którą streszcza w następujących słowach:

„Obecność leukocytów eozynofilnych w ogniskach zapalnych i wogóle w tkankach chorobowo zmienionych nie jest „objawem podrażnienia swoistego, lecz następstwem wylewów „krwi albo imbibicyi tkanek mniej lub więcej przeistoczoną „hemoglobiną. Leukocyty te, zawdzięczające swe istnienie „wyłącznie hemoglobinie, nie stanowią jakichś nowych two„rów, których przed wylewem nie było w ustroju, lecz zwy„kłe leukocyty, prawdopodobnie neutrofilne, które wchłoną„wszy w siebie krążki, ewentualnie hemoglobinę, pozyskały „zamiast dawniejszych ziaren nowe. Terenem dla tej sprawy „są wyłącznie tkanki i bardzo prawdopodobnie w niektórych „przypadkach wytwory zapalne. Eozynofilia miejscowa, co „do lokalizacyi, nie jest ograniczona żadnemi prawami; wszę„dzie, gdzie krew przepływa i może wyjść z naczyń, tam „może powstać eozynofilia. Z tego terenu mogą leukocyty „eozynofilne przechodzić do krwi, powodując w niej nagro„madzenie większej ilości tych komórek. Eozynofilia więc „krwi jest zawsze wtórna.

„Sama sprawa eozynofilii, w ten sposób pojmowana, „nie jest zjawiskiem patologicznem, lecz następstwem czysto „fizyologicznej funkcyi leukocytów. Funkcya ta leukocytów „powoduje także obecność pewnej wahającej się często ilości

„leukocytów eozynofilnych w tkankach prawidłowych wogóle, „a w krwi i szpiku kostnym w szczególności.

„Rozpoznawczego znaczenia zatem komórki eozynofilne, „jakie im nadawano dotychczas, nie mają; w pewnym je- „dnak kierunku nie utraciły one tego znaczenia, gdyż, zja- „wiając się w szczególnie wybitnej ilości w sprawach, prze- „biegających z wylewami, wprost na ich obecność wskazują „i do szukania przyczyny zniewalają“.

Dr. St Eljasz-Radzikowski.

Dr. Winkelmann: **Nowy sposób doszczętnego leczenia wodniaka jąder.** (*Ctrbl. f. Chir.*, 1898, 44). Po miejscowem znieczuleniu linii cięcia, przecina. Wszystkie warstwy ścian moszen aż do osłony jądra właściwej (tunica vaginalis testis propria). W tej, u górnego bieguna wodniaka, robi szczelinę 3—4 ctm. długą, podłużną, wypuszcza płyn i przez nią wydobywa jądro, skutkiem czego cały worek wodniaka zostaje zupełnie wynicowanym. Szczelinę w osłonce jądra właściwej zmniejsza o tyle, aby jądro nie mogło napowrót przez nią do worka się wśliznąć, i ponad jądrem zeszywa wszystkie, poprzednio przecięte, warstwy. Gojenie trwa zaledwie kilka dni. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Natrium hyposulfurosum purissimum $Na_2S_2O_3 + 5H_2O$. Bezbarwne kryształy, rozpuszczające się łatwo w wodzie. Sól ta, używana dotąd jako odczynnik na jod, oraz jako przetwór przeciwgnilny i odwaniający, znajduje zastósowanie, dzięki badaniom Dumasa, jako skuteczny lek w przewlekłym nieżycie oskrzeli, połączonym z cuchnącą wydzieliną, także w zgorzeli płuc. Przekroczenie dawki dziennej 15.0 powoduje biegunkę. Nie należy go też podawać osobom, skłonnym do krwotoków, a więc posiadającym rozległe już jamy w płucach. Środek ten zapisuje się:

Rp.: Natrii subsulfurosi 10.0
Laudani liquidi gtt. VI.
Aq. dest. 180.00.
Ds. Wyżyć w ciągu dnia.
Zażywać trzeba przez czas dłuższy.

Orexinum tannicum. Połączenie garbnika z *orexinum* (dihydrophenylchinasolinum) przedstawia się jako proszek żółtawobiały, bez smaku i bez zapachu, w wodzie nierozpuszczalny, rozpuszczalny zaś w rozcieńczonych kwasach, szczególnie w kwasie solnym. Działanie oreksyny, znane już i ogłaszane przez Penzoldta i innych, jako *stomachicum*, acz skuteczne, nie mogło jej rozpowszechnić ze względu na ostry smak i pieczenie w ustach, które się uczuwa po zażyciu tego środka.

Zupełnie jednak odpowiedniem połączeniem jest *orexinum tannicum.* F. Steiner podaje, że otrzymywał dobre wyniki, posługując się tym środkiem w okresie ozdrawiania po chorobach zakaźnych, w błednicy i niedokrwistości, niedomodze nerwowej i niedomodze ruchowej żołądka, także w stanach wycieńczenia. Szczególniej skutecznym okazał się ten lek w początkach gruźlicy u dzieci (Pneumonia chr.) i w zołzach, gdzie jeszcze gruzełków w gruczołach niema.

Dzieciom zapisuje się:

Rp.: Orexini tannici 0.5
Dent. tal. doses Nr. X.
S.: Na 2 godziny przed obiadem i przed kolacyą zażyć po proszku.

Można także używać tabletek czekoladowych (aa). Po pięciu dniach zażywania należy podawanie przerwać i, jeśli łaknienie się nie zwiększa, stósować leczenie dalsze w ciągu dni dziesięciu.

Organoterapeutyczne i opoteraupetyczne przetwory.

Przetwory lecznicze otrzymywane wprost z tkanek ustroju zwierzęcego przez suszenie, sproszkowanie i t. d. zowią się organicznymi, a leczenie nimi organoterapią.

Jeżeli zaś zmienimy je przez dodanie chlorku sodu w ten sposób, że jedna część przetworu odpowiada 10 częściom świeżej odpowiedniej tkanki organicznej, to leczenie nimi nazwiemy opoteterapią (ὀπός — sok).

α. Preparaty organiczne sproszkowane i odtłuszczone.

Extractum Corporis ciliaris liquidum. Jest to płynny wyciąg z ciałka rzęskowego wołów, z małą domieszką resorcyny. Według L. Dora ciałko rzęskowe ma zadanie filtrowania surowicy krwi, i z tego to powodu ciecz wodna (humor aquaeus) zupełnie nie zawiera białka. W pewnych jednak razach (ophthalmia sympathica), gdy filtrowanie to niedomaga, wstrzykiwanie pod spojówkę i wkraplanie *extr. corp. cil.* stan oka znacznie poprawia. Zakrapla się co 2 godziny jedną kroplę roztworu.

Glandulae bronchiales siccatae. Preparat z gruczołów oskrzelowych owiec i skopów.

Hildebrandt próbował podawać ten przetwór w przypadkach gruźlicy, w nadziei, że wzmocni on naturalną czynność, raczej ułatwi zadanie gruczołom chorego ustroju, broniącym drogi oddechowe przed wtargnięciem prątków. Skutek jednak nie był zachęcającym.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia pełnej Izby lekarskiej z dnia 17 grudnia 1898.

Obecni: Przewodniczący: Prezydent Dr. Józef Łazarski. Członkowie: Dr. Bossowski, Dietzius, Gawlik, Kijas, Jabłoński, Ponikło, Wain, Walczyński, Trzebicky.

Prezydent zawiadamia, że z okazyi śmierci cesarzowej Elżbiety złożył imieniem Izby kondolencyę w miejscu właściwem, co Izba przyjęła do wiadomości.

Prezydent poświęca kilka słów zmarłym kolegom, których pamięć uczczono przez powstanie.

Przewodniczący przedstawia uchwały IV wiecu Izb lekarskich we Lwowie:

1) Uchwalono wysłać wspólny adres wszystkich Izb lekarskich z hołdem do Najjaśniejszego Pana z powodu 50-letniego jubileuszu. Przewodniczący zwraca jednak uwagę, że taki wspólny adres nie został wysłany. Natomiast obie Izby lekarskie w kraju — wschodnio i zachodnio galicyjska wręczyły dnia 2 grudnia b. r. przez swych przewodniczących adres z hołdem dla Monarchy na ręce pana Namiestnika.

2) Uchwalono przesłać memorandum na ręce Pana Prezydenta Ministrów, w sprawie ogólnych potrzeb stanu lekarskiego, jako też i w sprawie załatwienia podań Izb lekarskich, wniesionych do c. k. władz.

3) W sprawie zmiany ustawy o Izbach lekarskich uchwalono wszystkie wnioski przedstawić komitetowi wybranemu z Izb Lwowskiej, Wiedeńskiej i Dolno-Austryackiej.

4) W sprawie kas chorych uchwalono wnieść podania do Ministerstwa te same, które uchwalone zostały na wiecu Izb lekarskich w Wiedniu.

5) Sprawę honoraryum lekarskiego uchwalono przedłożyć na V-tym wiecu Izb lekarskich.

6) Sprawę partactwa lekarskiego omawiano wyczerpująco na wiecu i uchwalono wydać spis partaczy lekarskich (czyli kataster) w poszczególnych krajach koronnych.

7) Uchwalono dążyć do poprawienia stanowiska lekarzy kolejowych.

8) W sprawie przymusu zawodowego (Berufszwang) oświadczył się wiec w zasadzie przeciw przymusowi zawodowemu.

9) W sprawie jednostajnego ściągania należytości na rzecz Izb od lekarzy zmieniających miejsce pobytu jako też i sprawę wydania wspólnej etyki, obowiązującej wszystkie Izby lekarskie — przekazano następnemu wiecowi, który odbędzie się w roku 1899 w Baden.

Izba zatwierdza uchwały wiecu z wyjątkiem uchwały w punkcie 6-tym podanej.

Do uchwały wiecu w punkcie 6 tym wymienionej zabiera głos kolega Dr. Trzebicky i uważa donoszenie ze strony lekarza o partactwie jako niegodne stanu lekarskiego. Kol. Dr. Jabłoński przypuszcza, że przez zaprowadzenie takiej księgi z ewidencyą partaczy, kolegom nic się nie pomoże, a Izba lekarska w opinii dużo straci.

Kol. Dr. Kijas jest zdania, że kataster taki jest niemożebny; przemawia jednak, aby oficyny chirurgiczne na małych miasteczkach więcej były doglądane i aby stały pod wyłączną kontrolą lekarza, dla tego wnosi, aby Izba lekar. wystarała się, aby wszędzie tam, gdzie istnieje taka oficyna, lekarz tamtejszy miał na nią koncesyę i dozorował prowadzącego tę oficynę, a przez to uniknie się partactwa lekarskiego.

Kol. Dr. Ponikło jest zdania tego samego co Dr. Jabłoński i radzi zaczekać aż do uchwalenia nowego kodeksu karnego; co do kontroli nad oficynami chirurgicznemi to twierdzi, że najodpowiedniej sprawować ją może lekarz powiatowy, a stanowczo sprzeciwia się wnioskowi Dr. Kijasa. Kol. Dr. Trzebicky i Jabłoński również sprzeciwiają się wnioskowi Dra Kijasa i są zdania, że sprawa oficyn chirurgicznych należy do fizyka powiatowego.

Przewodniczący zauważa, że myśl Dra Kijasa może jest praktyczna, ale niewykonalna.

Po zamknięciu dyskusyi uchwaliła Izba niewprowadzać katastru partaczy lekarskich.

Dr. Ponikło zdaje sprawę z uchwał ogólnego wiecu lekarzy, należących do Izby: 1) omawiając rzecz o kasach pensyjnych i zaopatrzenia, objaśnia, iż ustanowienie kasy pensyjnej w zasadzie jest łatwe, lecz wymagałoby bardzo wysokiej wkładki, znacznie wyższej niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń — zaprowadzając zaś kasy z zaopatrzeniem fakultatywnem t. j. tylko dla kolegów więcej potrzebujących, możnaby wprawdzie wyznaczyć wkładkę niższą, lecz nie byłaby to w ścisłem słowa znaczeniu kasa pensyjna; sądzi tedy, że trudno kolegom proponować kasy na tak ciężkich warunkach; sądzi, że nawet podwyższenie wkładki rocznej do 12 złr. — natrafi na znaczne trudności, gdyż ściąganie dotychczasowej wkładki w kwocie 6 złr. idzie bardzo opieszale i opornie. Również nałożenie opłaty od recept celem pomnożenia funduszu zapomogowego n. p. w wysokości jednego centa wydałoby wprawdzie kwotę pokaźną, lecz w wykonaniu w naszych specyalnych stosunkach napotka na wielkie trudności, dla tego czyni wniosek: Izba uchwali rozpisać do wszystkich lekarzy okólnik, wyjaśniający dotychczasowe usiłowania Izby i trudności, jakie napotkała tutejsza Izba, również jak wszystkie inne Izby, w ustanowieniu kasy pensyjnej i zapraszający do subskrybowania dowolnych rocznych wkładek na fundusz zaopatrzenia; fundusz ztąd uzyskany wraz z ewentualnemi darami i legatami w przyszłości stałby się zwiększeniem kasy pensyjnej i podstawą do dalszego działania.

Izba nie przychyla się do wniosku Dra Ponikły, lecz uchwala pozostać tymczasowo przy dotychczasowej wkładce i zaniechać wysyłania okólnika.

2) Co do kas chorych, to wobec uchwały, jaka zapadła na wiecu Izb, sprawa staje się na razie bezprzedmiotowa.

3) Wniosek Dra Rosbergera co do wyjednania mandatu poselskiego dla Izb, nadzwyczaj nęcący, natrafi jednak, zdaniem referenta, wobec prądu nieprzychylnego mandatom poselskim, zastępującym specyalne interesa stanów i zawodów, na trudności, będzie w obecnych stosunkach niemożebny do urzeczywistnienia; pozostawia to jednak Izbie do ocenienia.

4) Wnioski Dra Droby:

a) Co do wykupna aptek, dotyczy sprawy nienależącej do kompetencyi Izb. b) Co do szpitali okręgowych, sprawę tę rozpatrzył już Wydział krajowy i odpowiednie wnioski przedłoży Sejmowi na najbliższej sesyi.

W dyskusyi nad powyższymi wnioskami kol. Dr. Dietzius jest zdania, że ad 1) proponowany cyrkularz będzie najprawdopodobniej bezowocny, również sprzeciwia się opodatkowaniu recept, a co do zaopatrzenia drogą asekuracyi przymusowej, uważa to za rzecz niemożliwą, jedynie ze względów finansowych.

Kol. Dr. Jabłoński interpeluje Prezesa, czy przy studyach nad zaopatrzeniem lekarzy brano pod rozwagę statut i urządzenia Towarzystwa oficyalistów prywatnych.

Przewodniczący wyjaśnia, że w czasie, kiedy Izba zajmowała się sprawą asekuracyi, również i Towarzystwo oficyalistów prywatnych miano na oku, okazało się jednak, że Towarzystwo to za wzór nie może służyć, w końcu twierdzi stanowczo, że asekuracyi ogólnej, przymusowej, na razie bezwarunkowo wprowadzić nie można.

Gdy więcej nikt głosu nie zabierał Izba uchwaliła: Nad wnioskami ad 2) i 3) przejść do porządku dziennego, również nad wnioskami ad 4) z tem, że sprawa ta nie należy do kompetencyi Izby.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kasowe za rok 1898 i uchwalono pobierać od członków tytułem opłaty na rzecz Izby w r. 1899 kwotę 6 złr., a to 4 złr. na potrzeby Izby, a 2 złr. na doraźne zapomogi. Do komisyi kontrolującej rachunki i zestawienia kasowe za rok 1898 wybrano kol. Dr. Gawlika i Dietziusa.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie z czynności Wydziału Izby i Rady honorowej za r. 1898.

Przewodniczący zapytuje, czy sprawozdanie Izby lekarskiej za rok 1898 ma być drukowane tak, jak dotąd, czy też, jak niektórzy koledzy się domagają, obszerniej z przytoczeniem referatów. Uchwalono drukować sprawozdanie za r. 1898 tak, jak dotąd w skróceniu.

Kolega Dietzius zapytuje przewodniczącego, co zamierza zarządzić w obec znacznych zaległości kolegów z wkładkami na rzecz Izby.

Przewodniczący oświadcza, że oczekuje w tym kierunku uchwały pełnej Izby. Następnie uchwalono wezwać kolegów do nadesłania zaległych wkładek, w przeciwnym razie ściągnąć opłaty w drodze politycznej egzekucyi.

Ze sprawozdania przewodniczącego z czynności Wydziału Izby i Rady honorowej wynika, że Wydział odbył w roku 1898 12 posiedzeń, na których uwolniono od opłaty na rzecz Izby 29 kolegów.

Udzielono zapomogi czterem lekarzom i 9-iu wdowom po lekarzach w łącznej kwocie 1150 złr.

Sprawę nieprawnego ogłaszania o leczeniu zapomocą masażu p. B R. odstąpiono Magistratowi krakowskiemu.

Rozpatrywano życzenie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zwołania jednego wspólnego wiecu lekarzy, należących do obu Izb w kraju, i uchwalono w myśl ustawy zwołać do Krakowa osobny wiec lekarzy, należących do Izby lek. zachodnio-galicyjskiej.

Rozpatrywano sprawę przesyłania protokołów posiedzeń Wydziału i Rady honorowej do c. k. Namiestnictwa, jako też, czy uchwalone przez Izbę lek. zasady postępowania lekarzy w obec siebie i publiczności mają być przedłożone Ministerstwu do zatwierdzenia. Wydział Izby uchwalił nie przesyłać protokołów c. k. Namiestnictwu, jako też i nie przedkładać Ministerstwu do zatwierdzenia zasad etyki.

Rozpatrywano zażalenie grona tutejszych lekarzy, że niektórzy z kolegów używają do pomocy swej niepowołanych do tego ludzi. Wydział Izby uchwalił jednomyślnie: „Używanie nielekarzy do czynności czysto lekarskich uznaje się za niewłaściwe, interesom stanu lekarskiego szkodliwe, zresztą nielegalne. W każdym poszczególnym przypadku Wydział Izby wdroży śledztwo przeciw tym kolegom, którzy do czynności lekarskich używają osób nieuprawnionych“.

Rozpatrywano reskrypt nadesłany przez c. k. Namiestnictwo w sprawie wykonywania praktyki dentystycznej i techników dentystycznych. W odpowiedzi udzielonej c. k. Namiestnictwu Wydział Izby oświadczył się 1) za utworzeniem instytutu dentystycznego w każdym Uniwersytecie.

W instytutach tych należy udzielać nauki nie tylko w kierunku dentystyczno-lekarskim, ale i w kierunku technicznym. Samo się przez się rozumie, że nauczanie w obu tych kierunkach winno spoczywać w rękach lekarza. 2) Z chwilą otwarcia szkoły dentystycznej nie należy na przyszłość udzielać koncesyj dla techników dentystycznych. 3) Należy zaostrzyć rozporządzenia zabraniające wykonywania czynności lekarsko-dentystycznych w pracowniach dentystyczno-technicznych, 4) Utrzymywanie w pracowni techników dentystycznych przyrządów dentystyczno-lekarskich, jak kleszczy, świdrów z nasadą itp. lekarstw, przyrządów do narkozy i znieczulania miejscowego, winno być surowo wzbronionem 5) Należy lekarzom surowo zakazać udzielania firmy technikom dentystycznym.
Uchwalono jednomyślnie złożyć podziękowanie prof. Drowi Jordanowi za dzielną obronę stanu lekarskiego w Sejmie. W myśl uchwały pełnej Izby oznaczono termin zwołania wiecu lekarzy należących do Izby na 14. maja 1898.

Nadesłana przez Prezydyum Towarzystwa lekarskiego krakowskiego etyka lekarska, była również przedmiotem obszernej dyskusyi na posiedzeniach Wydziału.

Również zastanawiał się Wydział nad unormowaniem płac lekarzy na posadach stałych i wypracował projekt zasad wynagradzania lekarzy, który w myśl uchwały pełnej Izby przedłożony został wszystkim Izbom lek. w Austryi jako też i na ostatnim wiecu we Lwowie.

Rada honorowa odbyła w r. 1898 11 posiedzeń, na których rozpatrywano rozmaite zażalenia kolegów, a w jednym przypadku zażalenie korporacyi przeciw jednemu z kolegów. Również zajmowała się Rada honorowa ogłoszeniami kolegów w gazetach, jako też zapomocą plakatów. Nie wszystkie sprawy honorowe zostały ostatecznie załatwione i dotąd pozostają w toku badań przez Radę honorową.

VII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 19 stycznia 1899 r.

— Z powodu obłożnej choroby Dra Kwaśnickiego, zastępować go będzie na razie w redakcyi »Przeglądu lek.« Doc. Dr. Ciechanowski (Karmelicka 25).

— We środę d. 18 b. m. odbyło się posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak., poświęcone w całości sprawozdaniom z czynności Komitetu i Komisyi Towarzystwa za rok 1898.

— Dzienniki donoszą: Wydział krajowy przeniósł dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie, Dra Bolesława Głowackiego, na własną jego prośbę w stan spoczynku. Zastępuje go tymczasowo Dr Czyżewicz.

— W Łodzi wyszedł z pod prasy pierwszy numer miesięcznika pod tytułem »Czasopismo lekarskie«, redagowanego przez Dra S. Sterlinga, a wydawanego przez Dra J. Kohńskiego przy udziale nader licznego grona lekarzy, wśród których spotyka się przeważnie — a podnosimy to jako znamienną i zarazem dodatnią cechę »Czasopisma« — nazwiska lekarzy prowincyonalnych. W programie nowego miesięcznika czytamy: »Z roku na rok pomnaża się liczba lekarzy prowincyonalnych, a równomiernie z tem wzrasta znaczenie ich potrzeb, poniekąd obcych lekarzom stołecznym. Brak instytucyi, mającej na względzie te mianowicie odrębne potrzeby, brak zjednoczenia, ułatwiającego pracę przez czynnik wzajemnej pomocy i wspólnej działalności, brak wreszcie możności porozumiewania się w kwestyach zadań dnia powszedniego — już same przez się uprawniają powstanie nowego pisma. Gdy bowiem luka w tej mierze odczuwana znajduje gdzieindziej zaspokojenie w stałych organizacyach lekarskich, które skupiają jednostki, rozrzucone po prowincyi, wyrabiają dla nich pewien jednolity kierunek pracy, systematyzują ich dążenia naukowe i społeczne, my nie możemy w danej chwili zdobyć się na podobne urządzenia, my musimy, jak i w innych dziedzinach życia, zastąpić je słowem drukowanem«. Wymowne te słowa zdołałyby przekonać nawet bezwzględnych przeciwników wzrostu naszej prasy lekarskiej, jeżeli tacy istnieją. O ile jednak rozpraszanie działających już dość nielicznych naszych sił piśmienniczych może być szkodliwem, o tyle wciągnięcie do pracy rąk świeżych i uprawa pola, dotąd nieco odłogiem leżącego, za zasługę tylko poczytaną być musi. A pod tym względem nowe pismo jasno określa swe zadania; gdyż »chce właśnie stać się organem lekarzy osiadłych śród ludności pracującej fizycznie; zarazem — rzecznikiem potrzeb bytowych lekarzy prowincyonalnych wogóle... Ponieważ zaś żadne z istniejących pism lekarskich nie może, ze względu na wymagania większości swych czytelników, poświęcić jakiegoś stałego działu n. p. medycynie fabrycznej lub higienie prowincyi — skupienie sił pracujących na tem polu będzie jednem z ważniejszych zadań »Czasopisma««. Wreszcie zauważa program »Czasopisma«, że »wychodzące obecnie pisma lekarskie polskie podobne są do tych wydawnictw zagranicznych, które znamy jako poważne organa nauki i sztuki lekarskiej. Wszakże obok tych wydawnictw istnieje gdzieindziej — prasa lekarska prowincyonalna, szerszemu kołu czytelników prawie nieznana, nie mniej oddająca lekarzom i społeczeństwu znaczne usługi«. Określiwszy tak ściśle granice swej działalności, »Czasopismo« przestrzega ich w wykonaniu, jak tego dowodzi miesięczny okres ukazywania się i niska cena (3 Rbs. rocznie) z jednej, a treść pierwszego poszytu z drugiej strony. Oprócz słowa wstępnego znajdują się tu prace oryginalne Drów Troczewskiego i Wieczorkiewicza, dotyczące ściśle zagadnień praktycznych, zbliska obchodzących lekarzy prowincyonalnych, dalej pracowite badania Dra L. Rutkowskiego z zakresu higieny ludowej, plan zjazdów lekarzy fabrycznych, podany przez Dra Peltyna; następują sprawozdania z ruchu i stanu Towarzystw lekarskich prowincyonalnych: w Kaliszu, Lublinie, Łodzi, korespondencya Dra Talki w sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych, kilka streszczeń i kronika. Nowe czasopismo przedstawia się jednem słowem poważnie i nader sympatycznie, życzymy mu też szczerze powodzenia i uznania, na jakie zasługuje.

— Zmarli: Dr. Gluge, niegdyś profesor wszechnicy w Brukseli, znany z prac w zakresie anatomii patologicznej. Dr. Kanthack, profesor patologii w Cambridge. Dr. Ernest Gurlt, znany chirurg, jeden z wybitniejszych profesorów berlińskich, w 74 roku życia. Dr. William Jenner, jeden z najsłynniejszych lekarzy londyńskich, wieloletni profesor w »University College-Hospital«, odznaczony wielu zaszczytami i godnościami, w 83 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 2: Dra Rzętkowskiego: Przypadek ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych. Dra Troczewskiego A.: Przypadek rozdarcia cewki moczowej wskutek urazu. Dra Pawińskiego J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (c. d.). W *Medycynie* Nr. 2: Dra Kopczyńskiego St.: Bezład dziedziczny, czyli choroba Friedreicha (ciąg dalszy). Dra Leśniowskiego: Obrażenia przewodu piersiowego. W *Czasopiśmie Lekarskiem* (Łódź) Nr. 1: Dra Troczewskiego J.: Przyczynek do doszczętnego leczenia przepuklin pachwinowych podług sposobu Bassiniego. Dra Wieczorkiewicza B.: Przypadek posocznicy wskutek baniek ciętych. Dra Rutkowskiego L.: Czy kartofle stanowią główną część pożywienia ludu? Dra Peltyna: O zjazdach lekarzy fabrycznych. W *Zdrowiu* Nr. 1: Dra Polaka J.: Poszukiwania nad brukiem drewnianym. Dra Rosenthala H.: Tyfus brzuszny w szpitalu fundacyi Poznańskich w Łodzi w roku 1897.

Redakcya otrzymała:

— Majewski A.: Przypadek złamania kręgosłupa. Odbitka z »Gazety lekarskiej«.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 15 stycznia 1899 roku następujące datki: Dr. Choróbski z Podhajec 5 złr.; Dr. Doc. St. Ciechanowski 3 złr.; Dr. X. Gorski 5 złr.; Dr. F. Hernich z Rudnika 3 złr.; Dr. M. Kramarzyński z Dąbrowy 2 złr.; WP. Jan Stawowski z Krzeszowic 2 złr.; Dr. St. Steiner c. k. fizyk sanitarny w Wieliczce 2 złr.; Dr. Woszczyński z Kulparkowa 2 złr. — **razem z poprzednimi złr. 231 w. a.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Na posadę II-go sekundaryusza w miejskim powsz. szpitalu w Morawskiej Ostrawie, na jeden rok prowizorycznie. — Rocznie 600 złr., mieszkanie, oświetlenie i opał. -- Podania, w których wyraźnie musi być wymienione, że patent pozostanie przez rok w szpitalu i że w razie objęcia posady zrzeka się prywatnej praktyki, wnosić do Magistratu Moraw. Ostrawy. Objęcie posady najdalej 1 lutego b. r.

Wyłączność wyrobu została zastrzeżona.

Wyłączność wyrobu została zastrzeżona.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 28 Stycznia 1899. Nr. 4.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Pètres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 81, rue de Saints Peres w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Do dzisiejszego Numeru dołącza się odbitkę z Berliner klin. Wochenschrift Nr. 21—23 1898, zawierającą pracę Dra R. Friedlaendera p. t. „Ueber Jod-Vasogen“.

Rok XXXVIII. Kraków, 28 Stycznia 1899. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka we Lwowie.**

O zastosowaniu protargolu w okulistyce.

Podał
Dr. Adam Szulisławski,
sekundaryusz oddziału ocznego.

W całej powodzi nowych środków, które po mniej więcej krótkim, czasem nawet pełnym chwały żywocie, znikają bezpowrotnie z widowni, zdaje się protargol (połączenie proteiny i srebra)[1]), posiadać, według wyników dotychczasowych badań, wiele nietylko już warunków bytu, lecz nawet tak pierwszorzędnych zalet, że zdołał się wybić z szeregu zalecanych nowszych soli srebrowych (argentamina, etylendiamin fosforowo srebrowy; argonina, połączenie kazeiny i srebra, itrol t. j. cytrynian srebrowy i t. d.) i walczy, w niektórych przynajmniej przypadkach, o palmę pierwszeństwa ze starym i uznanym azotanem srebrowym.

Niewątpliwa pożyteczność jego w cierpieniach spojówki, a nieporównana, jak chcą niektórzy, dzielność w zwalczaniu tak groźnej choroby, jaką jest ostry śluzoropotok spojówek, jak również i ta okoliczność, że sprawa protargolu, o ile mi wiadomo, w naszem piśmiennictwie dotychczas obszerniej omówioną nie była, ośmielają mnie do zestawienia wyników badań innych autorów i własnego skromnego dorobku do użytku kolegów.

Pierwszym, który na protargol już w r. 1897 zwrócił uwagę i do lecznictwa go wprowadził, był prof. Neisser z Wrocławia. W całym szeregu przeprowadzonych na szerszą skalę badań wykazał on, że protargol już w rozcieńczeniu 1:2000 powstrzymuje zupełnie wzrost wielu bakteryi, a w szczególności, że posiada wyróżniającą się i uwagi godną zdolność zabijania dwoinek rzeżączki (gonokoków), jakoteż bakteryi ropnych, w czem stanowczą posiada wyższość nad innymi przetworami srebra, nie wyjmując azotanu srebrowego. Doświadczalnie też zostało stwierdzonem, że protargol nietylko na sztucznych pożywkach, lecz i w tkankach wydatniejsze od azotanu srebrowego posiada zalety odkażające i głębiej w nie wnika. Kliniczne doświadczenia Neissera pozostają w zgodzie z tymi wynikami.

Zasługę wprowadzenia protargolu do okulistyki (o ile z dostępnej mi literatury stwierdzić mogłem) zdobył sobie Dr. Darier z Paryża, który w marcowym (5) numerze z r. 1898, czasopisma „*Ophtalmologische Klinik*“, a następnie w kwietniowym (7) numerze, w pracy pod tytułem: „*Protargol, ein Specificum gegen Conjunctivitis blennorrhoica*“, podaje swoje doświadczenia z protargolem, określa odpowiednie wskazania, sposób zastosowania, dawkowanie i wreszcie podnosi ten środek, jako najdzielniejszy ze wszystkich dotychczas znanych przeciw ostremu śluzoropotokowi spojówek. W rozczynach od 5—50% stosuje go Darier we wszystkich zapalnych sprawach spojówek, od lekkich nieżytów, aż do ciężkiej jaglicy, ze skutkiem tak pomyślnym, że stawia go jako godnego współzawodnika obok azotanu srebrowego. Przypadki nieżytów dróg łzowych leczy przez przestrzykiwanie kanału noso-łzowego, a o ostrym śluzoropotoku dosłownie powiada: „Kein einziges Mittel hat mir bis jetzt so günstige Resultate ergeben, wie Protargol. Mit dieser neuen Silberverbindung fühlt man sich einer jeden Blennorrhoe, sei sie auch noch so schwer, gewachsen“.

Zachęcony temi pełnemi zapału pochwałami przeprowadziłem na tutejszym oddziale ocznym szereg doświadczeń, których owoc krótko tu przedstawić zamyślam.

W przypadkach rozmaitych postaci nieżytów spojówek, nie otrzymywałem, stosując rozczyny od 2—25%, tak korzystnych wyników, jak Darier, ale też nie tak złe, abym mógł protargol zupełnie zarzucić. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przeważnej ilości przypadków nieżytu, szczególnie powikłanego z przybrzeżnymi wrzodami rogówki, działanie protargolu, choć nie bez pewnego wpływu, stoi jednak znacznie niżej od azotanu srebrowego i z pewnością nigdy go nie zastąpi; w niektórych atoli przypadkach uporczywych nieżytów i to właśnie takich, gdzie stosowanie azotanu srebrowego nie prowadzi do celu, protargol niezłe może oddać usługi. Przytoczę jeden tylko nader wybitny przypadek. U p. W. A. (pacyent prywatny) opierał się przyostry nieżyt spojówki z dość obfitą wydzieliną ropno-śluzową, rozpulchnieniem i obrzmieniem silnie przekrwionych spojówek, przez cztery z górą tygodnie wszelkim dotychczas używanym środkom. Stosowałem więc z kolei: azotan srebrowy, kwas boro-garbnikowy, cynk, ałun i t. d. bez wybitnego skutku. Już to samo, że aż do tylu środków się uciekałem, wskazuje, że żaden mnie nie zadowalniał. Zastosowałem tedy protargol. Sam pocierałem spojówki leciutko 10% rozczynem, zaś 2% przepisałem choremu do domu z poleceniem zakraplania oczu 4 razy na dzień. Wynik był nader korzystny, poprawa z dnia na dzień wybitna, tak że po 5 dniach mogłem chorego wypuścić z opieki, poleciwszy dalsze zakraplanie 2% rozczynu protargolu. Pragnąłbym jeszcze i na tę okoliczność zwrócić uwagę, a ma ona ze stanowiska praktycznego doniosłe znaczenie, że nader pożyteczną jest rzeczą mieć i rozporządzać znaczniejszą liczbą (ogólnie mówiąc) rozmaitych wód ocznych *(collyria)*, gdyż często zmuszeni jesteśmy je zmieniać, chorzy bowiem łatwo przy-

[1]) Delikatny, żółtawy proszek, łatwo już w zimnej wodzie rozpuszczalny. Rozczyny jego, stosownie do nasycenia, są barwy żółtej, piwnej, aż do ciemno-brunatnej; nie tworzą osadu po dodaniu zasad, soli siarkowych, białka i t. d.

wykają używając ich, tak, że dany środek, który z początku bardzo dobrze działał, z czasem gdy tkanki (w tym razie spojówka) do niego przywykną, słabnie w swojej skuteczności i wtedy zmienić go wypada. Przypuszczam, że koledzy ginekolodzy musieli również zrobić podobne spostrzeżenie.

Działaniu protargolu w jaglicy należy się osobna wzmianka. Otóż z zebranego na kilkunastu przypadkach doświadczenia przyszedłem do przekonania, że i w tem cierpieniu protargol niepoślednie może oddać usługi. Dalekim jestem od tego, abym mógł mu przypisać swoiste jakieś działanie i śmiał twierdzić, że samo zakraplanie do worka spojówkowego zdoła usunąć ziarna, zniszczyć zarazki jaglicze i sprowadzić wyleczenie. To nie; ale protargol może jako pomocniczy środek, zastósowany w miarę, właściwie i obok innych zabiegów, stać się rzeczywiście pożytecznym. Nie może tu być mojem zadaniem rozwijać szczegółowo zasad, których się trzymamy w leczeniu jaglicy, uczyniłem to już zresztą w jednej z poprzednich prac [2]), muszę tylko podnieść, że zawsze odnosiłem to wrażenie, jakoby po mechanicznem usunięciu ziarn, wycieranie spojówki wacikiem zwilżonym 10% protargolem, szybszy i korzystniejszy wpływ wywierało, niż ten sam zabieg wykonany sublimatem. Po pierwsze, stanowczo mniej drażni od sublimatu, nie zauważyłem też nigdy żadnego nalotu na spojówce, jaki bardzo często po energicznem wytarciu sublimatem tworzy się na spojówce, w kształcie delikatnej (czasem i grubszej) błonki, po odciągnięciu której spojówka krwawi. Drażniący ten wpływ sublimatu i w tem się jeszcze zaznacza, że po 4—5 dniach wycierania objawy nieżytowe często tak się wzmagają, iż trzeba dla ich usunięcia przerwać wycieranie i ze dwa dni stósować azotan srebrowy. Przy protargolu przeciwnie, objawy nieżytowe po energicznem wycieraniu nietylko się nie zwiększają, lecz owszem zazwyczaj zmniejszają, co pozwala na dłuższe stosowanie wycierań, które czynią zadość rozmaitym wskazaniom. A jednak i w tych przypadkach wyróżniał się korzystnie wpływ azotanu srebrowego, kiedy od czasu do czasu wśród wycierań go zastósowałem. Zauważyłem także, a i Darier o czemś podobnem napomyka, że w przypadkach przewłocznej jaglicy, połączonej ze zgrubieniem i brodawkowatym przerostem spojówki, wybujałości te pod wpływem protargolowych wycierań rozmiękają i przybierają wejrzenie takie, jakby się rozpadały, widocznie się też zmniejszają, a spojówka staje się coraz gładszą. Wiadomo zaś powszechnie, jak uporczywe i trudne w leczeniu są te właśnie przypadki jaglicy. Dodać także należy, że powikłania ze strony rogówki, w szczególności łuszczka, ustępują w miarę poprawy zmian spojówkowych podobnie, jak to się dzieje przy stósowaniu i innych środków leczniczych w podobnych przypadkach.

Bardzo znaczne korzyści osiągnąć możemy przez przestrzykiwanie protargolem przewodu noso-łzowego w przebiegu nieżytów woreczka łzowego. Szczególnie wybitnym i uderzającym jest skutek w razie obecności obfitej wydzieliny śluzowo-ropnej (jak to było w dwu moich przypadkach), gdzie pod wpływem przestrzykiwań wydzielina z dnia na dzień nietylko wyraźnie się zmniejszała, lecz równocześnie traciła swój charakter ropny, zmieniając się w więcej śluzową, cieńszą i to już w ciągu kilku dni. Do przestrzykiwań używałem rozczynu 5% i 10%.

W doświadczeniach moich nad protargolem w przebiegu ostrego śluzoropotoku stosowałem rozczyn 10% i po poprzedniem dokładnem oczyszczeniu worka spojówkowego rozczynem kwasu borowego (sublimatu nie używam, odkąd się przekonałem, że niekorzystnie wpływa na przybłonek rogówkowy), pocierałem lekko wacikiem napojonym protargolem całą spojówkę. Okłady z lodu, o ile choremu są przyjemne, częste przestrzykiwania kwasem borowym dla usuwania gromadzącej się wydzieliny, 4 razy dziennie zakraplanie 3% protargolu.

(Dokończenie nastąpi).

[2]) O operacyjnem leczeniu jaglicy. »Przegląd lekarski«, 1895. Nr. 10, 11, 12, 13.

II. Przyczynek do nauki o leczeniu operacyjnem przewlekłych stanów zapalnych macicy połączonych z przerostem tkanek

PODAŁ

Dr. Oświecimski (Katowice).

Wbrew twierdzeniu Peraire'a, Brandta i Wolfa, wykazali inni badacze jak Bumm, Döderlein, Menge, Krönig i Pfannenstiel zapomocą ścisłych badań, że stany zapalne macicy, połączone z przerostem tkanek, powstają w większej części przypadków bez działania drobnoustrojów. Ta okoliczność ma wielkie znaczenie ze względu na leczenie stanów zapalnych macicy, które musi być inne w postaciach chorobowych nie wywołanych przez drobnoustroje, inne zaś w tych stanach zapalnych, których powstanie trzeba przypisać chorobotwórczym bakteryom. Przewlekłe zmiany zapalne wytwarzają się albo jako następstwo zmian ostrych, przyczem na pierwszym planie stoi nadmierne nowotworzenie tkanki łącznej, sprowadzające stwardnienie całego narządu, albo też rozwijają się zwolna i nieznacznie, a w tych ostatnich przypadkach główną rolę odgrywa przerost ilościowy wszystkich składników tkankowych.

Pierwszym objawem przy powyższych zmianach w utkaniu są zaburzenia w miesiączkowaniu; krwawienie w czasie miesiączki utrzymuje się dłużej, przerwy zaś pomiędzy jedną a drugą regularnością skracają się; zwolna traci regularność charakter zwykłych krwawień miesięcznych *(menorrhagia)* a staje się podobną do krwotoków *(metrorrhagia)*, które mogą wzbudzić przypuszczenie nowotworów złośliwych. Równocześnie skutkiem częstszych a obfitszych krwawień rozwija się ogólna niedokrewność, sprowadzająca nieuchronnie ubytek sił chorej. Jako odczyn miejscowy ze strony tkanek macicy przy zmianach zapalnych występuje przerost mięśni, tkanki łącznej i błony śluzowej; tworzy się wywinięcie warg, cała część pochwowa grubieje i przerasta, z macicy poczyna się wydzielać śluz, zmięszany z ropą. Przybłonek wałeczkowy szyi buja poza ujście zewnętrzne na błonę śluzową części pochwowej i tworzy nadżerki (erozye), bardzo łatwo broczące, co można tłómaczyć w ten sposób, że delikatny przybłonek szyi nie jest przystósowany do nowych warunków istnienia. Nadżerki posuwają się w głąb utkania części pochwowej, przez co tworzą się w niem szczeliny, powstają tak zwane *ovula Nabothi*, a część pochwowa pokrywa się na powierzchni wrębami i guzkami. Dalej występują za-

burzenia w czynności rozrodczej kobiety, jako to schorzenia jaja płodowego w czasie jego rozwoju, wczesne poronienia lub też niezupełne oddzielenie się popłodu z towarzyszącem tym zmianom krwawieniem, wreszcie niedokładne zwijanie się (*subinvolutio*) macicy po porodzie lub poronieniu, skutkiem którego macica staje się ciężką i uciskając na sąsiednie narządy utrudnia czynności pęcherza moczowego i kiszki stolcowej.

Dolegliwości podmiotowe ograniczają się zazwyczaj z początku do odchodów krwawych i śluzoworopnych, dopiero zwolna skutki schorzenia stają się coraz uciążliwsze dla chorych.

Błędem byłoby jednak, gdybyśmy chcieli wyłącznie z tych objawów rozpoznawać *endometritis fungosa*, jak to się niestety czasami dzieje. Przeciwnie rozpoznanie opierać się może tylko na starannem i dokładnem badaniu, z surowem przestrzeganiem zasad bezgnilnego postępowania, przy pomocy badania zestawionego, wzierników i zgłębnika, a w przypadkach, w których można obawiać się nowotworu, z rozszerzeniem szyjki i obmacaniem palcem jamy macicy; nie należy się nawet cofać przed próbnem wyskrobaniem i drobnowidowem zbadaniem wyskrobanych strzępów. Jeżeli posługując się tymi wszystkimi środkami pomocniczymi wykluczyliśmy nowotwór złośliwy, wtedy znalazłszy w macicy zmiany wyżej opisane, możemy rozpoznać stan zapalny macicy z przerostem ilościowym tkanek.

Nie uwzględniając innych sposobów leczenia, przechodzę do zabiegów operacyjnych, stosowanych w przewlekłych stanach zapalnych macicy, połączonych z przerostem tkanek; zabiegi te dzielą się na dwa rodzaje, to jest krwawe i bezkrwawe.

Pomiędzy krwawymi sposobami leczenia zajmuje pierwsze miejsce wyskrobywanie macicy wprowadzone przez Récamiera, a gorąco zalecane przez Olshausena, które jest zawsze zabiegiem odpowiednim, jeżeli macica jest ruchoma, a części dodatkowe wolne od zmian zapalnych.

Nieraz słyszy się zdanie, że grzeszy się zbyt częstem stosowaniem tego sposobu leczenia, przy czem wytacza się dla postrachu, jako argument, możliwość przedziurawienia macicy. Przyznaję, że wyskrobywanie macicy wykonuje się niekiedy tam, gdzieby się bez niego obeszło; być może, że wyskrobywania dokonywa niekiedy ręka niepowołana; co się jednak tyczy możliwości przedziurawienia macicy, to jest ono przy rozważnem postępowaniu, trafnie wyszukanych wskazaniach i dobrej technice, taką rzadkością, jak przypadkowe podwiązanie moczowodu itp. Oczywiście może się niekiedy wydarzyć nieszczęście bez winy operatora; lecz to nie jest dostatecznym powodem, aby ograniczać używanie sposobu, dającego tak dobre wyniki, jak właśnie wyskrobywanie macicy. Opiszę tu sposób postępowania, używany przezemnie przy wyskrobywaniu macicy, który stosowałem w przeszło 200 przypadkach bez jakichkolwiek złych następstw.

Przedewszystkiem, rozumie się, odrażam dokładnie narzędzia, ręce i pole operacyjne. Prawie zawsze posługuję się uśpieniem, do którego używam eteru i chloroformu, zmięszanych w równych na wagę częściach, przyczem winienem zauważyć, że wśród 1000 z górą usypianych w ten sposób chorych nie miałem ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego wśród uśpienia, ani też następowego zapalenia płuc. Odrażoną pochwę wycieram suchymi wacikami, a następnie mieszaniną, składającą się z równych części wyskoku i gliceryny, poczem asystent, stojący z boku, chwyta wargi maciczne, każdą z osobna, szczypczykami Museuxa i ściąga macicę do szpary sromowej, oddalając równocześnie od siebie szeroko szczypczyki, ażeby zostawić operatorowi dostateczny dostęp. Jeżeli szyja nie jest drożną dla palca tak, ażeby nim można obmacać wnętrze macicy, — co zdarzyło się w małej tylko części moich przypadków, — wtedy rozszerzam szyjkę rozszerzadłami Hegara. Niejednokrotnie podnoszono zarzut, że ten sposób rozszerzania jest nieodpowiedni, ponieważ przy silnem rozszerzaniu szyi tworzą się w niej szczeliny; jeżeli jednak rozszerzadła są ku końcowi cieńsze i jeżeli rozszerza się szyjkę oględnie bez użycia nadmiernej siły, wtedy unika się głębokich pęknięć; szczeliny zaś powierzchowne, jeżeli mimo to powstają, nie są szkodliwe, gdyż zajmują one tylko błonę śluzową i zostają z nią razem zeskrobane. Z kolei obmacywam wnętrze macicy i w tych przypadkach, w których nowotwór złośliwy można wykluczyć, wycieram jamę macicy gazą jodoformową, a potem zaczynam właściwe wyskrobywanie. Palec wskazujący ręki lewej wprowadzam do prawego sklepienia pochwowego, łyżeczkę zaś do jamy macicy i wyskrobuję błonę śluzową długiemi pociągnięciami idąc od strony prawej ku lewej, najpierw na tylnej, później zaś na przedniej ścianie macicy; palec wskazujący ręki lewej umieszczony w sklepieniu posuwam ciągle za łyżeczką, znajdującą się w macicy, a to w ten sposób, że ściana, którą wyskrobuję, znajduje się zawsze między łyżeczką a palcem; przez to można zawsze wymierzyć siłę potrzebną przy skrobaniu, oraz wyczuć szczyt dna palcem i nie potrzeba szukać go dopiero łyżeczką; usuwa się w ten sposób niebezpieczeństwo przedziurawienia. Następnie wyskrobuję dokładnie szyję i nadżerki, (jeżeli one istnieją), czego nigdy nie powinno się zaniedbać. Rozmiary narzędzia użytego do wyskrobania macicy uważam za rzecz obojętną, boć przecie główną rzeczą nie jest łyżeczka Récamiera lub Rouxa, lecz wyćwiczona ręka operatora. Rogi przy ujściu trąbek wyskrobuje się według zalecenia Löhleina mniejszą łyżeczką, poczem wyciera się jamę macicy paskami gazy jodoformowej tak długo, aż gaza wydobyta jest czystą i prawie suchą. Na zakończenie tamponuje się gazą jodoformową macicę silnie, pochwę zaś luźno, usuwa się szczypczyki Museuxa, oczyszcza się chorą zewnętrznie i kładzie się ją do łóżka. Po 24 godzinach wyjmuje się gazę z macicy i przez trzy dni następne tamponuje się codziennie pochwę, później zaś stosuje się przestrzykiwania pochwy. Macicy nie przestrzykuję z zasady nigdy, ani przed, ani po zabiegu, ażeby uniknąć przedostania się wstrzykiwanej cieczy do jamy otrzewnowej; dokładne wytarcie wnętrza macicy gazą jodoformową uważam za środek przynajmniej tak samo skuteczny, jak przestrzykiwanie. Tamponada macicy pobudza ją do skurczów, zapobiega możliwym krwotokom i zakażeniu od zewnątrz, a przez rozkład jodoformu wysusza wnętrze macicy. Stosowanie środków żrących w jamie macicy, czy to natychmiast po wyskrobaniu, czy też, jak radzi Olshausen, w jakiś czas później, uważam ze względu na badania Wertha nad nowotworzeniem się wyskrobanej błony śluzowej, raczej za szkodliwe, niż pożyteczne; zresztą przez samo wyskrobanie bez żrących wstrzykiwań otrzymywałem bardzo dobre wyniki. Przy tym sposobie postępowania, szcze-

gólniej jeżeli wszystkie narzędzia są zaopatrzone w podziałkę, jak to Skutsch zaleca, tylko wyjątkowo zdarzyćby się mogło przedziurawienie macicy, a przez to samo upada ważny zarzut przeciw częstemu wyskrobywaniu w stanach zapalnych macicy, połączonych z przerostem ilościowym tkanek.

Jeżeli zmiany przerostowe dotyczą głównie szyi i części pochwowej, wtedy można stósować odcięcie (amputacyę) szyi, podaną przez Lisfranca, a wprowadzoną w szersze zastósowanie przez Karola Brauna; wyniki tego zabiegu słusznie wysoko są cenione. Wbrew twierdzeniu Veita, Flaischlena i Brösego zgadzam się z Braunem i Pozzim, że po odcięciu części pochwowej zazwyczaj występuje szybkie zwijanie się macicy; co prawda, powstała blizna okrężna może przeszkadzać bardzo późniejszym porodom i dlatego ta operacya byłaby najwięcej na miejscu już po latach przechodowych. Podobnie działa Schröderowskie wycinanie błony śluzowej, które można wykonać na jednej lub obydwóch wargach, a które również usuwa uciążliwe objawy nadżerek lub przerostu części pochwowej. Nie należy dalej zapominać o operacyi Emmeta i trachelorafii Sängera, operacyach, które powinnyby zmierzać właściwie tylko do zamknięcia dawnych wrębów w części pochwowej, gdyż wpływ ich na samo schorzenie macicy nie posiada chyba takiej doniosłości, jak dawniej mniemano. Należy jeszcze wspomnieć o *endometrectomia vaginalis* Dürssena, której doniosłość nie da się jeszcze dzisiaj przewidzieć; można jej jednakże próbować z pełnem prawem w tych przypadkach, w których wyżej opisane zabiegi operacyjne zawiodły i w których musimy się uciekać do trzebienia lub wyjęcia całkowitego macicy. Wspomnieć jeszcze wypada o najprostszym krwawym zabiegu, to jest skaryfikacyi; wyniki jednak tego zabiegu są zbyt małe, ażeby go wymieniać na równi z innymi.

Przypatrzmy się teraz zabiegom bezkrwawym i to w odwrotnym porządku ze względu na ich znaczenie, zaczynając od naparzania *(vaporisatio)*, tak zachwalanego przez Pincusa. Zabieg ten uważam za bezcelowy, a tem samem zupełnie zbyteczny, chcąc bowiem czy to częściowo, czy też zupełnie zniszczyć błonę śluzową rozporządzamy bardzo wielką ilością środków, wygodniej i pewniej prowadzących do tego celu. Również i elektryczna metoda Apostolego nie wielu zjednała sobie zwolenników, ponieważ nie działa pewnie, aczkolwiek nie można jej z góry odmawiać stanowczo pewnej przyszłości. O ciągłych irygacyach według Baumgärtnera da się, przynajmniej jak na teraz, to samo powiedzieć. O wiele ważniejszem jest międsienie, którego głównym zwolennikiem jest Ziegenspeck; jednakże nadaje się ono raczej do leczenia następowego, niż do właściwego leczniczego postępowania, i w tych przypadkach ma wielką wartość i daje dobre wyniki. W Ameryce cieszy się wielkiem wzięciem Robimnizacya pochwy z równoczesnem stosowaniem środków leczniczych; u nas również chwytano się w ostatnim czasie niejednokrotnie tego sposobu, a sprawozdania z jego wyników brzmią dosyć pomyślnie.

Wiele sporów toczy się o wstrzykiwania wśródmaciczne, dokonywane zapomocą strzykawki Brauna lub Hoffmanna; słusznie zauważa Döderlein, „że pozorna łatwość wykonania nie stoi w żadnym stosunku do niebezpieczeństwa, połączonego z tym zabiegiem“. Z jednej strony kolka maciczna, powstająca w pewnej liczbie przypadków, z drugiej zaś możność przedostania się żrącej cieczy do jamy otrzewnowej są tak ważnymi zarzutami przeciw temu sposobowi, że lepiej byłoby zupełnie go zaniechać.

Naczelne miejsce pomiędzy bezkrwawymi zabiegami zajmuje przyżeganie. Pomijając ciała stałe, jak sztyfcik Dumontpalliera, proszki i maści, które nie uzyskały prawa obywatelstwa, posiadamy mnóstwo przetworów chemicznych, które stosujemy w różnych zgęszczeniach, bądź to jako słabe roztwory do przestrzykiwań pochwy, bądź też w silniejszych żrących roztworach do jamy macicy. Przestrzykiwanie pochwy jest mojem zdaniem zawsze na miejscu, zarówno w tych przypadkach, w których cierpienie ogranicza się tylko do szyi, jak i w tych, gdzie zajmuje całą macicę; przestrzykiwania gorące ze środków rozpuszczających śluz i lekko ściągających, jak 3—4% roztwór sody i soli kuchennej, przeszkadzają zaleganiu i rozkładowi wydzieliny w pochwie i zapaleniu szpary sromowej, oczyszczają szyjkę i pobudzają macicę do skurczów; tego ich działania nie można lekceważyć.

Ze środków, używanych do przyżegania w jamie macicy, najulubieńszymi są nalewka jodowa, wyskok z kwasem karbolowym, formalina, a przedewszystkiem chlorek cynku w rozmaitych stopniach zgęszczenia. Oczywiście jest w użyciu jeszcze mnóstwo innych środków przeciwgnilnych i żrących, których wyliczać nie widzę potrzeby. Menge jest gorącym zwolennikiem formaliny 25%, przeciwnie Sänger i jego szkoła skłania się do 50% chlorku cynku. Ja sam używałem zbyt mało formaliny, ażeby ocenić należycie jej wartość; co do chlorku cynku podzielam bez zastrzeżeń zdanie Sängera, który chwali chlorek cynku jako idealny środek żrący. Mniej mnie zadowalniają amerykańskie laseczki srebrne Sängera, przy których używaniu zdarzył mi się raz nie miły wypadek, opisany w swoim czasie w „Nowinach lekarskich“. Lepszym wydaje mi się zgłębnik Playfaira, którym zawsze można sobie poradzić. Menge zaleca laseczki do przyżegania z kauczuku, inni z drzewa; jak o łyżeczce, tak i o tem sądzę, że nie przyrząd, ale delikatna i wyćwiczona ręka jest rzeczą główną. Za najlepsze żegadło do przyżegania szyi uważam termokauter, który jest zupełnie aseptyczny, ponieważ nie działa chemicznie. Od 2-ch lat używam go przy nadżerkach i przeroście części pochwowej i otrzymuję znakomite wyniki, które stwierdziłem już w 62 przezemnie spostrzeganych przypadkach. Jeżeli część pochwowa jest przerosła, popękana, okryta nadżerkami i tzw. *ovula Nabothi*, wargi wywinięte, a kanał szyi dostatecznie szeroki, wtedy wprowadzam szerokie proste żegadło Paquelina, po poprzedniem odrażeniu pochwy, do szyi aż do ujścia wewnętrznego, i to kilkakrotnie, trzymając się przeważnie ścian bocznych, gdzie błona śluzowa jest silniej pofałdowaną. Później wypala się dokładnie szczeliny i wręby ujścia zewnętrznego, a nadżerki na części pochwowej tylko całkiem powierzchownie i lekko. Przeciwwskazań jak i przy łyżeczkowaniu niema tu żadnych; chora nie potrzebuje leżeć w łóżku i cały ten zabieg można wykonywać u chorych przychodnich, ponieważ nie jest bolesny i nie sprowadza żadnych złych następstw. Niszczy się przytem błonę śluzową równie dokładnie, jak przy łyżeczkowaniu, aż do przewodów gruczołowych, idących w głąb warstwy mięsnej; z tych ostatnich odradza się błona śluzowa w ten sam spo-

sób, jak błona śluzowa macicy po wyskrobaniu. Leczenie następowe polega z początku na przestrzykiwaniu pochwy trzy razy dziennie 3% roztworem soli kuchennej i sody, później zaś wprowadza się chorej co trzy dni zgłębnik, ażeby zapobiedz możliwemu zwężeniu szyi, poczem zakłada się przed ujście zewnętrzne duży wacik (tampon) nasycony 3% wazogenem jodoformowym Pearsona. Wskutek rozkładu jodoformu i osuszenia tkanek przez wazogen, silnie chłonący wodę, działają te tampony nie tylko przeciwgnilnie, ale także zmniejszają zmiany zapalne i wywołują skurcze macicy tak, iż stawiam je znacznie wyżej od zwykle używanych wacików z gliceryną. W przeciągu 3—4 tygodni oddziela się strup zupełnie, szyja pokrywa się świeżą błoną śluzową, a w miejsce przybłonka wałeczkowego na części pochwowej tworzy się silny płaski przybłonek. Największe znaczenie jednak ma szybkie zwijanie się macicy, następujące po tym zabiegu; macice, których jama przed wypaleniem mierzyła 10 ctm. długości, po kilku tygodniach skracają się do 7—8 cm. Przez pierwsze ośm dni po zabiegu wydziela macica ciecz śluzowo-ropną tak obficie, jak podczas zwijania się po wczesnem poronieniu. Tłómaczę to w ten sposób, że strup powstały w szyi przez przyżeganie, działa na macicę jak ciało obce i pobudza ją do skurczów, skutkiem których przerosłe tkanki zwolna muszą zanikać. Równocześnie przerosła błona śluzowa ulega przekształceniu wskutek niedokrwności, wywołanej skurczami macicy. Gdy strup całkiem odpadł, a szyja pokryła się świeżą błoną śluzową, ustaje i zadrażnienie, a z niem wydzielina śluzowo-krwawa. Pozzi, Fehling i inni zwalczają termokauter, jako środek do przyżegania części pochwowej, obawiając się blizn i zwężenia, które mogłyby być szkodliwe przy późniejszych porodach; jednakże po przyżeganiu błony śluzowej w szyjce nie powstaje wcale blizna, lecz świeża błona śluzowa, ten zarzut zatem upada; natomiast na zewnętrznej powierzchni części pochwowej należy przyżegać tylko powierzchownie, ponieważ właśnie tu, gdzie tkanka łączna przeważa, łatwo mogłyby powstawać stwardnienia, blizny, a w przyszłości przeszkody porodowe.

Na podstawie wyników, otrzymanych w moich 62 przypadkach, twierdzę, że termokauter, jako środek przyżegający do kanału szyi, posiada wszystkie zalety, których Sänger wymaga od środków żrących wogóle; środki chemiczne są pod każdym względem gorsze. Jeżeli się nadto uwzględni silne zwijanie się macicy wskutek przyżegania termokauterem, to musimy uznać go bezsprzecznie za najlepszy środek przyżegający. Same nawet chore umieją ocenić wartość tego zabiegu; w krótki czas po operacyi milkną zwykle skargi na upławy, uciążliwą ciężkość i bóle w podbrzuszu. Stan ogólny również szybko się poprawia. Łaknienie poprawia się, stolec staje się regularniejszy, niedokrewność ustępuje, chore nabierają świeższej i zdrowszej cery i same zaznaczają, że ich stan ogólny znacznie się poprawił, a ruch już nie męczy. Natomiast nie widziałem u osób tak leczonych żadnych przeszkód przy porodzie, jakkolwiek już u 7 z nich miałem sposobność przeprowadzać poród. Ujście rozwierało się zawsze prawidłowo, część pochwowa zanikała z łatwością i w żadnym przypadku nie zdarzył się krwotok.

Wypalanie szyi termokauterem najlepiej wykonać w krótki czas po ukończeniu regularności; jeżeli bowiem podczas leczenia pooperacyjnego wystąpi regularność, to krwawienia mogą być z powodu zranień w szyi dosyć obfite lub bolesne; w tych przypadkach oddawała mi dość dobre usługi styptycyna Mercka, której podawanie (3 × 0·1 dziennie), albo zmniejszało znacznie krwotoki, lub zupełnie je usuwało.

W tych przypadkach, w którychby po zabiegu macica jeszcze nie zwinęła się dokładnie, działają, jako leczenie następowe, bardzo dobrze kąpiele, naprzemian w szczawach i borowinie, do czego nadają się n. p. Franzensbad lub Cudowa na Szląsku; mięsienie połączone z temi kąpielami może dać dobre wyniki i przyczynić się ze swej strony do postępu zwijania się macicy.

III. **Z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.**

Periarteriitis nodosa.

Własny przypadek w połączeniu ze sprawozdaniem z pracy Kahldena

podał

Dr. Józef Krzyszkowski,

asystent Zakładu.

(Ciąg dalszy).

Streszczając wszystkie owe opisy widzimy, że: choroba występowała nagle wśród objawów zakażenia, dotyczyła osobników różnego wieku i płci, cechowała się ogólnem osłabieniem, zmianami w czuciu, bólami krzyżów i obu podżebrzy, a wywoływała cherę bledniczą. W przypadku Kussmaul-Maiera już za życia można było wyczuć guzki na klatce piersiowej i brzuchu, a według Kahldena, gdyby na to zwrócono uwagę, wyczuto by je i na mięśniach języka. Niestosunek stały tętna do ciepłoty zauważył Kussmaul-Maier, a Kahlden podnosił go, jako bardzo znamienny objaw kliniczny.

W obu przypadkach Kahldena kiła była z całą stanowczością wykluczoną; w przypadku Maiera, jakkolwiek zakażenie kiłowe było stwierdzone, jednak autor do niego żadnej wagi nie przywiązuje; w reszcie zaś przypadków nic nie przemawiało, ani za — ani przeciw.

We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem ostatniego przypadku Kahldena, rozwinęły się w mniejszym lub większym stopniu tętniakowate rozszerzenia naczyń; usadowienie guzków odpowiadało zwykle rozgałęzieniom naczyń. Zmiany rozrostowe dotyczyły zawsze wszystkich tętnic, z wyjątkiem tętnic mózgowo-rdzeniowych i mięśni twarzy.

W przypadku moim zmiany te odnoszą się li tylko do tętnic wieńcowych serca, które też uległy nieznacznemu tętniakowatemu rozszerzeniu. Obraz drobnowidowy rozszerzonego naczynia wieńcowego wybitnie się różni od zmian cieniutkich gałązek bocznych, dostrzegalnych gołem okiem jako guzki przyściennie ułożone i od jednego większego guzka, ułożonego na widełkowatem rozszerzeniu samego naczynia.

A) Guzek wielkości ziarnka maku jest drobnem naczyniem; okazuje on następujące wybitne właściwości.

Światło dość szerokie, wolne, lub wiotkim nieprzylegającym skrzepem krwi wypełnione. Warstwa, odpowiadająca

śródbłonkowi, jednostajnie zgrubiała: zgrubienie to wynosi mniej więcej jedną trzecią promienia światła tego naczynia, a składa się z wybujałych komórek śródbłonkowych. Kształt ich różny: są to komórki nieco większe od ciałek białych o dużem silnie, lub o dużem słabo się barwiącem jądrze i paru jąderkach, — bądź też są wązkie, wrzecionowate, o odpowiedniem jądrze. W wielu miejscach ustawiają się te wązkie wrzecionowate komórki prostopadle do obwodu tak, że wypustki ich tu i ówdzie sterczą niejako do światła naczynia. Komórki te leżą bardzo luźnie; przemawia za tem to, że spotykałem je często w świetle naczynia, a nawet w środku skrzepu krwi. Znaczną część tej wybujałej warstwy stanowią liczne jedno — i wielojądrzaste leukocyty, rozłożone dość równomiernie wśród komórek śródbłonkowych i siatkowatego podścieliska. Typowych komórek z licznemi wypustkami, tak jak je widział Kahlden, nie zauważyłem; najwyżej mógłbym się ich obecności domyślać po bardzo nielicznych jądrach kształtu gwiazdkowatego.

Po za tą wybujałą warstwą widać zygzakowato przebiegającą warstwę sprężystą. Błona ta łamie silnie światło i barwi się dobrze wszystkimi, barwiącymi protoplazmę barwikami. Ciągłość jej jest zaledwie tu i ówdzie naruszoną, a w owej przerwie i w najbliższem jej otoczeniu widać zwykle parę leukocytów i pęczek włókienek bezpostaciowych, dających sposobem Weigerta odczyn włóknika. Pęczek ten rozchodzi się miotełkowato po obu stronach błony sprężystej i jest zwykle większym po stronie śródbłonka.

Idąc dalej na zewnątrz spotykamy parę spółśrodkowych warstw komórek mięśni gładkich, dobrze zaznaczonych: jądra wielu barwią się sposobem Weigerta bardzo silnie (hyperchromatosis); między pojedynczemi komórkami tu i ówdzie leukocyty. W miejscach, odpowiadających przerwie błony sprężystej, komórki mięsne niewyraźne. Pomiędzy niemi a właściwą błoną zewnętrzną, zaznaczoną bardzo silnie z powodu włókien tkanki łącznej, znajduje się znacznie rozszerzona przestrzeń Virchow-Robina, mniej więcej dwa razy tak szeroka, jak zgrubiała warstwa wybujałego śródbłonka. Wiotkie jej utkanie składa się z komórek podobnych do spotykanych w warstwie śródbłonkowej a mianowicie: z komórek drobnych o jądrach, barwiących się jasno lub ciemno, o obrysach protoplazmy niewyraźnych, z dość licznych jedno — i wielojądrzastych leukocytów, i z bardzo nielicznych dużych komórek o wyraźnych obrysach, a jądrze dużem, jasno się barwiącem, często eliptycznem; typowych komórek z wypustkami nigdzie nie zauważyłem. Wśród tego wiotkiego utkania porozrzucane komórki mięśni gładkich: obrysy protoplazmy tych komórek niewyraźne, jądra wszędzie jeszcze dobrze zaznaczone.

Błona zewnętrzna tętnicy cała jest na znacznej przestrzeni naciekła drobnemi jedno — lub wielojądrzastemi komóreczkami (leukocytami). Naciek ten jest od strony przylegającej do naczynia głównego znaczniejszy. Oprócz tych komórek znajdujemy tu też nieliczne komórki o jądrach jasnych, okrągłych lub eliptycznie wydłużonych. Wszystkie te komórki leżą w oczkach tkanki łącznej, ku środkowi naczynia zbitszej. Naciek cały rozlewa się dość daleko na tkankę otaczającą; naczynia włosowate w nim położone są rozszerzone, a śródbłonki ich znacznie obrzękłe sterczą ku światłu.

B) Zmiany, znalezione w owym większym guzku, dotyczącym widełkowatego rozgałęzienia grubszego naczynia, noszą cechę zmian nieco starszych i obejmują w równym stopniu główny pień tętnicy i oba jej rozgałęzienia.

Warstwa śródbłonkowa tak jak w guzku małym A), zgrubiała. Zgrubienie to, powstałe głównie z wybujałych komórek śródbłonka, tworzą komórki o niewyraźnych obrysach, jądrze dobrze zaznaczonem, ciemno zabarwionem i paru jąderkach. Ustawienie tych komórek wskazuje tu już pewne zszeregowanie: leżą one pomiędzy licznemi prostopadle ustawionemi, dość wielkiemi, wrzecionowatemi komórkami; wypustki ich, jak w poprzednim przypadku, sterczą do światła naczynia. W części wewnętrznej tej wybujałej warstwy widać dość duże komórki, kształtu nieregularnego, jakby z wypustkami; jądra ich barwią się wyraźnie, ciemno. Leukocytów lub podobnych do nich komórek stosunkowo znacznie mniej, niż w guzku poprzednim; w miejscach, gdzie przerwana jest ciągłość błony sprężystej, nagromadzenie ich jest obfitsze.

Błona sprężysta w tym guzku jest na większych przestrzeniach albo całkiem niewidoczna, albo przy przebarwieniu preparatu fuchsyną widać tylko jej szczątki rozrzucone pośród wybujałych komórek; w wielu miejscach i to na większych przestrzeniach jest ona znów dobrze zachowaną.

Błona średnia naczynia wraz z przestrzenią Virchow-Robina jest w całości jednostajnie naciekiem zajęta. Naciek składa się z komórek nieco wydłużonych, o jądrach barwiących się ciemno lub jasno, o wejrzeniu często pęcherzykowatem, oraz z licznych drobnych krągłych komórek, podobnych do leukocytów. Utkanie tej warstwy jak i warstwy śródbłonkowej jest znacznie zbitsze, niż w guzku małym. Warstwa mięsna nigdzie nie jest tak dobrze widoczną i dobrze utrzymaną W wielu miejscach komórki mięsne są wprawdzie widoczne, ale też i w wielu miejscach, i to zwłaszcza odpowiadających przerwom błony sprężystej, niema z nich ani śladu; — tu przechodzi naciek jednolicie od wybujałych śródbłonków, aż do błony zewnętrznej naczynia.

Sama ta błona bardzo wyraźnie zarysowana wskutek licznych włókien tkanki łącznej, tworzących prawie jednolity pierścień; im dalej ku obwodowi, tem staje się ona wiotszą, a w okach tej tkanki łącznej znajdują się liczne komóreczki o jednem i paru ciemno zabarwionych jądrach (leukocyty), dość liczne wydłużone komórki przybłonkowate, dalej komórki o charakterze niewyraźnym — i bardzo liczne dość duże krągłe protoplazmatyczne komórki (limfocyty), o małem krągłem jądrze.

Im bardziej ku obwodowi, tem tych ostatnich komórek więcej tak, że sięgają one jeszcze daleko w tkankę tłuszczową osierdziową, po za sam właściwy naciek. Mięsień sercowy ani właściwym naciekiem, ani niemi nie jest zajęty.

(Dokończenie nastąpi).

IV. **Wyciągi.**

Lorenz: **Leczenie padaczki sposobem Flechsiga.** *(Wiener klin. Wochs.*, 1899, Nr. 2). Pierwotny przepis Flechsiga brzmi: Leczenie rozpoczyna się od małych dawek wyciągu makowca (0·03 *pro die)*, poczem zwolna podnosi się dawkę aż do 1·0 *pro die* (0·25—0·35 *pro dosi)*, a nawet wyżej; po 6 tygodniach usuwa się nagle makowiec i podaje natych-

miast brom w dużych dawkach (około 7·5 *pro die)* przez dwa miesiące, a w końcu stopniowo obniża dawkę bromu do 2·0 na dzień. L. stósował sposób Flechsiga u 40 padaczkowych w zakładzie obłąkanych w Ybbs, o tyle dawki zmieniając, że rozpoczynał od 0·09 i po 4 tygodniach dochodził do 1·0 na dzień; tę ostatnią dawkę podawał przez dalsze 2 tygodnie, przez cały więc czas leczenia makowcowego zużywali chorzy po 29·0 *opium purum*, poczem bezpośrednio otrzymywali po 8·0 bromu dziennie w postaci mięszanki Erlenmeyerowskiej przez dni 30; następnie przez $6^1/_2$ miesiąca dostawali po 6·0 bromu dziennie, w końcu obniżano dawkę na 4·0 bromu *pro die*. Wyniki sposobu Flechsiga nie były u chorych L. zbyt zachęcające; u wielu chorych w ciągu leczenia makowcem pojawiały się groźne przypadłości, między innymi u 4 tak ciężki zapad, że leczenie natychmiast przerwać musiano. Nieżyt jelit i biegunka pojawiły się u innych 4 chorych, uporczywe zaparcie stolca u 6. W okresie leczenia bromem stan ogólny chorych był korzystniejszy. Tylko u 5 chorych pojawiły się z początku lekkie oznaki głodu makowcowego, które same z siebie wkrótce minęły. Zatrucie bromowe wystąpiło u 2 chorych, lecz znikło wkrótce dzięki zmniejszeniu dawki. Dwóch chorych zmarło w czasie leczenia z gruźlicy płuc, 2 innych z zapalenia płuc, 2 wreszcie zginęło w czasie *status epilepticus*. Co do właściwych wyników leczenia, to i te nie wypadły zbyt pomyślnie: w większości przypadków ilość napadów pozostała bez zmiany; w okresie leczenia makowcem zwiększyła się u 13, zmniejszyła w 4 przypadkach, tylko jedna chora nie dostawała w tym czasie napadów (zresztą i przed leczeniem rzadkich). Podobnież i stan umysłowy u większości chorych się nie zmienił, u 11 pogorszył, a tylko u jednego polepszył. Po usunięciu makowca znikły napady u 19 chorych, i to u 13 na czas 2 tygodni do 2 miesięcy, u reszty na 2 do 5 miesięcy; potem pojawiły się znowu z tą samą częstością, co przed leczeniem, u 3 chorych nawet częściej; u 11 nieco — przez czas krótki — rzadziej, które to nieznaczne polepszenie było tylko przelotne. W końcu po ukończeniu całego leczenia (przeszło rok trwającego) stały się napady trochę rzadsze u 4 chorych. Stan umysłowy chorych w końcu nie był lepszy, w jednym przypadku nawet gorszy. Wogóle sposób Flechsiga nie ma, zdaniem L., żadnej wyższości nad używanem dotąd leczeniem, a jest o tyle gorszy, że daje powód do niemiłych objawów ubocznych, zauważonych już przez kilku badaczy. *C.*

Rohrmann: **Leczenie padaczki zapomocą bromaliny.** *(Monatsschr. f. Psych. u. Neur.*, 1898. XII). Leczenie objawowe padaczki zasadza się, jak wiadomo, głównie na podawaniu soli bromowych, lub na podawaniu przetworów bromu i makowca. Dotychczas używane sole bromowe wywołują jednakże łatwo objawy bromicy *(bromismus)*. Ponieważ okazało się, że objawom tym można poniekąd zapobiedz przez podawanie równocześnie z solami bromowemi betanaftolu i salicylanu bizmutowego, przeto próbowano wytworzyć stały związek soli bromowych z podobnymi środkami przeciwgnilnymi. Związek taki, brometylforminę, wprowadzono niedawno w użycie pod nazwą bromaliny, która zawiera mniej więcej połowę tej ilości bromu, jaka znajduje się w bromku sodowym, a więc powinna być podawana w dawkach dwukrotnie wyższych, niż ten środek. Autor próbował bromaliny ze skutkiem pomyślnym, ale przejściowym; nie wywoławszy jednak bromicy, zamierza odtąd używać większych dawek, po których spodziewa się trwalszego skutku. W 3 przypadkach działała bromalina lepiej, niż bromek potasowy; w kilku zaś przypadkach zniknęły przy jej podawaniu objawy bromicy, wywołanej przez poprzednie podawanie bromku potasowego. Na serce i nerki nie wywiera bromalina szkodliwego wpływu. Niewygodną jest tylko wielka objętość leku, podawanego w proszkach, gdyż dorosłym należy podawać proszki najmniej dwugramowe, po 2—4, a nawet więcej, na dzień. Dzieciom podaje się 10% roztwór wodny z dodatkiem jakiegokolwiek syropu, po 1—2 łyżeczek dziennie. *Z.*

Prof. Baginski: **Zapalenie osierdzia w wieku dziecięcym**. *(Kl. therapeut. Wochenschrift*, Nr. 47, 1898). Zapalenie osierdzia u dzieci nie należy, jak to dotychczas mylnie sądzono, do rzadkości. Autor miał sposobność obserwować aż 64 przypadków, z których 24 przebiegało na tle gośćcowem, reszta zaś była bądź to przyrody gruźliczej, bądź też miała za podstawę rozmaite choroby zakaźne. Postacie zapalenia osierdzia u dzieci są te same, co i u dorosłych. Rozpoznanie zapalenia osierdzia napotyka na większe trudności. Objawy bowiem, wyrokujące u dorosłych o rozpoznaniu, jak charakterystyczny kształt obrazu stłumienia i zmienność jego przy zmianie położenia chorego, są u dzieci mniej wybitne, a to z powodu innego nieco ustawienia serca u dzieci i mniejszej jego poruszalności. Omówiwszy postać surowiczą, ropną i gruźliczą zapalenia osierdzia, poświęca autor więcej czasu zapaleniu osierdzia, tak często towarzyszącemu zapaleniu gośćcowemu stawów i nie dziw, bo ta postać budzi u klinicysty z wielu względów najwięcej zajęcia. Tak dzielne leki u dorosłych, jak przetwory salicylowe, tutaj zwykle zawodzą, a zrosty blaszek osierdzia, jako następstwo rzadko niestety, szczęśliwie przebytego zapalenia osierdzia, prowadzą w czasie dojrzewania płciowego do wyczerpania się sprawności mięśnia sercowego. Prof. Baginski gorąco poleca stósować wtedy leki nasercowe, przy równoczesnem podawaniu diuretyny. *Dr. Majewicz.*

Dr. Breuer: **Nowa metoda leczenia spodziectwa żołędzi sposobem Bardenheuera**. *(Ctrbl. f. Chir.*, 1898, Nr. 44). Trudna i mozolna jest dawna metoda Thierscha, mająca na celu usunięcie tej wrodzonej wady. To spowodowało, że Argento i Beck obmyślili inne łatwiejsze i prędzej do celu prowadzące zabiegi. Skombinowawszy oba, stworzył Bardenheuer operacyę nową, która w wykonaniu tak się przedstawia: Począwszy od nienormalnego ujścia cewki, idąc ku tyłowi, obłuźnia ją zupełnie z otoczenia, oczywiście po poprzedniem nacięciu skóry na dolnej powierzchni prącia i uskutecznia to mniej więcej na przestrzeni, wynoszącej połowę długości części obwisającej prącia. Po ukończeniu tej części operacyi, przebija odpowiednio grubym trójgrańcem żołądź, w jej osi długiej, poczynając na szczycie żołędzi i wykłówając narzędzie w okolicy dawniejszego ujścia cewki. Przez ten, świeżo wytworzony kanał, przeciąga uruchomioną cewkę i koniec jej obwodowy przyszywa kilkoma szwami na szczycie żołędzi. Kilka szwów u podstawy żołędzi, które równocześnie zachwytują ściany cewki i tkanki otaczające, zapobiegają nadmiernemu napięciu szwów na szczycie żołędzi. W końcu zeszywa cięcie skórne na dolnej powierzchni prącia. Zwykle już po 14 dniach sprawa cała się wygaja. *Herman.*

(Prawie równocześnie i zupełnie niezależnie na tę samą myśl wpadł v. Hacker, i metodę tę opisał w *Beitr. zur klin. Chirurgie XXII. 1.* Przyp. sprawozdawcy).

Dr. Nemzer: **Albumozurya (tak zw. peptonurya) w płonicy.** *(Bolniczn. Gazeta Botkina*, Nr. 49, 1898 r.). Gdy Frerichs pierwszy w r. 1861 wykrył w moczu ciało podobne do peptonu, badania w tym kierunku szybko posuwały się naprzód i rozmaici autorowie wykazali obecność tego ciała, czyli, jak powszechnie wtedy przypuszczano, peptonu, w najrozmaitszych cierpieniach ustroju ludzkiego. Dopiero przed 15 laty Kühne dowiódł, że ciało to nie jest peptonem, lecz propeptonem czyli albumozą, Wenz zaś podał sposób oddzielenia albumozy od peptonu, a wtedy okazało się, że z peptonuryą właściwą mamy do czynienia tylko w wyjątkowych razach, wobec czego Stadelmann zaproponował dla oznaczenia tego objawu nazwę albumozurya. Pomimo powstania różnych sposobów dla wykazania obecności albumozy w moczu i pomimo dość szczegółowych badań w tym kierunku, w nauce dotychczas istnieją sprzeczne poglądy co do występowania tego objawu w różnych cierpieniach i co do jego klinicznego znaczenia; ta właśnie okoliczność skłoniła autora do badań celem rozstrzygnięcia znaczenia albumozuryi w płonicy. Badania swoje przeprowadził

autor na 17 chorych w wieku 10—20 lat, używając do wykazania albumozy w moczu metody Salkowskiego. Ostateczne wyniki tych badań są następujące: 1) Ślad albumozy w moczu chorych na płonicę występuje b. często, w większej natomiast ilości zjawia się ona rzadko. 2) Białkomocz w płonicy nie zawsze łączy się z albumozurya i odwrotnie. 3) Bardzo wybitna albumozurya wystąpiła tylko w 3 przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc: albumoza w moczu zjawiała się na 3—4 dzień po wystąpieniu objawów zapalenia płuc i znikała wraz z ustąpieniem gorączki; prócz tego dość wybitna albumozurya wystąpiła przy powikłaniu z ropnem zapaleniem ucha wewnętrznego i przy ropieniu gruczołów chłonnych. 4) Pojawienie się albumozy w moczu nie stoi w związku z ciężkością sprawy chorobowej: przy ciężkiej płonicy może albumozy w moczu brakować i odwrotnie. 5) Albumozurya nie posiada żadnego znaczenia rozpoznawczego dla płonicy, co najwyżej może zwrócić naszą uwagę na wikłające zapalenie płuc. 6) Albumozurya, przynajmniej przy płonicy, wbrew twierdzeniu Schultersa, nie pozostaje w żadnej zależności od ciepłoty ciała. *Gliński.*

Richter (70-ty Zjazd niemieckich przyrodników i lekarzy Düsseldorf, 1898): **O obrzęku więzadeł nalewkowo-nagłośniowych w zwłokach osób utopionych** *(Zts. f. Medicinalbeamte*, 1898, 12). Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy znajdowany w zwłokach osób utopionych obrzęk więzadeł nalewkowo-nagłośniowych jest objawem powstałym za życia, czy po śmierci, a tem samem, czy można mu przypisać rozpoznawcze znaczenie dla śmierci z utonięcia, przystąpił autor do szeregu doświadczeń tak na zwłokach dzieci, jak i na wyciętych krtaniach. Zwłoki dzieci, u których poprzednio zbadano dokładnie stan wspomnianych więzadeł zapomocą wziernika, umieszczano w wodzie głową na dół zwróconą, naśladując w ten sposób naturalne ułożenie zwłok w wodzie. Po krótszym lub dłuższym czasie wyjmowano zwłoki, badano znowu wziernikiem stan więzadeł, stwierdzając w końcu wynik badania wziernikowego sekcyą. Na 18 badanych w ten sposób przypadków, znaleziono w 8 a więc w 44·4% wyraźny obrzęk więzadeł. Na 77 badanych wyciętych krtani znaleziono w 34 a więc w 44·1% obrzęk więzadeł nalewkowo-nagłośniowych. Na mocy tych wyników dochodzi Richter do wniosku, że obrzęk więzadeł jest objawem pośmiertnym, który powstaje w następstwie napęcznienia i przesiąknięcia płynem błony śluzowej; objaw ten zatem nie może rozstrzygać pytania, czy człowiek dostał się do wody za życia, czy też po śmierci. *Horoszkiewicz.*

Joffe: **Przyczynek do sprawy stosowania 2% roztworu dwuwęglanu sodowego przy ropieniach.** *(Wracz*, Nr. 43, 1898). Reitz: **Przyczynek do leczenia ropienia metodą Georgiewskiego.** *(Bolnicznaja Gazeta Botkina*, Nr. 38, 1898)[1]. Przed 2 niespełna laty Dr. Georgiewskij zalecił stósowanie w ropieniach okładów wysychających z 2% roztworem sody. Celem wypróbowania tej metody autorowie stósowali ją w wielu przypadkach zastrzału, dymienic, czyraków, nacieków ropnych i t. p., a wyniki wprost przewyższyły ich oczekiwania: nazajutrz po zastósowaniu opatrunku sodowego, ropa znikała, objawy zapalne ustępowały, a sprawa gojenia postępowała tak szybko, jak przy żadnym innym opatrunku przeciwgnilnym; jedynym warunkiem skutecznego działania było istnienie naturalnego, powstałego przez przebicie ropą otworu, lub też sztuczne nacięcie (nawet niezbyt wielkie), by soda miała wolny dostęp do ropiejącej tkanki; opatrunki zmieniać należy codziennie.

Metoda ta, zdaniem Joffego, czyni zbytecznem zakładanie drenów, działa nadzwyczaj szybko, zmniejsza znacznie dolegliwości chorego, znosi przykrą woń, jest b. prostą do zastósowania i wreszcie odznacza się wielką taniością, gdyż jeden i ten sam opatrunek można stósować kilkakrotnie. Czemu przypisać tę nadzwyczajną skuteczność dwuwęglanu sodowego, autorowie nie rozstrzygają: być może, że mamy tutaj do czynienia ze wzmożeniem zasadowości krwi i przez to ze zwiększeniem bakteryobójczych jej własności; lecz być jednak może, że skuteczność ta polega na ujemnych chemotaktycznych własnościach dwuwęglanu sodowego, co rzeczywiście stwierdził Podwysocki, lecz tylko przy użyciu 10% roztworu. *Dr. Gliński.*

Spanbock A. i Steinhaus J. (z Warszawy): **Zbieg niewidzenia połowiczego obuskroniowego** *(hemianopsia bitemporalis)* **i moczówki prostej** *(diabetes insipidus). (Deutsche med. Wochenschrift* 1898, Nr. 52). W niektórych podręcznikach chorób ocznych spotyka się zdanie, że niewidzenie połowicze skroniowe różnoimienne wikła się nieraz z moczówką prostą. Zdawałoby się więc, że zmiana, wywołująca niewidzenie połowicze skroniowe różnoimienne, łatwo zająć może także to miejsce, którego uszkodzenie sprowadza nadmierne chorobowe pragnienie i nadmierne moczenie *(polydipsia i polyuria)*, tembardziej, że na 50 przypadków niewidzenia połowiczego skroniowego w 11 zdarzyło się nadmierne wydzielanie moczu.

Tak jednak nie jest. Niewidzenie owo następuje wskutek zmian w okolicy skrzyżowania nn. wzrokowych, a więc wskutek zmian, usadowionych w miejscu ściśle ograniczonem; przyczyna zaś moczówki prostej ma swą siedzibę na dnie czwartej komórki lub też w rdzeniu przedłużonym. Miejsca te są tak od siebie oddalone, że jedno i to samo ognisko chorobowe z trudnością może być przyczyną obu chorób; a zbieg ich jest rzeczą przypadkową i w ogóle rzadką. Autorowie poddają krytyce wszystkie przypadki zbiegu obu tych chorób i przychodzą do przekonania, że oprócz jednego wszystkie inne są wątpliwe. Do tego jedynego zupełnie czystego przypadku Davida zbiegu moczówki prostej z rzeczonem niewidzeniem dodają własny nowy przypadek. Przypadek ten polegał na zakażeniu kiłowem; wskutek leczenia swoistego ustąpiła zupełnie tak jedna, jak i druga choroba w miarę tego, jak zmiany kiłowe, usadowione w odpowiednich miejscach, uległy wessaniu. Posłużyć on też może za dowód, że niewidzenie połowicze obuskroniowe i moczówka prosta nie zostają w żadnym ze sobą związku i że zbieg ich u jednego i tego samego osobnika jest zwykłym przypadkiem. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Burwinkel: **Kliniczne spostrzeżenia nad wrzodem dziurawiącym dwunastnicy**. *(Deutsche med. Wochenschrift* 1898, Nr. 52). Mimo, że cierpienie to posiada obfitą ilość spostrzeżeń anatomo-patologicznych, pod względem klinicznym mało jest zbadane. Przyczynia się do tego nadzwyczajna trudność w rozpoznaniu wrzodu dwunastnicy w większości przypadków. Rozpoznanie różniczkowe podług Leubego i Ewalda jest prawie niemożliwe. Tem też większe znaczenie mają przypadki przedstawiające tak wybitne objawy chorobowe, że rozpoznanie wrzodu dwunastnicy można zrobić już za życia. Autor spostrzegał 5 przypadków tej choroby, w których można było z całą pewnością rozpoznać wrzód dwunastnicy na mocy objawów klinicznych. W żadnym jednak z tych przypadków nie przyszło do zejścia, ani do operacyi, więc też rozpoznanie nie mogło być poparte przez autopsyę. W końcu zbiera i omawia autor szereg objawów znamiennych dla wrzodu dwunastnicy jak: czarny (krwawy) stolec (melaena), zwyczajnie bez wymiotów krwawych; usadowienie bólów w blizkości pępka, a brak znamiennych dla wrzodu żołądka bólów, promieniujących ku grzbietowi; występowanie bólów dopiero w 2 do 3 godzin po jedzeniu; objawy niestrawności, zaostrzające się okresowo, równocześnie zachowanie się żołądka względnie mało zmienione; chorzy mimo znacznych krwotoków, przychodzą szybko do siebie; żółtaczka może zupełnie się nie pojawiać, jeżeli nie jest zajęta okolica ujścia przewodu żółciowego; o wiele częściej zapadają na wrzód dwunastnicy mężczyźni, niż kobiety. Rokowanie znacznie gorsze, niż we wrzodzie żołądka, bo zazwyczaj krwotoki z wielkich naczyń bywają bardzo znaczne, a jeszcze częściej następuje przedziurawienie. Mimo to istnieją przypadki wyleczenia li-

[1]) Patrz w tej sprawie wyciąg Kani („Przegląd Lekarski“, Nr. 43, 1898).

czniejsze, niż powszechnie przypuszczają, a przy rozbiorach zwłok małą się zwraca uwagę na blizny w dwunastnicy. Można rozróżniać dwie postacie wrzodu dwunastnicy, jednę przebiegającą piorunująco *(foudroyant)*, drugą przewlekłą. W pierwszej postaci objawy bywają bardzo lekkie, a naraz niespodziewanie przychodzi do zejścia śmiertelnego. W leczeniu należy uwzględnić sposób życia chorego i bezwarunkowo zabronić siedzenia zgiętego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

A. Lorenz: **Skombinowane wyprostowanie** *(redressement)* **stawu biodrowego zapomocą przyrządu**. *(Samml. klin. Vortr. Volkmanna* N. F. Nr. 206). W rozprawce tej pomija autor sprawę przykurczeń t. zw. spastycznych i zrostów kostnych stawu biodrowego, a zajmuje się wyłącznie przykurczeniami właściwemi, włóknistemi, jakie się tworzą w czasie przebiegu gruźliczego zapalenia tego stawu, rzadko zaś pozostają także po innych sprawach. I jakkolwiek przykurczeniom tym zapobiegać można i należy, nie zaliczają się one bynajmniej do rzadkości; chirurg niestety zbyt często spotyka się z niemi. Cel, do jakiego w takich przypadkach dążyć należy, jest jasny, gdyż trzeba kończynę ustawić w prawidłowem ułożeniu, a dojść doń możemy nie uciekając się ani do noża ani do dłuta, lecz na drodze bezkrwawej. Ktoby jednak znał tylko statystykę Kirmissona mógłby się i tej drogi przestraszyć, autor ten bowiem miał na 27 przypadków *redressement* stawu biodrowego aż 5 przypadków zejścia śmiertelnego z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowych; jednakże inni autorowie wykazują daleko mniejszą śmiertelność, gdyż co najmniej 4%, a właściwie tylko 0·22%. Przyczynę owej znacznej śmiertelności w statystyce Kirmissona wyszukać łatwo. On bowiem przez gwałtowne ruchy uruchamiał zupełnie staw, lecz równocześnie uogólniał i przyczynę choroby. Ten sposób postępowania, wykształcony ostatecznie przez Calota, gwałtowny i rubaszny, nęcił jednak swą łatwością oraz tem, że można było istniejące jednocześnie zwichnięcia odprowadzać. Już jednak tak znaczna po takiem postępowaniu śmiertelność wystarcza, aby raz na zawsze od niego odstąpić. Trudniejszą, lecz mniej niebezpieczną jest metoda powolnego, modelującego prostowania *(redressement)*, które jeszcze mniej niebezpiecznem dla chorego uczynić możemy, prostując staw nie na jednem, lecz na kilku posiedzeniach. Zabieg ten można wykonać rękoma przy pomocy asystentów, lecz chcąc go gładko i dobrze przeprowadzić, a potem osiągnięty wynik utrzymać odpowiednimi opatrunkami, natrafiamy nie rzadko na znaczne, często pokonać się nie dające, trudności. Chętnie zatem uciekamy się do przeróżnych przyrządów, które cały zabieg upraszczają. Do tego celu podaje L. obecnie względnie prosty przyrząd, który odmiennie działa od wszystkich innych. Rozważając bowiem przykurczenia stawu biodrowego, w których przeważa czy to przywiedzenie, czy to odwiedzenie kończyny, stwierdzić możemy, że istniejące przykurczenie znieść można, albo ustaliwszy miednicę i pociągając za chorą kończynę, lub też przeciwnie ustaliwszy kończynę chorą, a zdrową działając na miednicę w kierunku przeciwnym poprzedniemu. Równoczesne działanie na obie kończyny w przeciwnych kierunkach nazywa autor prostowaniem skombinowanem i uskutecznia je łatwo, pewnie i bezpiecznie swym przyrządem. Najdokładniejszy opis bez rysunku nie dałby należytego wyobrażenia o tem narzędziu; odsyłając zatem po szczegóły do oryginalnej rozprawy, tu podajemy tylko główną zasadę, która na tem polega, że jedną śrubą, za pośrednictwem kamasza, pociąga się do siebie kończynę chorą, a równocześnie odpycha kończynę drugą, zdrową, opartą o żelazną podeszwę, poruszaną również śrubą. Obrączka skórzana, założona na kolano zdrowej kończyny, zapobiega zginaniu się tej kończyny w czasie jej odpychania. Odmiennie nieco ustawia się cały przyrząd i układa chorego, gdy w przykurczeniu przeważa zgięcie w stawie. Równocześnie robi L. rozległy użytek z przecinania mięśni (zwłaszcza *mm. adductores, sartorius, tensor fasciae* itd). Przez odpowiednią zmianę siodełka, na którem uśpiony chory opiera się kością krzyżową, można wykonywać wyciąganie (extensyę) na obu kończynach. Po osiągnięciu takiego ustawienia kończyny, jakiego chcemy, założyć można opatrunek ustalający bez zdejmowania chorego z przyrządu. W końcu autor przestrzega przed prostowaniem w okresie sączących jeszcze przetok. *Herman.*

Prof. Kockel: **Zastósowanie zmian drobnowidowych pępowiny w okresie jej odpadania do oznaczenia, jak długo żył noworodek.** *(Ziegl. Beiträge zur path. Anat.* etc. T. XXIV). Dotychczasowy brak jakichkolwiek danych, któreby dozwalały w przypadkach sądowych określić, jak długo żył noworodek, skłoniły Kockela do badań, czy zmiany drobnowidowe, rozwijające się w pępowinie po porodzie, nie byłyby w tych przypadkach pomocnemi. Badania swe przeprowadzał K. tak na pępowinach noworodków, jak i rzutów królików i morskich świnek, a wynik był następujący: tak u ludzi, jak i u zwierząt przychodzi na granicy między pępowiną a jej skórnym pierścieniem do zapalenia, prowadzącego w dalszym ciągu do odpadnięcia pępowiny. Zapalenie to pod postacią nacieku drobnokomórkowego zauważyć można już w godzinę po porodzie; jest ono początkowo powierzchowne a ogranicza się tylko do podstawowego odcinka sznura pępowinowego, przedstawiając się jako typowe ropienie demarkacyjne, spotykane zawsze tam, gdzie jakakolwiek obumarła tkanka ma być z otoczenia zdrowego wydalona. Porównując zmiany mikroskopowe w pępowinach noworodków, żywo i nieżywo urodzonych, znajdujemy różnicę w nacieku drobnokomórkowym. Naciek ten jest u dzieci żywo urodzonych, chociażby tylko kilka godzin żyły, tak stałym objawem, że z jego obecności możnaby sądzić napewne, iż dziecię urodziło się żywe. W kilku przypadkach znaleziono jednak i u płodów, nieżywo urodzonych, wspomniany naciek. Różnica polegała jednak na umiejscowieniu i rozległości; mianowicie u nieżywo urodzonych ograniczał się naciek do głęboko, osiowo położonych części pępowiny, a sięgał znacznie poza właściwą demarkacyjną linię podstawy sznura pępowinowego. Wytworzenie się tak rozległego nacieku w pępowinie nieżywo urodzonych płodów może być zdaniem autora następstwem albo dłużej, jeszcze w łonie matki, trwającego zastoju żylnego, lub też może wskazywać na rozpoczynające się jeszcze w czasie życia płodowego zapalenie demarkacyjne. Tak więc przy ścisłem uwzględnieniu usadowienia można znalazłszy znamienny naciek stanowczo twierdzić, że dziecię żyło, chociażby płuca i przewód pokarmowy nie zawierały powietrza. Z braku jednak wspomnianego nacieku nie można sądzić, że dziecię nieżywo się urodziło. W trzech przypadkach nie znalazł autor nacieku, w dwóch z powodu daleko posuniętej zgnilizny, a w jednym przypadku u potworu *anencephalus*, który 3 godziny żył i oddechał. Z posuwania się nacieku od powierzchni w głąb sznura pępowinowego można w przybliżeniu oznaczyć wiek noworodka. *Horoszkiewicz.*

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Glandula Prostatae sicc. pulv. ma wywierać wpływ na przerośnięty gruczoł krokowy, co jednak jeszcze nie jest stwierdzonem.

Glandulae suprarenales sicc. pulv. Gärber wykazał w ostatnich latach, że w nadnerczu istnieją dwie substancye: jedna wywołuje podwyższenie parcia krwi i tę można otrzymać w kryształkach; druga obniża ciśnienie.

Badania Swale Vincenta dowodzą, że do lecznictwa nadaje się tylko istota rdzenna nadnercza, a Podwysocki i Mańkowski twierdzą, że ciało, otrzymane z nadnercza (może być także pod postacią wodnego wyciągu), a zwiększające parcie krwi, wywiera wpływ na serce i może mieć wielkie znaczenie przy zapadzie, wstrząsie nerwowym i grożącej śmierci przy zatruciu chloroformem. Badania te rzucają też pewne światło i niejako wyjaśniają leczenie choroby

Addisona, w której zniknięcie czynności nadnercza jest powodem osłabienia akcyi serca, a podawanie tego właśnie przetworu daje tak dobre wyniki.

Extractum suprarenale haemostaticum Mercka. Według Königsteina sprowadza środek ten zblednięcie spojówki i nieznaczne rozszerzenie źrenicy; w pewnych więc razach zmieszany z kokainą może być skutecznie stósowanym w chorobach oka. Ponieważ wyjałowienie tego wyciągu nie obniża jego działalności, wywalczy więc on sobie z pewnością znaczenie szersze. Bidl twierdzi, że podwyższenie parcia krwi, występujące po wstrzyknięciu do żyły wyciągu z nadnercza, polega na skurczu naczyń małych i włosowatych, podczas gdy naczynia większe ulegają rozszerzeniu. Na tem więc właśnie zwężeniu małych naczyń polega tamujące krwotok działanie wyciągu; ma to wielkie znaczenie przy krwawieniach miąższowych i krwotokach macicznych. Zwężenie naczyń następuje przez wpływ wyciągu na mięśnie ścian naczynia i zwoje obwodowe. Wstrzykiwanie wyciągu z nadnercza do żył wskazanem jest także w zamartwicy chloroformowej, ponieważ w ten sposób zwiększymy parcie krwi i pobudzimy serce do prawidłowych skurczów. Barrand poleca używanie wyciągu przedewszystkiem w chorobach oka: zapaleniu spojówki, rogówki, twardówki i jaskrze, także w tych przypadkach, w których kokaina jest przeciwskazaną, prócz tego przy wszelkich chirurgicznych zabiegach na oku.

Glandula Thymi sicc. pulv. Rola, jaką grasica odgrywa w płodowem życiu dziecka i jego pierwszych latach, naprowadza na myśl, że można stósować ją jako lek w pewnych stanach chorobowych dziecka. Doświadczenia wykazały, że podawanie gruczołu tego w dawkach 2 gr., potem 20,0—40,0 gr., znakomicie wpływa na stan odżywienia. Działanie tego środka na ustrój zbliżonem jest do działania jajników (Ovaria sicc. pulv.), a przewyższa je nawet, gdyż nie wywołuje objawów ubocznych, jak np. gorączki.

Glandula Thyreoidea sicc. pulv. Według najnowszych badań środek ten może mieć zastósowanie: w *Torticollis spast.*, tężyczce, akromegalii, przy złamaniach kości okazujących małą skłonność do gojenia się, krwawiączce, w chorobie Parkinsona powikłanej wolem i sklerodermią: w tym jednak przypadku nie zauważono pomniejszenia wola. Według Bettmana i S. Marrina, którzy podawali przetwór ten przez czas dłuższy w dawkach wzrastających u osób, u których nie można było wykluczyć zaburzenia w czynności gruczołu tarczykowego, występuje prócz *thyreoidismus* także cukier w moczu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Żychoń.

Still. *Erythema enematogenes.* (Posiedzenie tow. lek. londyńs. 1898, 10). Autor zwraca uwagę na rumień, któremu nadał powyższą nazwę ze względu na przyczynę; spostrzegał bowiem u dzieci (26 przyp.), 1—2-letnich w 12—24 godz. po lewatywie jasno-czerwone plamy na zewnętrznych stronach kolana, na wewnętrznych stronach przegubów łokciowych, na pośladkach i na twarzy, — które po 1—2 dniach ginęły. Rumień ten, mogący być przyczyną pomyłki w rozpoznaniu, — jest prawdopodobnie następstwem zboczeń naczyniowo-ruchowych, które powstają przez wessanie się treści jelit lub istot w lewatywie zawartych. *F. K.*

Unna zaleca (*Mon. f. p. Derm. XXVI, 6*) leczenie wrzodu miękkiego w ten sposób, że po zamrożeniu chlorkiem etylu, ścina się ostrą brzytwą powierzchnię wrzodu w warstwie 3 mm. grubej, poczem, dla zatamowania krwotoku, pociąga się laseczką lapisu i opatruje mułem plastrowym z jodoformem. *F. K.*

H. Popper (Poznań) opisuje (*Deut. med. Wochenschr. 44, 1898*) kilkanaście przypadków, w których częste zmazy nocne lub przedwczesny wytrysk nasienia (ejaculatio praecox) doprowadziły do znacznego rozdrażnienia nerwowego; badanie jednak, prócz powiększonego i bolesnego wzgórka nasiennego, żadnych zboczeń nie wykazało. Leczenie z bardzo dobrym i szybkim skutkiem polegało na elektryzowaniu prądem stałym wzgórka nasiennego. W tym celu biegun ujemny kładł on na okolicę pęcherza, elektrodę dodatnią zaś w postaci cewnika, zakończonego metalową obsadką, wprowadzał do cewki i przepuszczając słaby prąd ($1\frac{1}{2}$—2 Milp.), przesuwał cewnik kilka razy przez część krokową cewki. Już po kilku posiedzeniach, co kilka dni robionych, skutek był zupełny. Wynik tłómaczy P. w ten sposób, że w przypadkach tych istniało podrażnienie obwodowych części nerwów; obrzęk bowiem i nadczułość wzgórka nasiennego może podrażniać we śnie ośrodek wytryskowy, na jawie zaś może być przyczyną, że już jedna kropla cieczy, przedostająca się przez przewód nasienny, ośrodek ten podrażnia i wytrysk mimowoli przed czasem następuje. W tych przypadkach więc, w których istnieje powiększenie wzgórka nasiennego, powyższy sposób leczenia musi odnieść pomyślny wynik. *F. K.*

Tischer i Beddies (*Allg. Med. Centr. Ztg. 42, 1898*) ogłaszają wyniki po użyciu połączenia jodu z białkiem i nazywają ten nowy przetwór — *eigonem*. W wodzie jest on nierozpuszczalny, rozpuszcza się jednak sól sodowa eigonu i peptonizowany beta-eigon. 20% alfa-eigon działa na rany przeciwgnilnie, w podobny sposób jak jodoform, uwalniając jod; ma jednak te zalety, że łatwiej się rozkłada, nie drażni, jest bezwonnym i działa odwaniająco. Próbowano go przy ranach różnej przyrody, gdzie działał lepiej niż jodoform, szczególnie jako 10—30% zasypka z łojkiem. — Wewnętrznie użyć się daje nawet w dużych dawkach (3—10 grm. dziennie) w postaci beta-eigon lub alfa-eigon-natrium, w różnych okresach kiły z bardzo dobrym skutkiem. Z podobnym wynikiem podawano go przy zołzach przez dłuższy czas, w dawce 5,0 dziennie. Badanie moczu wykazało szybkie wydzielanie się jodu z ustroju. *F. K.*

Leczenie gruźlicy płucnej podskórnemi wstrzykiwaniami olejku kamforowego pierwotnie zalecał Dr. Alexander tylko w ostatnich okresach suchot. Obecnie (*Berl. klin. Woch.* z 28. listopada) doradza on ten lek i tę metodę w gruźlicy, bez względu na okres. Autor ten przypisuje kamforze wpływ tonizujący nie tylko na serce, lecz i na umięsienie całego ustroju; ma ona w cierpieniach płucnych obniżać ciepłotę, zmniejsza wykrztuszanie i stępiając pobudliwość odruchową, łagodzi kaszel. U suchotników gorączkujących wstrzykuje Dr. Alexander 1—2 cent. sześcien. dziennie, następnie zawiesza wstrzykiwania na 1 do 4 tygodni; gdy zaś chory przestaje gorączkować używa wstrzykiwań silniejszych, 3—5 cent. sz. olejku kamforowego dziennie, w ciągu 8 do 15 dni, poczem przerywa leczenie na 8 dni, a następnie znowu do niego wraca. Suchotnikom niegorączkującym wstrzykuje po 1 cent. sz. olejku kamforowego w ciągu 8 dni, potem czyni przerwę ośmiodniową itd. Krwotoki płucne nie mają stanowić przeciwwskazania. *Kw.*

Neumann, badając przemianę materyi u człowieka przy podawaniu troponu, nowego środka, mającego zastąpić białko, dochodzi do następujących wyników: 1) tropon zdoła zastąpić najzupełniej białko pokarmów; 2) nie wywołuje żadnych zaburzeń ani w zdrowym, ani w chorym ustroju; 3) bywa łatwo przez długi czas bez wstrętu znoszony; 4) niezwykły jego smak łatwo się daje zamaskować; 5) tropon jest tańszy od mięsa (kilogram białka w grochu kosztuje 1·70, w ziemniakach 4·80, w *troponie* 4·90, w mleku 5·60, w wołowinie 6·70, w *eukazynie* 13·30, w *nutrozie* 27·30, w *somatozie* 60 do 70 marek). (*Münch. med. Wochenschrift* 1899, Nr. 2.) *C.*

Luxenburger zaleca gorąco, jako środek znieczulający, nirwaninę, podając, że jest ona w zgęszczeniu, potrzebnem do znieczulenia, zupełnie nietrująca, że ból po operacyi pewniej usuwa, niż słaba domieszka morfiny w mięszaninie Schleicha, że roztwory jej nie psują się, dają się wyjałowić bez rozkładu i działają przeciwgnilnie i nadając się do wszelkiego rodzaju znieczulania, przewyższają pod każdym względem kokainę. *Dosis maxima* dla człowieka 0·55. (*Münch. med. Wochenschrift* 1899. Nr. 2). *C.*

Przy podrażnieniu skóry i miernym nacieku zaleca Lewith rozsmarowanie na powierzchni białka jaja kurzego. Na skórę całego ciała wystarcza zupełnie jedno jajo. *F. K.*

Często zmuszonym jest lekarz zapisać puder lub maść o barwie skóry, — zasługą jest więc Unny, że na jego zlecenie zajął się tą sprawą Dr. Rausch, który podaje (*Mon. f. pr. Derm.*, T. 27. 5. 6.) różne przepisy. Oto niektóre z nich: Rp. *Zinc. oxyd. 2,0 Magn. carbon. Bol. alb. aa 3,0 Bol rubr. 2,0 Amyl. Oriz. 10,0.* S. zasypka. Rp. *Bol. rubr. arm. 0,03 Glycerin gtt. VI Ung. Zinc. ad 10.0 M. f. ung.* Rp. *Bol. rubr. arm. 0,24 Glycer. gtt. XX. Sol. eosin* (1:500) gtt. XII. *Pasta Zinc. 40,0 M. f. pasta.* Rp. *Ichtyol.* 1 5% *Pasta Zinc 40,0 Sol. eosin* (1:500) gtt. XVI—XL. M. f. *pasta.* Rp. *Bol. rubr. arm. 0,3 Sol. eosin* (1:500) *3,50 Aqu. dest. 55,0 Gelat. Glycerin. aa 12,5 Zinc. oxyd. 20,0 M. f. pasta gelatin.* *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 21 grudnia 1898.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych 33 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na członków czynnych przyjęto kol. Michała Seńkowskiego i Eliasza Stahra.

Delegatem Tow. lek. krak. do komisyi, mającej zająć się konkursem fundacyi bł. p. Dra Jonatana Warschauera wybrano kol. prezesa prof. Dra Jakubowskiego.

Kol. Bujwid imieniem Komisyi przemysłowej przedstawił wniosek umieszczenia pigułek fosforowych wyrobu aptekarza Otowskiego w rzędzie środków poleconych przez Tow. lek. krak. Po przemówieniu kol. Górskiego — wniosku tego większością głosów nie przyjęto.

Nastąpiły wybory urzędników Towarzystwa na r. 1899.

Wybrani zostali: prezesem: kol. prof. Dr. Pieniążek Przemysław; wiceprezesem: kol. prof. Dr. Żuławski Karol; redaktorem Dr. Kwaśnicki August; sekretarzem dorocznym: kol. Dr. Lewkowicz Xawery;

członkami komisyi redakcyjnej »Przeglądu lek.« kol. Kryński, Ponikło, Raczyński, Rosner; delegatami do zarządu Towarz. lek. gal: koll. Gluziński i Mars; członkami kom. skontrującej: koll. Łepkowski i Mączka.

Dr. X. Gorski
sekretarz doroczny.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 23 grudnia, 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 21.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prof. Prus przedstawił wynik swych doświadczeń »o objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia zwojów podstawowych mózgu i wzgórków czworaczych«. Rzecz będzie drukowana w całości.

3. Kol. Arnold przedstawił nową próbę na kwas diacetowy.

Wybór członków Komisyi przedwyborczej będący na porządku dziennym posiedzenia, z powodu braku dostatecznej ilości członków został odłożony do następnego posiedzenia.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

L. 101378 ex 1898.

Okólnik c. k. Namiestnictwa
do wszystkich Panów c. k. Starostów.

Profesor Odo Bujwid, dyrektor zakładu higieny c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, zobowiązał się w zamian za przyznaną przez Wysokie c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych subwencyę oddać do rozporządzenia c. k. Starostwom powiatowym bezpłatnie 1200 dawek surowicy antidyfterytycznej skoncentrowanej po 1000 jednostek. Zawiadamiając o tem Pana c. k. Starostę polecam w razie potrzeby użycia surowicy lecz tylko dla ubogich chorych podczas epidemii błonicy, zwracać się o nią wprost do Zakładu hygieny w Krakowie, zawiadamiając następnie ck. Namiestnictwo bezzwłocznie o każdej otrzymanej przesyłce. Zwraca się przytem uwagę Pana c. k. Starosty, że nie należy żądać więcej surowicy nad konieczną potrzebę. Koszta przesyłki, które Pan c k. Starosta na razie pokryje z ryczałtu urzędowego c. k. Starostwa, będą zwrócone z funduszu przeznaczonego na epidemie, skoro Pan c. k. Starosta przedłoży odpowiedni rachunek. Przy tej sposobności przypomina się Panu c. k. Staroście tut. rozporządzenia z 29-go października 1894 L. 87676 i z 9 grudnia 1895 L. 99676 i poleca wezwać lekarzy delegowanych z urzędu do leczenia chorych na błonicę, by w swych sprawozdaniach tygodniowych podawali szczegółowe spostrzeżenia co do użycia surowicy, ilości użycia jej w każdym przypadku, dzień choroby w którym ją zastosowano i wyniki lecznicze, c. k. lekarze urzędowi zaś winni poszczególne spostrzeżenia lekarzy zestawiać w raportach czterotygodniowych o epidemiach.

Lwów, dnia 5 stycznia 1899.

Piniński.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 26 stycznia 1899 r.

IX. Zjazd chirurgów polskich. W ostatnich dwóch latach nie odbyły się nasze Zjazdy, jak to zwykle bywało co roku. Przyczyną tego było raz zmiana dyrektorów kliniki chirurgicznej w Krakowie, drugi raz zakaz przez władze pruskie ogólnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Jestem przekonany, że trafię w myśl wszystkich Szan. Kolegów, jeżeli już teraz ogłoszę, że przyszły nasz Zjazd odbędzie się, jak zwykle, w pierwszej połowie lipca w Krakowie w przypuszczeniu, że przyszły dyrektor kliniki udzieli nam gościnności.

Ogłaszam zaś termin Zjazdu już tak wcześnie, żeby Szan. Koledzy mogli ze spokojem przygotować swoje wykłady, o których wczesne zgłaszanie upraszam do sekretarza Zjazdów kol. Bossowskiego.

Celem ożywienia Zjazdu i zainteresowania szerszych kół, pożądanem byłoby, gdyby można ustanowić 2 tematy, nadające się do ogólniejszej dyskusyi *(questions mises à l'ordre du jour)*, zajmujące zarówno chirurgów, jak internistów lub ginekologów *(aus den Grenzgebieten)*, a opracowane przez odpowiednich referentów i korreferentów. Propozycye w tym względzie proszę wystósować do niżej podpisanego.

Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

— W stanie zdrowia Redaktora głównego »Przeglądu Lekar.«, kol. Kwaśnickiego, nastąpił stanowczy zwrot ku lepszemu. W każdym jednak razie dopiero za parę tygodni będzie mógł kol. Kwaśnicki powrócić do swych zajęć.

— We Lwowie odbyło się 25 b. m. uroczyste otwarcie kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Marsa i kliniki okulistycznej prof. Macheka.

— Dr. Pruszyński donosi »Gazecie lekarskiej« w liście z Petersburga, że zagadnienie leczenia księgosuszu zostało ostatecznie rozstrzygnięte przez prof. M. Nenckiego, a to zapomocą surowicy przeciwksięgosuszowej. Surowicę tę uzyskuje się ze zwierząt, które przeszły księgosusz po wielokrotnem wprowadzaniu złośliwego zarazka księgosuszu. Zwierzętom chorym na księgosusz wstrzykuje się 100—200 ctm. surowicy. Wyleczenie jest pewne, jeśli surowicę zastósowano pierwszego lub drugiego dnia choroby. Surowica prof. Nenckiego jest także uodporniającą i to na szereg lat (przy odpowiedniem zastósowaniu).

— D. Jules Félix, profesor hydrologii w Brukseli, ogłasza, że wspólnie z E. Reclusem opracowuje mapę cieplic i zdrojów mineralnych Europy, i uprasza o nadsyłanie dokładnych wiadomości, dotyczących: zastósowania leczniczego, urządzeń, składu chemicznego i średniej liczby gości kąpielowych, zwracając się z tą prośbą do wszystkich lekarzy, leczących w zdrojowiskach. Nasi lekarze zdrojowi nieomieszkają zapewne pójść za wezwaniem prof. Félixa, gdyż byłoby niepowetowaną szkodą, gdyby przy tej sposobności nasze zdrojowiska pominięte być miały.

— Wobec braku dokładnych a niekosztownych i niewiele zabierających czasu przyrządów do badania astygmatyzmu oka, pożądanem byłoby zbudowanie przyrządu, któryby tym niedostatkom zaradził. Kol. Dr. Langie donosi nam, że po szeregu prób zdołał obmyślić model nowego takiego przyrządu, oparty na zasadzie praw optycznych, stwierdzonych na oczach astygmatyzmem dotkniętych; zapomocą tego nowego przyrządu powiodło mu się oznaczyć w ciągu kilku minut stopień i rodzaj astygmatyzmu nawet u chorych mało inteligentnych lub analfabetów. Nadto przyrząd ma się nadawać także do demonstracyi astygmatyzmu przy wykładach teoretycznych optyki fizyologicznej, lub klinicznych. Kol. Langie zapowiada, że w najbliższym czasie opisze dokładnie swój przyrząd, poddając go pod ocenę fachowych kolegów.

— Dr. Fruchtman, znany jako pracowity tłómacz, przyswoił naszemu piśmiennictwu »Podręcznik rozpoznawczo-leczniczy«, opracowany zbiorowo przez kilku lekarzy niemieckich. Wobec zupełnego braku podobnych podręczników polskich, tłómacz przysłużył się tym, którzy odczuwają potrzebę takiego krótkiego »compendium«.

— Międzynarodowy zjazd lekarski, odbyć się mający w Paryżu 2—9 sierpnia 1900, dzielić się będzie na 6 głównych i 28 pomniejszych sekcyj naukowych. Posiedzeń ogólnych ma być tylko dwa; resztę dni zajmie praca w sekcyach. Urzędowym językiem zjazdu jest oczywiście francuski; dopuszczone będą jeszcze języki niemiecki i angielski. Prelegentom wolno będzie przemawiać conajwyżej przez 15 minut; w dyskusyach nie wolno mowcom przekroczyć 5 minut.

— Anatomowie francuscy, postanowili utworzyć towarzystwo pod nazwą »Association des Anatomistes«, na wzór znanego »Anato-

mische Gesellschaft«. Nowe towarzystwo ma zbierać się corocznie na kilkodniowy zjazd naukowy; celem założycieli jest stworzyć ognisko naukowe dla tych badaczy francuskich i obcych, dla których zjazdy »Anatomische Ges.« ze względu na odległość są niedostępne. Pod odezwą, skierowaną także do cudzoziemców, znajduje się kilkadziesiąt podpisów najwybitniejszych francuskich uczonych, między nimi np. Balbiani, Bouchard. Cornil. Dareste, Henneguy, Malassez, Ranvier, Renaut, Testut i t. d. Zgłoszenia na członków przyjmują tymczasowo Prof. Nicolas w Nancy, i Prof. Laguesse w Lille.

— Zjazd balneologów austryackich odbędzie się 28—30 marca b. r. w Wiedniu. Wykłady zgłaszać należy do sekretarza Dr. Wettendorfera, (Wien I. Esslinggasse 16) 28 Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się 5—8 kwietnia b. r. w Berlinie; 20 zjazd balneologiczny tamże 3—7 marca b. r. (zgłoszenia przyjmuje Dr. Brock, Berlin SO. Melchiorstrasse 18); 10 zjazd neurologów i psychiatrów francuskich w Marsylii 4—9 kwietnia; 67 zjazd »British medical Association« w Portsmouth 1—4 sierpnia.

— Szkoła wyższa w Belgradzie otrzyma wydział lekarski i przekształca się w uniwersytet.

— W. Ks. Badeńskie dopuściło kobiety do studyów lekarskich.

— Berliński wydział lek. liczy w b. r. 1311 słuchaczy; oprócz Monachium (1102), Lipska (643) i Würzburga (667), liczba słuchaczy w innych wydziałach lekarskich Niemiec waha się od 200 do 300, a w Rostoku wynosi zaledwo 105.

(G). Dr. Kozincow, przeprowadzając w porze egzaminacyjnej pomiary wagi u uczniów kilku niższych i średnich zakładów naukowych w Rosyi, przyszedł do następujących wniosków: 1° $^3/_4$ ogólnej liczby uczniów w czasie egzaminów traci na wadze; 2° średnio utrata ta wynosi 2,4% wagi pierwotnej; 3° im wyższa klasa, tem większa ilość uczniów traci na wadze i tem wyższy % swej pierwotnej wagi każdy z nich traci; 4° u niektórych utrata wagi jest olbrzymią, dochodząc do 25% pierwotnej wagi. Przyczyny tych strat dopatruje się autor w wywołanych przez egzamina — pobudzeniu nerwowem, strachu i ogólnem rozdrażnieniu, które sprowadzają bezsenność, utratę apetytu i w ten sposób podkopują odżywienie. (Wracz, Nr. 51, 1898).

— Według wiadomości, zebranych przez konsulaty, mogliby lekarze, posiadający dyplom austryacki, osiadać tylko w Rumunii, Galveston (Texas), Pensylwanii, Colombo (Cejlon), Kairze.

— Lekarze gminni i okręgowi na Bukowinie powzięli na wiecu w dniu 4 listopada 1898 następujące, godne naśladowania, uchwały: Należy starać się o zmianę obowiązujących ustaw o organizacyi służby zdrowia w ten sposób, ażeby lekarze okręgowi byli urzędnikami krajowymi i mieli prawo do zaopatrzenia na starość i swych wdów i sierot, aby pobierali wynagrodzenia za podróże służbowe, aby otrzymali 4 pięciolecia, wynoszące 10% ostatniej płacy, aby należytości za oględziny zwłok, bydła i mięsa określone zostały ustawą, wreszcie aby z grona lekarzy okręgowych powoływany był referent sanitarny do Wydziału krajowego.

— W pewnej gminie węgierskiej zmarł niedawno lekarz okręgowy, pobierający 80 (!) złr. rocznej płacy; gmina uchwaliła posady nadal nie obsadzać, gdyż według uchwały rady gminnej: »powietrze w gminie jest tak wzmacniające, iż mieszkańcom nie potrzeba lekarza«. (Heilkunde).

— Słabą pociechą dla lekarzy kas chorych w Europie może być wiadomość, że w Australii są ich koledzy nie mniej przez kasy wyzyskiwani. W Melbourne odbył się w tej sprawie wielki wiec lekarski, zmierzający do poprawy stosunków, które już przez to samo są nieznośne, że do kas należy mnóstwo osób prawdziwie zamożnych.

— Dr. Woerz i Friedel zawiązują w Wiedniu koło lekarzy, spieszących na każde wezwanie w nocy. Najmniejsze wynagrodzenie za odwiedziny chorego w nocy ma wynosić 5 złr.

— Lord Jveagh ofiarował Instytutowi imienia Jennera ćwierć miliona funtów szterlingów na rozszerzenie badań bakteryologicznych i w ogóle biologicznych, zmierzających do zapobiegania chorobom. Drugie ćwierć miliona funtów zamierza lord Jveagh ofiarować na asanizacyę niezdrowych środkowych dzielnic Dublina. Jestto hojność istotnie prawie bezprzykładna.

— Stanley Kent, lekarz szpitala św. Tomasza w Londynie utrzymuje, że po pięcioletnich poszukiwaniach udało mu się wykryć i wyosobnić w czystej hodowli prątki, stanowiące czynnik skuteczny krowianki.

— Rada miejska berneńska (Morawy) uchwaliła dla zapobiegania chorobom zakaźnym wprowadzić na próbę jeszcze jeden środek, mianowicie dostarczać ubogiej ludności do domu bezpłatnie ciepłych kąpieli dla ozdrowieńców po chorobach zakaźnych, równocześnie z przeprowadzeniem końcowego odkażenia.

— Władze niemieckie zakazały pastorowi Felkemu jego leczenia błotem, a nauczycielowi Müllerowi popierania tego szalbierstwa słowem i pismem. W ten sposób skończył na razie swą karyerę »Kneipp redivivus«.

— Niezbyt dawno obchodził słynny Pettenkoffer 80-tą rocznicę urodzin.

Mianowania. Prof. Helferich z Gryfii objął katedrę chirurgii w Kielu, po Esmarchu; miejsce prof. H. objął prof. Bier, dotychczasowy asystent Esmarcha. — Prof. Martin objął katedrę położnictwa w Gryfii. — Dr. Raum został mianowany lekarzem naczelnym szpitala na Pradze pod Warszawą.

— Zmarli: Dr. Antoni Borowski w Krotoszynie. — Dr. Dareste de la Chavannes, znany embryolog w Paryżu. — Dr. Dumontpallier, długoletni sekretarz generalny tow. biologicznego w Paryżu, znany z prac klinicznych.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 3: Dr. Pruszyński: Leczenie księgosuszu (korespondencya z Petersburga). Piltz: O odruchach źrenic, występujących przy skupianiu uwagi. Rzętkowski K.. Przypadek ostrego surowiczego zapalenia opon mózgowych (dok.). Dr. Pawiński J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (c. d.). W *Medycynie* Nr. 3: Dr. Dobrzycki H.: Sanatoryum dla chorych piersiowych w Mieni. Leśniowski A.: Obrażenia przewodu piersiowego (dok.). Kopczyński St.: Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreicha (ciąg dalszy). W *Kronice lekarskiej* Nr. 1: Dr. Orzeł K.: Uwagi praktyczne o szkle wodnem. Dr. Hewelke: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych. W *Nowinach lekarskich* Nr. 1: Dr. Flatau E.. Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań. Dr. Sędziak J.: Kilka uwag w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Kuflewski: The Technique of Minor Surgery and its Importance. The Chicago Clinic Vol. XI. Nr. 12

— Dr. Zawadzki Józef: Reforma pomocy lekarskiej w Królestwie Polskiem. Warszawa, 1898.

— Odczyty kliniczne Nr. 119. Lejars: Przemywanie krwi, tłómaczył J. Mojkowski. Warszawa.

— Podręcznik rozpoznawczo-leczniczy dla użytku lekarzy i studentów, zestawiony przez Drów Schmidta, Lamhofera, Friedheima i Donata spolszczył Dr. Aleksander Fruchtmann. Warszawa 1899.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 22 stycznia 1899 roku następujace datki: Dr. Bielański, starszy lekarz powiat. 5 złr.; Doc. Dr. Bossowski 5 złr.; Doc. Dr. Braun 5 złr.; Prof. Bujwid 10 złr.; Prof. Cybulski 10 złr.; Prof. Jordan 10 złr.; Prof. Klecki 5 złr.; Radca dworu Prof. Korczyński 10 złr.; Doc. Dr. Korczyński 5 złr.; Prof. Łazarski 10 złr.; Prof. Pareński 10 złr.; Prof. Pieniążek 10 złr.; Doc. Dr. Rosner 5 złr.; Prof. Stopczański 10 złr.; Prof. Trzebicky 10 złr.; Prof. Wachholz 10 złr.; Radca Prof. Wicherkiewicz 10 złr.; Prof. Zarewicz 10 złr.; Prof. Żuławski 10 złr. Razem 160 złr., **a z poprzedniemi złr. 398 w. a.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie we Środę, dnia 1 Lutego, o godzinie 6-tej wieczór w klinice chirurgicznej. Porządek dzienny:

1) Kol. M. Rutkowski przedstawi chorych z kliniki.
2) Kol. Prof. Bujwid: „O nowym sposobie wykrywania arsenu zapomocą pleśniowca“ (z demonstracyą).
3) Kol. R. Spira: „O nerwobólu usznym“ *(otalgia nervosa)*.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS

na posadę Dyrektora szpitala, na razie powiatowego, w Gorlicach ogłasza Wydział powiatowy w Gorlicach. Ubiegający się o tę posadę spisać mają przy podaniu swoje *curiculum vitae*, dołączając świadectwo z odbytych praktycznych studyów lekarskich i udokumentowane w ten sposób podania wnieść do 1 kwietnia 1899 r. pod adresem Wydziału powiatowego w Gorlicach. Pożądaną jest dłuższa praktyka szpitalna i dowód biegłości w dziale chirurgicznym.

Do posady powyższej przywiązaną jest roczna pensya 700 złr. od dnia otwarcia szpitala, to jest od 1 września 1899. Oprócz obowiązków, określonych bliżej krajową instrukcyą dla Dyrektorów szpitali prowincyonalnych, Dyrektor nowo zbudowanego szpitala w Gorlicach zastosować się będzie musiał do tych zarządzeń Komitetu szpitalnego, z ramienia Wydziału powiatowego wyznaczonego, jakie tenże Komitet tak co do wewnętrznego urządzenia szpitala, jak i co do administracyi wydawać uzna za odpowiednie.

Z Wydziału powiatowego 83 1 3

Gorlice, dnia 2 stycznia 1899.

Galiński, sekr. *K. Sczaniecki*, prezes.

OBWIESZCZENIE.

Przy kasie chorych kopalni węgla c. k. uprzywilejowanej kolei północnej cesarza Ferdynanda obsadzoną będzie od 1 marca 1899 r. posada lekarza z siedzibą w małych Kunczycach na Śląsku pod następującymi warunkami:

1. Lekarzowi przydzielonych zostanie do leczenia około 700 członków kasy chorych kolei północnej, zamieszkałych w małych Kunczycach, wielkich Kunczycach, Bartowicach i Ratimowie. Honoraryum wynosi 1 złr. 25 ct. za członka, za rok.

2. Lekarz kasy chorych może wykonywać prywatną praktykę w swoim obwodzie, poza granicami zaś przydzielonego mu obszaru tylko za wyraźnem porozumieniem się z naczelnikiem kasy chorych.

3. Kasa nie zwraca kosztów wydanych na jazdy.

4. Potrzebną jest znajomość języka niemieckiego i czeskiego albo polskiego; wymagane jest świadectwo odbytej praktyki lekarskiej. 84 1 3

Zresztą może każdy ubiegający się obeznać się, a w razie otrzymania posady musi zobowiązać się do przestrzegania instrukcyi, którą można przejrzeć w inspektoracie górniczym kolei północnej w Ostrawie morawskiej.

Pisemne podania należy wnosić do 15 lutego b. r. do naczelnika kasy chorych kopalni węgla kamiennego c. k. kolei północnej w Ostrawie morawskiej.

W podaniu powoływać się można tylko na załączone urzędowe świadectwa lub legalizowane odpisy tychże.

Z zarządu gwarectwa kopalni węgla c. k. uprz. kolei półn. Cesarza Ferdynanda.

Ostrawa morawska, 17 stycznia 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Separat-Abdruck
aus der
BERLINER KLINISCHEN WOCHENSCHRIFT
No. 21. — 23. Mai 1998.

Ueber Jod-Vasogen

(Vortrag, gehalten von Dr. **R. Friedländer** in der medic. Gesellschaft am 4. Mai 1898).

Wenn ich mir erlaube, Ihnen die Erfahrungen, welche ich innerhalb eines Jahres mit der Anwendung des Jodvasogen gesammelt habe, hier vorzuführen, so geschieht dies, weil ich der Meinung bin, dass das Jodvasogen eine viel ausgedehntere Verwendung verdient, als es bisher der Fall gewesen ist. Die Vasogene werden zur Zeit nur von der Fabrik Pearson in Hamburg dargestellt, nachdem vor Kurzem Klever in Köln die Fabrikation aufgegeben hat. Ich habe Anfangs nur das Klever'sche Präparat verordnet, da ich dasselbe für besser hielt; nachdem ich aber auch hiervon, wie schon früher bei dem Pearson'schen, 2 Flaschen gesehen hatte, in denen deutlich Jod ausgefallen war, habe ich keine Marke mehr vorgeschrieben, jedoch jedes Mal das verabreichte Präparat daraufhin nachgesehen, dass kein Jod ausgefallen war. Häufig findet sich auf dem Boden der Flasche, namentlich bei längerem Stehen, ein gelbbräunlicher Niederschlag, der nicht aus Jod, sondern aus Abscheidungen der Vasogene besteht und vollkommen unschädlich ist. Die neuen Präparate der Pearson'schen Fabrik, die ich zu sehen bekommen habe, zeigen eine tadellose Beschaffenheit.

Es werden drei Sorten von Jodvasogen hergestellt, das 6-, das 10- und das 20procentige. Die beiden letzteren haben meiner Erfahrung nach keinen besonderen Nutzen vor dem 6procentigen, höchstens kann man das 20procentige zu leichten Aetzungen gebrauchen. Wenn ich also von Jodvasogen im Allgemeinen spreche, so verstehe ich darunter stets das 6procentige.

Das Jodvasogen besteht, wie schon der Name sagt, aus Jod und aus Vasogen. Unter Vasogen versteht man oxygenirte Vaseline, d. h. einfache Kohlenwasserstoffe, welche mit Sauerstoff imprägnirt sind. Was die Kohlenwasserstoffe betrifft, so wurden nach den Angaben von Prof. Bayer schon im Alterthum die Erdöle zu therapeutischen Zwecken viel verwandt, wie aus Hippokrates, Celsus und Plinius hervorgeht, und zwar bei Augen-, Haut- und Darmkrankheiten, bei Phthise und Asthma, bei Blutstockungen, Lumbago, Gelenkschmerzen, Epilepsie und zur Wundheilung.

In der neuesten Zeit hat man wieder angefangen, die Kohlenwasserstoffe, und zwar die Vaselinöle, therapeutisch zu verwerthen, da dieselben die Fähigkeit haben, in Wasser unlösliche Substanzen, Alkaloide, Antiseptica etc. aufzunehmen. So hat man auf Meunier's Vorschlag Jodoform, Menthol, Thymol, Eucalyptol, Schwefelkohlenstoff in Vaselinöl gelöst, zu subcutanen Injectionen verwandt, nachdem durch Thierversuche festgestellt war, dass die Injectionen von reinen Vaselinen vollkommen unschädlich wären. Die oxygenirten Vaseline besitzen nun in noch höherem Grade als die einfachen Vaseline die Fähigkeit, arzneiliche Substanzen aufzunehmen, und werden von der Haut und Schleimhaut schnell resorbirt, so dass man von den subcutanen Injectionen abgekommen ist und die Vasogene nur äusserlich oder innerlich anwendet. Der Beweis für die schnelle Resorption ist dadurch geliefert worden, dass nach Einreibungen von Kreosotvasogen Phenole, und nach Einreibung von 5 gr Jodvasogen nach $3^1/_4$ Stunden, und von 10 gr Jodoformvasogen nach 2 Stunden Jod im Urin nachgewiesen werden konnte. Diese Untersuchungen sind von Dahmen und von Monheim ausgeführt worden. Der zweite Bestandtheil des Jodvasogens ist das Jod; dass dieser Körper eine gewaltige Wirkung im menschlichen Organismus zu entfalten vermag, wissen Sie alle; die lösende und resorbirende, aber auch austrocknende Kraft des Jod, der staunenswerthe specifische Einfluss auf ältere luetische Processe ist so bekannt, dass es sich erübrigt, hiervon zu sprechen. Es ist klar, dass das Jod um so intensiver und leichter seine Wirkung entfalten wird, je schneller und leichter es in das Blut des Körpers übergeht, und da das Jodvasogen reines Jod in Lösung enthält, leicht durch Haut und Schleimhäute eindringt und die Körpersäfte nicht erst wie bei dem Jodkali das Jod abspalten müssen, so liegt es auf der Hand, dass für die Verabreichung von Jod das Jodvasogen ausserordentlich geeignet ist. Bei manchen Krankheiten, z. B. bronchitischen Processen, Hautkrankheiten etc., wird sicherlich auch das Vasogen einen heilsamen, vielleicht reizmildernden Einfluss ausüben; dafür spricht die weit verbreitete Anwendung der Erdöle im Alterthum und die Erfahrungen, welche Prof. Bayer mit Kreosotvasogen machte, das bedeutend besser wirkte als reines Kreosot. Ich habe nun seit einem Jahre in 132 verschiedenen Fällen das Jodvasogen angewandt und gestatte mir, Ihnen hier die Resultate mitzutheilen.

Ich habe das Präparat äusserlich in 81, innerlich in 51 Fällen verordnet. Zunächst habe ich es angewandt bei den schon von anderen Aerzten, namentlich von Leistikow, für geeignet befundenen Krankheiten, nämlich bei gonorrhoischer Epididymitis 2 Mal mit gutem Erfolge, bei rheumatischen Schmerzen 19 Mal, darunter 3 Mal ohne, 3 Mal mit zweifelhaftem, 13 Mal mit gutem Nutzen; bei Ischias 1 Mal, hier zugleich innerlich verabreicht, mit gutem Erfolg, bei Intercostalneuralgie 3 Mal mit Erfolg, bei Drüsenschwellungen 6 Mal, darunter 5 Mal mit Erfolg, 1 Mal bei einer Bubo inguinalis ohne Erfolg. Ferner ohne Erfolg 1 Mal bei Keuchhusten und 1 Mal bei luetischen Plaques des Gaumens, trotzdem hier zugleich Injectionen von Quecksilbersalicylat gemacht wurden.

Ich ging dann dazu über, Erkrankungen mit Jodvasogen zu behandeln, gegen welche es bisher noch nicht empfohlen war. Hierher gehören 5 Fälle von skrofulösem Ekzem der Kinder, wobei ich ausgezeichnete Resultate erzielte. Uebrigens hatte Leistikow einen Fall von Skrophuloderma mit Injectionen von Jodvasogen behandelt.

Bei dieser Erkrankung muss man allerdings darauf gefasst sein, dass die Affection, die meist in einigen Tagen abgeheilt ist, noch einige Male nach 1—2 Wochen wiederkehrt und dann von Neuem behandelt werden muss; ich habe in Folge dessen in der letzten Zeit zugleich innerlich das Jodvasogen gegeben und damit dauerndere Resultate erzielt. Ein weiterer, hierher gehöriger Fall betrifft einen Herrn Mitte Zwanzig, dem in einem hiesigen, grossen Krankenhause im October 1896 und April 1897 am Hals und Unterkieferwinkel Drüsen exstirpirt worden waren. Nach den Angaben des Patienten waren die Wunden niemals ordentlich zugeheilt, resp. es hatten sich keine festen Narben gebildet. In Folge dessen wurden die Wunden im August 1897 in Narkose nochmals ausgekratzt und dann ambulatorisch mit Verbänden, Salben etc. behandelt, ohne dass jedoch Heilung eintrat. Ueber ein Jahr nach der ersten Operation kam Patient Ende October 1897 in meine Behandlung. Er trug die linke Wange und den Hals verbunden und war sehr deprimirt, da er seit über einem Jahr fast unaufhörlich Schmerzen hatte, sich elend fühlte und mit den Verbänden am geselligen Verkehr nicht theilnehmen mochte. Die Inspection ergab am Halse, von den Dornfortsätzen bis zur linken Seite reichend, eine 9 cm lange, an der breitesten Stelle 3 cm breite, ovale Ulceration, die mit einer reichlichen Menge Eiter bedeckt war, an einzelnen Stellen fanden sich schwammige Granulationen. An der linken Wange war eine vom oberen Ansatz der Ohrmuschel bis zum Kieferwinkel reichende, ca. 8 cm lange, bis $2^1/_2$ cm breite Ulcerationsfläche vorhanden, welche dasselbe schlechte Aussehen zeigte wie diejenige auf dem Halse. An den Seiten des Halses, sowie unter dem Kinn waren einzelne kirschkern- bis pflaumengrosse Drüsen zu fühlen. Ich liess diesen Patienten zunächst täglich 2 Mal ein Läppchen mit 6proc. Jodvasogen auflegen. Nach einer Woche war nur noch eine minimale Secretion vorhanden, dafür waren zahlreiche Granulationen aufgeschossen. Ich habe dann 2 Mal wöchentlich mit 10-, später sogar mit 20proc. Jodvasogen die noch nicht

überhäuteten Stellen eingerieben, einige Male, nachdem ich vorher die schwammigen Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernt hatte, im Uebrigen legte der Patient 2 Mal, später 1 Mal täglich die Läppchen mit 6proc. Jodvasogen auf. Die Aetzungen mit 20proc. Jodvasogen waren nur dann schmerzhaft, wenn unmittelbar vorher die Granulationen entfernt waren; die Umschläge mit 6proc. Jodvasogen waren stets schmerzlos Nach einigen Wochen liess ich auch Jodvasogen innerlich nehmen und hat Patient im Ganzen 4 Flaschen eingenommen. Die Ueberhäutung ging sehr schnell vor sich, indessen blieb doch hin und wieder eine kleine, unterminirte Stelle, namentlich an den Rändern der Wunde, die immer wieder touchirt werden musste, so dass im Ganzen 3 Monate vergingen, bis Patient als vollkommen geheilt mit festen, glatten Narben entlassen werden konnte. Wenn man die Grösse der Wunden, die schlechte Beschaffenheit derselben und die vorausgegangene, langdauernde und erfolglose Behandlung bedenkt, gewiss keine zu lange Frist. Die Narben sind bis jetzt, nach 3 Monaten, gut geblieben. Die anfängliche Röthe ist verschwunden, Drüsen sind zur Zeit nirgends zu constatiren, Patient fühlt sich sehr wohl und frisch. In 3 Fällen von Ekzema capitis versagte das Jodvasogen vollständig, während Salicylzinkpaste hier Heilung brachte.

Eine inficirte Risswunde am Kinn, deren Ränder dick geschwollen und stark geröthet waren, wurde durch Jodvasogenverband in einigen Tagen geheilt. 3 nicht specifische Ulcera cruris, von denen das eine allen möglichen therapeutischen Eingriffen ½ Jahr widerstanden hatte, heilten ebenfalls in auffallend kurzer Zeit. Ferner habe ich behandelt 2 Fälle von Schleimbeutelentzündung des Knies und 4 leichte Verstauchungen, alle mit gutem Erfolge. Da hierbei zum Theil Eis, zum Theil Fixirung des betreffenden Gelenks mit Binden u. dergl. angewandt wurde, können diese Fälle nicht als beweiskräftig angesehen werden. In einem Falle von Plattfussschmerzen und 2 Fällen von Sehnenscheidenentzündung war das Jodvasogen erfolglos, ebenso in 3 Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus der Hand und einem des Hüftgelenks.

Von ausgezeichnetem Erfolge war die Einreibung des Zahnfleisches mit Jodvasogen in 2 Fällen von Periostitis alveolaris; die Schwellung ging bald zurück, die Schmerzen schwanden und die gelockerten Zähne wurden wieder fest. Ein mir bekannter Zahnarzt hat ebenfalls in 3 Fällen von besonders schwerer Periostitis und Stomatitis vorzügliche Resultate erzielt.

Bei gynäkologischen Fällen habe ich das Jodvasogen 6 Mal versucht, nämlich 2 Mal bei leichten Ulcerationen der Portio und Vagina mit gutem Erfolge, die Wunden waren nach 4 Tage lang fortgesetzter Pinselung geheilt, ferner 1 Mal in Gestalt von Eingiessungen im Speculum bei starkem Fluor albus in Folge alter Gonorrhoe mit geringem Nutzen; Holzessigeingiessungen wirkten bedeutend besser. Dagegen hatte ich sehr guten Erfolg durch Einführung von mit Jodvasogen getränkten Tampons bei zwei Fällen von parametritischem Exsudat, wo 1 Mal Ichthyol versagt hatte, und bei einer sehr ausgedehnten Hämatocele retrouterina, bei welcher sich das im Anfang über mannskopfgrosse Exsudat innerhalb 3 Monaten durch Moorumschläge, Salzbäder und die Tampons bis auf Faustgrösse verkleinert hat. Ich glaube, dass hier doch dem Jodvasogen ein beträchtlicher Antheil an dem Erfolge zuzuschreiben ist; den Beweis hierfür kann selbstverständlich erst eine grosse Anzahl ähnlicher Fälle liefern.

Als Ersatz der die Haut so schnell reizenden Jodtinctur habe ich Jodvasogen in 11 Fällen von Pleuritis resp. pleuritischen Schmerzen mit gutem und schnellem Erfolge gegeben. Die Schmerzen verschwanden meist noch an demselben Tage, die Reibegeräusche bei kleinen Pleuritiden ohne Dämpfung waren nach 2—3 Tagen beseitigt, und bei grösseren Exsudaten war der ganze Krankheitsverlauf ein milder, die Schmerzen gering, die Dämpfung ging relativ rasch zurück, das Athemgeräusch wurde schneller als sonst, deutlich hörbar, die Expectoration war leicht. In Folge dessen habe ich auch bei hartnäckiger Bronchitis, z. B. im Anschluss an Pneumonie, namentlich bei Kindern, Jodvasogen-Einreibungen in 6 Fällen versucht und war mit dem Erfolg recht zufrieden, die Secrete wurden leicht und reichlich expectorirt und die Rasselgeräusche waren nach 8—14 Tagen nicht mehr zu hören, nachdem vorher Wochen lang alle möglichen Solventia und Expectorantia, sowie hydropathische Maassnahmen ohne Nutzen angewandt worden waren.

Angeregt durch die Mittheilung des Herrn Collegen Kleist über die innerliche Verabreichung des Jodvasogen, habe ich dasselbe, und zwar nur das 6proc., ebenfalls innerlich verordnet, und zwar, wie schon erwähnt, insgesammt 51 Mal. Hiervon blieben unbeeinflusst: Keuchhusten 1 Fall, chronischer Gelenkrheumatismus 2 Fälle, weit vorgeschrittener Morbus Basedowii 1 Fall, Herzfehler 4 Fälle, Arteriosklerose mit Asthma 4 Fälle, Phthise 5 Fälle. Ich kann also die guten Erfolge, die Herr Oberstabsarzt Kleist bei Asthma und Arteriosklerose erzielt hat, leider nicht bestätigen. Die 4 Fälle betrafen alte Leute zwischen 52 und 71 Jahren, die an Arteriosklerose litten, die Herztöne waren rein, in 1 Fall starker Eiweissgehalt, alle klagten seit Jahren über Athemnoth, Herzbeschwerden etc. Keiner verspürte, selbst nach mehrwöchigem Gebrauch, Linderung. Dagegen sah ich Besserung resp. Heilung bei Struma, Pleuritis, Rheumatismus, Skrofulose, Lues und Bronchialcatarrh. Bei Pleuritis, 1 Fall, wurde die Resorption des Exsudates und die Expectoration anscheinend noch günstiger beeinflusst als bei der äusserlichen Anwendung, bei Rheumatismus 1 Fall, wo äusserliche Verordnungen, Bäder etc. nicht geholfen hatten, wurden die Schmerzen nach 1 Flasche Jodvasogen bedeutend geringer und das Allgemeinbefinden bei Weitem besser, bei Struma, 2 Fälle, wurde 1 Fall, in dem es sich um eine geringe Vergrösserung handelte, geheilt, ein anderer, bei welchem die Thyreoidea einen sehr bedeutenden Umfang hatte und derb anzufühlen war, war nur 18 Tage in Behandlung; hier wurden die Athembeschwerden geringer, das Drüsengewebe viel weicher, der Halsumfang, der an der Stelle der grössten Ausdehnung — es handelte sich um ein Mädchen von 19 Jahren — 41 cm betrug, maass nur noch 39 cm. Bei Skrofulose der Kinder, wo ich es in 5 Fällen anstatt Leberthrans verordnete, wurde in einigen Wochen das Aussehen ein gesünderes, die Drüsenschwellungen nahmen erheblich ab, Entzündungen der Augen und Nasenschleimhaut verschwanden, ebenso, falls sie vorhanden waren, die Hautausschläge; wunde Stellen wurden nebenbei äusserlich mit Jodvasogen gepinselt. Von Lues habe ich über 7 Fälle zu berichten, von denen 3 noch in Behandlung stehen; hier liegt die Infection 6—14 Jahre zurück, die Patienten hatten lange Zeit weder Jod noch Hydrargyrum bekommen und ihre Klagen sind mehr allgemeiner Natur, 2 haben sich bisher bedeutend gebessert. In den 4 anderen Fällen war die Infection neueren Datums, Inunctions- resp. Injectionscur waren erst kurze Zeit vorher beendet. Es handelte sich um Ulcerationen an den Mandeln und am weichen Gaumen, an den Schienbeinen, Exantheme an den Händen und dergl. Alle diese Symptome werden in 2—4 Wochen beseitigt. Bemerkenswerth ist namentlich 1 Fall, wo es sich um 2 speckig belegte Ulcerationen handelte, die eine 10 Pfennig-, die andere 5 Pfennigstück gross am weichen Gaumen, welche nach 14tägigem Gebrauch von Jodvasogen ohne jede örtliche Behandlung nur noch eine gut granulirende Wundfläche ohne jeden Belag zeigten und nach weiteren 8 Tagen vollkommen vernarbt waren.

Auffallend günstig und zu weiteren Versuchen ermuthigend sind auch die Erfolge bei hartnäckigem Bronchialcatarrh mit profusem Auswurf. In 3 Fällen von Bronchialcatarrh war die Behandlung erfolglos, weil ich das Jodvasogen gleich im Anfang der Erkrankung gegeben hatte, als noch eine starke Reizung der Schleimhäute ohne erhebliche Sekretion bestand. In 11 Fällen, die erst im späteren Stadium Jodvasogen bekamen, meist nachdem allerhand Expectorantien ohne Erfolg gegeben worden waren, verminderte sich der schleimig-eitrige Auswurf sehr rasch, wurde bald schleimig und hörte dann in kurzer Zeit ganz auf, nachdem die physikalischen Zeichen der Krankheit schon vorher verschwunden waren. Auffallend war in allen Fällen ohne Ausnahme die schon von Herrn Collegen Kleist beobachtete Zunahme des Appetites. Aus diesem Grunde und weil ich früher schon mit Jodtinctur guten Erfolg hatte bei Uebelkeit und Erbrechen, namentlich in der Gravidität, habe ich das Jodvasogen auch bei Magenerkrankungen versucht. In einem Fall von täglicher Uebelkeit in graviditate blieb diese fort falls 5 Tropfen genommen wurden; in 4 anderen Fällen handelte es sich um Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen nach dem Essen, Appetitlosigkeit. Alle diese Symptome wurden nach 5—14tägigem Gebrauch von Jodvasogen prompt beseitigt, nachdem vorher andere Medicamente ohne Nutzen gegeben worden waren.

Was die Dosis betrifft, so habe ich zu Einreibungen 10 Tropfen bis ½ Theelöffel 2—3 Mal täglich verordnet. Eine Reizung der

Haut oder Schleimhaut, wie das bei der Jodtinctur meist schon nach 1—2 Tagen der Fall ist, habe ich nur 1 Mal nach 14tägiger Einreibung der linken Rückenhälfte bei Pleuritis beobachtet; nachdem einige Tage ausgesetzt war, konnte die Einreibung noch weitere 14 Tage ohne jede Reizwirkung ausgeführt werden. Ebenso konnte das Zahnfleisch 8 Tage lang 3 Mal täglich mit Jodvasogen eingerieben werden, ohne auch nur empfindlich zu werden. Es kommt auch garnicht auf das energische, sondern auf das langdauernde Verreiben an, ausser wenn man zugleich eine Massagewirkung erzielen will. Ich habe stets durch leises Hin- und Herfahren mit der inneren Handfläche die Substanz so lange verreiben lassen, bis sie in die Haut eingedrungen war, was in etwa 10 Minuten geschieht. Bei den Ekzemen oder Wunden oder der Periostitis alveolaris wurden die betreffenden Stellen täglich, nachdem sie von Borken, Eiter und dergl. gesäubert waren, mittels eines an der Spitze eingekerbten und mit Watte umwickelten Holzstäbchens mit Jodvasogen betupft oder bestrichen.

Innerlich gebe ich 5—30 Tropfen 3 Mal täglich, bei kleinen, 1- bis 2jährigen Kindern fange ich mit 3 Mal täglich 3 Tropfen an und steige allmählich alle 2 Tage um 3 Tropfen bis auf 3 Mal täglich 6—8 Tropfen, grössere Kinder fangen mit 3 Mal täglich 5 Tropfen an und steigen täglich um 3, bis auf 3 Mal täglich 10 Tropfen, Erwachsene beginnen mit 3 Mal täglich 5—10 Tropfen, steigen eventuell täglich um 5—10 und bleiben dann bei 3 Mal täglich 15—30 Tropfen stehen. Was die verabreichte Jodmenge betrifft, so erhalten 90 Tropfen 0,27 gr Jod, während z. B. 3 Esslöffel einer Jodkali-Lösung von 6 : 200 etwa 0,45 gr Jod enthalten, also beinahe das doppelte, freilich an Kali gebunden und nicht frei wie im Vasogen.

Am geeignetsten erschien es mir, das Vasogen in Milch nehmen zu lassen, oder, wo diese nicht vertragen wird, in Thee oder Kaffee. Der Geschmack des Jodvasogens ist kein sehr angenehmer, da er Petroleum ähnlich fettig ist und nach Jod schmeckt, trotzdem hat mir nur ein Mal eine Patientin das Mittel zurückgewiesen, Kinder haben es nie verweigert, und diejenigen, welche früher Jodkali-Lösungen genommen hatten, zogen das Jodvasogen stets vor. Um das Jodvasogen leichter geniessbar zu machen, habe ich von der hiesigen Löwen-Apotheke, Jerusalemerstrasse, Gelatinekapseln mit 10—20 Tropfen Inhalt darstellen lassen, was erst nach mannigfachen Experimenten glückte, da das Jod die einfache Gelatine innerhalb einiger Tage zerfrisst. Ausserdem hat die genannte Apotheke Chocolade-Pastillen in 2 verschiedenen Ausführungen angefertigt, die je 10 Tropfen Jodvasogen enthalten und sich recht angenehm einnehmen lassen. Irgend eine unangenehme Nebenwirkung, wie Aufstossen, Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfall, Kopfschmerzen, Ausschlag habe ich niemals bemerkt, nur in 2 Fällen bekamen die sehr empfindlichen Patientinnen bei 3 Mal täglich 15 Tropfen geringen Schnupfen. Ich habe selbst versuchsweise 3 Wochen lang 3 Mal täglich 30 Tropfen in Milch genommen, ohne irgend eine Beschwerde zu verspüren. In ca. 20 Fällen, namentlich bei Kindern, habe ich den Urin wiederholt auf Eiweiss untersucht, aber niemals etwas constatirt.

Wenn ich nun das Facit aus meinen Beobachtungen ziehe, so möchte ich sagen, dass das Jodvasogen nicht in allen, wohl aber in den meisten Fällen die gebräuchlichen Jodpräparate, sowohl für den äusserlichen, als auch die für den innerlichen Gebrauch zu ersetzen vermag und vor den meisten erhebliche Vorzüge voraus hat. Ganz besonders würde es zu Einreibungen auf Haut und Schleimhaut an Stelle der Jodtinctur zu benutzen sein und innerlich an Stelle der Jodsalze und des Leberthrans. Was die einzelnen Indicationen für seine äusserliche Anwendung betrifft, so kann ich die seither aufgestellten Indicationen bis auf Keuchhusten und Lues bestätigen und neu hinzufügen: Pleuritis, Exsudate der weiblichen Sexualorgane, Periostitis alveolaris, nicht specifische Ulcera und scrofulöse Ekzeme.

Innerlich ist das Jodvasogen meines Wissens bisher nur von Herrn Collegen Kleist bei Arteriosklerose und bei Lues gegeben worden. Diese beiden Indicationen, von denen ich nur die zweite bestätigen kann, möchte ich noch erweitern durch folgende: Struma, Scrofulose, Pleuritis exsutativa, Bronchitis mit starker Sekretabsonderung und Brechneigung nebst Appetitlosigkeit. Ich bin mir wohl bewusst, dass die Zahl meiner einzelnen Fälle eine viel zu geringe ist, als dass sie ein endgültiges Urtheil mir zu fällen gestattete, aber ich glaubte, dass es erstens für die Mehrzahl von Ihnen von Interesse wäre, auch ein Mal therapeutische Beobachtungen aus der täglichen Praxis kennen zu lernen, und zweitens, dass mein Vortrag dazu anregen könnte, dass recht viele von Ihnen meine Angaben nachprüfen, damit durch eine grosse Anzahl von Fällen klar gestellt wird, ob ich Recht hatte, bei den oben erwähnten Krankheiten das Jodvasogen zu empfehlen.

Discussion.

Hr. Senator: Ich habe das Jodvasogen seit mehreren Jahren angewandt, theils äusserlich, theils, auf den Rath des Herrn Collegen Kleist, dem ich selbst das Mittel empfohlen hatte, innerlich. Angewandt habe ich es bei Pleuritiden, bei Drüsenschwellungen und Kropf, bei chronischer Bronchitis mit und ohne Bronchialasthma, auch bei Mediastinaltumoren und Arteriosklerose. Nun kann ein einzelner Fall für sich allein ja wenig beweisen, denn es ist ja nicht zu erwarten, dass wenn z. B. bei chronischer Pleuritis Jodvasogen eingerieben wird, im Handumdrehen ein Erfolg eintritt. Aber ich kann doch sagen, dass nach dem Gesammteindruck der Fälle das Vasogen die bisher gebräuchlichen, namentlich äusserlichen Anwendungsformen des Jod zu ersetzen im Stande ist. Wie der Herr Vortragende schon erwähnt hat, wird es äusserlich viel besser vertragen, als die Jodtinctur. Davon, dass das Jod resorbirt wird, kann man sich nach wenigen Einreibungen durch den Nachweis von Jod im Urin überzeugen.

Zum innerlichen Gebrauch habe ich das Vasogen hauptsächlich bei Arteriosklerose und, wie gesagt, bei chronischer Bronchitis, auch wohl mit Bronchialasthma, benutzt, und gefunden, dass es mindestens ebenso günstig wie Jodkalium und zuweilen besser vertragen wird. Ich habe allerdings immer nur 6procentiges Jodvasogen angewandt und zu 5—10 Tropfen mehrmals des Tages, gewöhnlich in Milch nehmen lassen. Ich kann also der Empfehlung des Herrn Vortragenden durchaus beistimmen.

Hierbei möchte ich noch an eine Anwendungsweise des Jodkalium erinnern, die, wie es scheint, noch nicht bekannt genug geworden ist, und die von meinem Assistenten Dr. A. Kirstein empfohlen wurde, nämlich die Anwendung von Jodkalium in sog. „Minimalklystiren". Man verschreibt es ganz so wie innerlich, 5—8 auf 200, und lässt drei Mal des Tages einen Esslöffel in den Mastdarm spritzen. Es wird so ausserordentlich gut vertragen und zeigt dieselben therapeutischen Wirkungen wie Jodkalium bei innerlicher Verabreichung.

Hr. Kleist: Nach den Mittheilungen des Herrn Friedländer habe ich wenig hinzuzufügen. Indess, da er wiederholt auf mich recurrirt hat, will ich doch das Wenige Ihnen hier vorführen. Wie Sie hören, ist es von mir vorzugsweise gegen Herzneurose, gegen Orthopnoe, gegen Herzbeschwerden, die in Verbindung mit Arteriosklerose gebracht werden, angewandt worden, und, wie ich wohl sagen kann, mit Glück angewandt worden. Von mir selbst sehe ich ab, da man in eigener Sache ja nicht Richter sein kann, und wiederhole hier nur im Anschluss an das s. Z. in der Klinischen Wochenschrift Veröffentlichte, dass ich die innerliche Wirkung des im Vasogen gut gelösten bezüglich suspendirten Jod, mit Ausschluss des Herzgiftes Kali (im Jodkalium) und ohne die ätzenden Wirkungen der Jodtinctur, zuerst an mir selbst nach sorgfältiger Erwägung alles für und wider mit nachhaltigem Erfolge probirte und mir weiterhin nach Constatirung dieses Erfolges auch die Billigung meines Verfahrens von Herrn Senator, meinem ärztlichen Berather bei meinem Herz- und Nierenleiden, holte, dem ich weiterhin Dosis und Gebrauchsform mittheilte. Demnach kann ich auch hier nur bestätigen, dass, sobald ich Anfälle dieser, im Wesentlichen auf Arteriosklerose, ohne Klappenfehler, beruhenden Herzbeklemmungen verspürte, ich nach kürzerem oder längerem Gebrauch des Präparates Beseitigung aller damit zusammenhängenden Beschwerden erreicht habe. Ich bin von vielen Collegen aus Deutschland, aus Europa, auf den kurzen Artikel in der Medicinischen Wochenschrift hin befragt worden und habe daraus erst entnommen, dass die Herzbeklemmung bei uns Aerzten eine ziemlich weit verbreitete Krankheit ist. Nach den verschiedenen Mittheilungen, die mir von ärztlicher Seite gekommen sind, glaube ich auch annehmen zu dürfen, dass das Mittel mit mehr oder weniger nachhaltigem Erfolg dort gebraucht worden ist. Indess habe ich davor gewarnt, es anzuwenden, wenn vollständige Herzverfettung beziehungsweise vorgeschrittene Sklerose und Verengerung der Coronaarterien bestehen, und habe auch gemeint, bei Complication mit schweren Nierenerkrankungen davor warnen zu sollen. Gleichwohl muss ich gestehen, dass ich bei mir und Anderen beobachtet

habe, dass man es brauchen konnte auch bei schon vorhandener parenchymatöser Nierenentzündung und bei beginnender Nierenschrumpfung, ohne Eiweissvermehrung resp. Eiweissbefund nach längerem Gebrauch nachweisen zu können. Im Quantum bin ich nicht über 20 Tropfen hinausgegangen. Ich habe von dreimal 15 bis dreimal 20 Tropfen täglich, in 8—14 tägigen Zwischenräumen um je 2 bis 5 Tropfen auf- und absteigend, die 6 procentige Lösung (nur diese) gebraucht und werde das Präparat jedenfalls in einschlägigen Fällen weiter brauchen. Demnach möchte ich die Collegen bitten, auch Versuche damit zu machen. Es hat keine Nachtheile, regt sicher den Appetit an und wird in vielen Fällen Nutzen bringen. [1])

Hr. Rubinstein: Ich habe vor längerer Zeit von der Firma Klever & Co. in Cöln eine grössere Quantität von Vasogen zugesandt erhalten und diese in 21 Fällen bisher angewandt. Ich habe verwendet $1\frac{1}{2}$ proc. Jodoformvasogen, 6-, 10-, 20proc. Jodvasogen, Guajacolvasogen, 20proc. Kreosotvasogen. Das 6proc. Jodvasogen wurde auch innerlich gegeben. Ich nahm selber eine Woche lang bis 3 Mal täglich 15 Tropfen in Wasser, ohne schädliche Nebenwirkung und ohne überhaupt etwas zu bemerken, auch nicht die gerühmte Appetitsstörung. Das Mittel adhärirt leicht in dem Glase. Ueber die Wirkungen im Einzelnen habe ich Folgendes zu sagen:

1. Gelenkkrankheiten. Behandelt wurden: 7jähriger Knabe mit Synovitis genu simplex, 6proc. Jodvasogen zur Einreibung, örtlich. Knirschen und Schwellung der Synovialis schwindet bei täglich einmaliger Anwendung binnen 5 Tagen. — 35jähriges Fräulein mit Gonitis syphilitica beiderseits. Patientin ist bereits früher an Lues behandelt worden, 1891 durch einen Kuss inficirt, 15. IX. 96 starke synoviale Schwellung beider Kniegelenke, besonders rechts, Schmerzhaftigkeit auf Druck, r. Knie wenig beweglich, Patella nicht fixirt. 10proc. Jodvasogen zu Einreibungen. 13. X. 96. Knie sehr gebessert, abgeschwollen, Beweglichkeit bedeutend besser. Später 10proc. Jodvasogen auch innerlich, 8 Tropfen 3 Mal täglich in Wasser, Einreibung für beide Kniee zusammen 1 Theelöffel einen Tag um den andern, später 20proc. Jodvasogen zur Einreibung. Hat es angeblich nicht gut innerlich vertragen, Appetit etwas geringer, Haut am Knie wird durch Einreibung spröde. 29. IX. 97. Patientin war inzwischen noch in Oeynhausen, kann jetzt Walzer tanzen, geht ohne zu hinken. — Arthritis deformans. Mann, 68 Jahre, fiel 1892 auf das l. Knie, jetzt Contracturstellung mässigen Grades, Schwellung der Ligg. olaria, grobes Knirschen. 6proc. Jodvasogen, Soolbäder, Einwickelungen. Nach 4 Wochen: Subjectiv nichts gebessert, Knirschen geringer, Beweglichkeit gut, Haut durch Jod runzlig, Streckfähigkeit gut. — Gonorrhoische Handgelenksentzündung. Mädchen, 29 Jahre. 6. I. 97. L. Handgelenk steif, Kapsel geschrumpft, Fluor vaginalis besteht noch; Einreibungen mit 20proc. Kreosotvasogen. 13. I. 97. Patientin hat nur 2 Mal eingerieben, weil das Brennen auf der Haut unerträglich war. Jetzt Massage mit 10proc. Jodvasogen. Nach etwa 15 Massagen ist die Beweglichkeit der Hand im Gelenk besser. Patientin kann bereits leichtere Gegenstände festhalten, was vorher unmöglich war.

2. Lues: 6 Fälle, alle inveterirt, davon wurden 3 Fälle zugleich auch äusserlich mit 6proc. Jodvasogen behandelt. Bemerkenswerth ist besonders: S., 37 Jahre alt, Techniker; seit 1895 Anschwellung auf dem Sternum, 1892 Schanker, zuerst kein Ausschlag, dann Hyperämie, Plaques im Munde. Auf der medic. Klinik in Jena mit Schmiercur behandelt. 30. VI. 97. 3 Markstück grosses, unten z. Th. erweichtes Gumma in der Haut des Sternums, nahe dem Proc. xiphoid. Seit 2 Jahren Auswurf. 13. VIII. 97. Geschwulst am Sternum völlig geschwunden nach Verbrauch von 6 Flaschen K. J., es besteht an der Stelle des Gumma nur noch eine hyperämische Narbe. Darauf Jodvasogen, 6proc., innerlich, 3 Mal täglich 12 Tropfen. Nach 4wöchentlichem Gebrauch des Vasogens neue Schwellung an der Stelle der früheren Gummigeschwulst, die auf K. J. in 3 Wochen nunmehr definitiv verschwindet. — Ferner bemerkenswerth: Frau R., 43 Jahre, Lues. Seit 2 Jahren Ausschlag am Knie. 19. VII. 97. Ausschlag (tertiäres serpigen. Hautsyphilid) zum grössten Theil abgeheilt, Haut an den geheilten Stellen dünn und glatt. Hat zuerst 6 Flaschen K. J. (3 : 150) genommen. 19. VIII. 97 bestehen noch Ulcera an beiden Knieen, neben Narben. Vom 1. X. 6proc. Jodvasogen innerlich, 3 Mal täglich 8 Tropfen in Wasser. 25. X. Ulcera am Knie fast vernarbt, Vasogen fortgesetzt, innerlich und äusserlich.

3. Ulcera cruris: 4 Fälle, auf syphilitischer Basis, 3 nicht specifisch. In den letzten 3 Fällen wurde $1\frac{1}{2}$ proc. Jodoformvasogen angewandt, der Erfolg war glänzend. Es verlor sich sehr bald die Schmerzhaftigkeit, wie die Schlaflosigkeit, von welcher diese Patienten gewöhnlich geplagt sind. Der letzte Fall konnte wegen Verzugs der Patientin nicht bis zu Ende verfolgt werden, doch war nach 3monatlicher Behandlung unter täglich gewechseltem Verband das im Anfang 15 ccm grosse Ulcus bis auf die Hälfte verkleinert, die Granulationen fast im Niveau der äusseren Haut. Ein Uebelstand ist der Jodoformgeruch, der dem Vasogen auch anhaftet. Von anderer Seite sind ebenfalls gerade bei Ulcus cruris günstige Wirkungen des Jodoformvasogens berichtet worden.

4. Struma pupertatis: 2 Fälle, 18 und 17 Jahre alt. Die weiche Struma wurde mit 6proc. Jodvasogen täglich eingerieben. Die Heilung ist hierbei schwer festzustellen, doch war im Laufe von 2 Monaten regelmässige Verkleinerung der Strumen zu bemerken. Die Patientinnen haben sich seit mehr als 4 Monaten nicht wieder vorgestellt.

5. Skrofulose: 2 Fälle, beides Kinder, wiesen skrofulöse Halsdrüsen, Schwellung der Oberlippe und Ekzem an den Nates auf. Im ersten Fall gingen die Drüsen lediglich durch Einreibung von Guajacolvasogen zurück, im zweiten wurde ein Theil der Drüsen exstirpirt, der Rest bildete sich binnen 3 Wochen völlig zurück. Es wurden mit Guajacolvasogen getränkte Tampons als Wundverband benutzt bis zur Heilung. Die Wirkung des Mittels war hier augenfällig.

6. Ulcus molle: 2 Fälle. In dem einen war das Oedem am Penis sehr stark, der Sulcus coronarius und die Eichel rings herum mit Geschwüren bedeckt. Um die Geschwüre zugänglich zu machen, musste zuvor die Phimosenoperation ausgeführt werden. Dann wurden kleine Wattetampons, zuerst mit Jodoformvasogen, und als dieses des Geruchs wegen perhorrescirt wurde, mit 6proc. Jodvasogen getränkt, eingelegt. Das erste Mittel wurde 14 Tage lang angewandt, in welcher Zeit die Geschwüre sich reinigten und gute Granulationen aufwiesen, nach 6 Wochen waren sie grösstentheils vernarbt. Als später ein maculöses Syphilid auftrat, bekam Patient, ein 32jähriger Mann, auch 6proc. Jodvasogen innerlich, erbrach es aber angeblich und konnte es nach dem ersten Mal nicht weiter nehmen. Der 2. Fall heilte mit Jodoformvasogen in 3 Wochen.

Weiter habe ich 6proc. Jodvasogen äusserlich angewandt in einem Fall von Epididymitis chron. gonorrh. (34jähr. Mann) mit nach dem Samenstrang ausstrahlenden Schmerzen. Heilung in einer Woche, innerlich bei der Arteriosklerose eines 73jährigen Mannes, 4 Wochen lang 3 Mal täglich 12 Tropfen. Der Gang der Krankheit wurde nicht aufgehalten, Patient ist im letzten Monat einem stenokardischen Anfall erlegen, doch befand er sich während des Vasogengebrauchs gut und hatte keine Anfälle.

Endlich habe ich in einem Falle Jodoformvasogen zum Einspritzen in tuberculöse Fistelgänge und Einreibungen der Haut über tuberculösen Herden, zum Verband tuberculöser Wunden benutzt. Die Secretion der Fisteln liess dabei nach, doch kann ich über einen durchschlagenden Erfolg bisher nicht berichten.

Im Ganzen bilden die Vasogene wohl eine häufig mit Nutzen zu verwendende Bereicherung des Arzneischatzes.

1) Nachträglich bemerke ich noch bei der Correctur, dass ich, abgesehen von Fällen vorgeschrittener Syphilis, 6proc. Jodvasogene auch in 2 Fällen von stark ausgesprochener Neurasthenie bei nicht anämischen Damen mit gutem Erfolge angewandt habe. Nach Verbrauch je einer 50 Grammflasche einer zu innerlichem Gebrauch mir frisch zubereiteten, vollständig klaren 6proc. Jodvasogenlösung (Dosis 3 Mal täglich 10 Tropfen bis 15 Tropfen steigend) waren alle neurasthenischen Erscheinungen so gut wie verschwunden. Die Wirkung suchte ich mir durch eine von mir angenommene Aufsaugung irgend welcher schädlicher Ablagerungen in den Nervenscheiden der leidenden Theile zu erklären. In das grosse dunkle Gebiet der Aufsaugung und Umstimmung ist wohl auch die sichere Wirkung bei Lues zu verweisen.

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Lutego 1899. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue de Saints Pètres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 81, rue de Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Do dzisiejszego Numeru dołącza się odbitkę z Münchener Medicin. Wochenschrift Nr. 23 i 24 1898, zawierającą pracę **Doc. Dra Karola Ullmana p. t. „Ueber Vasogene als Vehikel für locale Hautbehandlung“.**

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Lutego 1899. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

Wielka ilość ogłoszonych w ostatnich latach prac z zakresu niedrożności jelit, świadcząca o żywotności tematu i trudnościach, napotykanych przy badaniu tego zawikłanego zagadnienia, nie zdołała jednak wyrównać różnic w zapatrywaniach poszczególnych autorów, choćby tylko w tak zasadniczych sprawach, jak objawy kliniczne. Najważniejszym tego powodem, zdaje się, jest brak prac, opartych na wielkim a jednolitym materyale klinicznym.

Jedynym w tym względzie wyjątkiem jest znakomita praca Obalińskiego, ogłoszona w roku 1893 na podstawie 110 przypadków, operowanych przez niego z powodu objawów niedrożności (*„ileus“*). Od r. 1893 aż do końca zasłużonego życia niezapomniany Profesor pracował usilnie w wytkniętym kierunku, a owocem tych trudów miało być dzieło, oparte na jeszcze większem doświadczeniu, zebranem w ostatnich latach sześciu.

Postępując zatem w myśl zmarłego Profesora, zebrałem materyał z całej działalności Obalińskiego na tem polu, obejmujący 156 przypadków t. j. 91 ogłoszonych już przez Obalińskiego w r. 1893 i 65 przypadków leczonych w ostatnich latach sześciu, a jeszcze nie ogłoszonych. Różnica pomiędzy statystyką Obalińskiego z r. 1893 a niniejszem zestawieniem jest ta, że Obaliński rozpatrywał w swej pracy wszystkie przypadki, które operował z powodu objawów niedrożności (*„ileus“*); w mojem zaś zestawieniu odpowiednio do życzenia Obalińskiego pomieściłem tylko przypadki niedrożności jelit wewnętrznej na tle mechanicznem. Z tego też względu musiałem ze statystyki dawnej opuścić przypadki zebrane:

1) W tab. V. pod tytułem: Niedrożność jelit wywołana zapaleniem otrzewnej dziurawiącem *(occlusio intestinorum interna ad peritonitidem perforativam)* przypadków 9.

2) W tab. XIII.: Zapalenie otrzewnej *(Peritonitis)* przypadków 3.

3) W tab. XIV.: Przepukliny uwięzgnięte ukryte *(Herniae incarceratae occultae)* przypadków 6.

4) Wreszcie w tab. XII.: Niedrożność jelit, wywołana przez ucisk *(occlusio intestinorum e compressione)* przypadek 1 (100).

Cały materyał zestawiłem w 15 tablicach wedle rodzaju niedrożności. Przypadki uwzględnione w dawnej statystyce oznaczono *.

TABLICA I.

Skręt kiszki esowatej. *Torsio flex. sigm.* Przypadków 31.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
1*	Wincenty R., l. 27.	8 dni	Brzuch jednostajnie wzdęty. Wymioty kałowe. Ruchów niema.	*Occlussio intestin.*	*Laparotom. Detorsio.*	*Peritonitis universalis.*	*Torsio flex. sigm.*	*Mors* w 48 godzin.	Stolec zaraz po odkręceniu.
2*	Aron Alter, l. 20.	5 dni	Podobne przypady już kilkakrotnie. Znaczne bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Ruchów robaczk. niema. Wymioty skąpe. Przelewanie się w jelitach. Siły dobre.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparotom. Punctio Detorsio.*	Kiszka gruba rozdęta, różowa. Jelito cienkie i kiszka prosta zapadnięte. W jamie otrzewnej płyn jasny.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* 10 dnia	Stolec zaraz po odkręceniu.
3*	Tenże, w 4 miesiące później.	8 dni	Obraz niejasny. Ciepłota 38·7.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Laparot. Detorsio punctio.*	Płyn w jamie otrzewnej. Jelita cienkie rozdęte, nastrzykane.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 3 dnia.	Sekcya wykazała przedziurawienie jelita z powodu wrzodu tyfusowego. Przy rozpoznaniu przed operacyą opierano się głównie na przypuszczeniu nawrotu.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
4*	Majlech Fürst, l. 46.	8 dni	Wymioty późno się pojawiły. Bóle znaczne. Wzdęcie niejednostajne.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis incipiens.*	*Laparot. Anus praeter naturam.*	Otrzewna silnie nastrzykana.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 9 dnia.	Stolec kilka razy po operacyi.
5*	Błażej Pająk, l. 60.	10 dni	Był przed 8 dniami w szpitalu, lecz nie zgodził się na operacyę. Rysunek jelit rozdętych wybitny, siły słabe.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Laparot. Detorsio.*	—	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, które wyszło od krezki pętli esowatej.
6*	Jakób Górnisiewicz, l. 37.	4 dni	Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruchu robaczkowego niema. Wzdęcie miejscowe b. wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	Kiszka esowata rozdęta, skręcona i silnie zaczerwieniona.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* w 14 dni	Po odkręceniu zaraz stolec.
7*	Tenże w rok później.	3 dni	Wymiotów niema. Bóle znaczne. Ruchu robaczk. niema. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	*Peritonitis.*	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 4 dnia.	Po odkręceniu stolec. Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, które wyszło z krezki pętli esowatej.
8*	Izrael Brandt, l. 72.	4 dni	Wzdęcie jednostajne, wymioty, bóle ciągłe, czkawka.	*Occlusio intest. subs. peritonitid.*	*Laparot. Enterotom. Detorsio.*	Cała kiszka gruba powyżej pętli esowatej silnie rozdęta. *Peritonitis.*	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 4 dnia.	Polepszenie przez 2 dni, poczem objawy zapalenia otrzewnej wzmagają się.
9*	Marya Żuchanicka, l. 53.	7 dni	Wymioty późno. Ruchy robaczkowe wzmożone. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	—	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 18 dni	W kilka godzin obfity stolec.
10*	Ta sama w 5 tygodni później.	18 godzin	Wymioty kałowe, bóle znaczne, wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. sigm.*	*dtto*	—	*dtto*	*Mors* 10 dnia.	Stolec podczas operacyi, później ciepłota do 38·7. Język suchy. Biegunka.
11*	Franciszka Jamrozik, l. 40.	5 dni	Znaczne bóle napadowe. Siły słabe. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Enterotom. Detorsio.*	Kiszka esowata tak rozdęta, że dała się odkręcić dopiero po enterotomii.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 8 dni.	
12*	Ta sama w 10 miesięcy później.	24 godzin	Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruch robaczkowy wzmożony. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.*	—	*dtto*	*Sanata* w 3 tygodnie.	Dla uniknięcia nawrotu wycięto całą kiszkę esowatą.
13*	Hinda Teichner, l. 45.	12 dni	Siły słabe. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.* 47 cm.	—	*dtto*	*Mors* w 24 godzin.	*dtto*
14*	Marcin Nowak,	5 dni	Zapad. Ruch robaczkowy wzmożony. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Detorsio.*	—	*dtto*	*Sanatus* w 14 dni	
15*	Mordko Knispel, l. 60.	5 dni	Wymiotów niema. Ruch robaczkowy nie widoczny. Przelewanie się. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.* 56 cm.	--	*dtto*	*Mors* w 4 tygodnie.	Sekcya wykazała zapalenie płuc. Miejsce szwu zupełnie zagojone.
16*	Franciszek Owczarz, l. 33.	4 dni	Siły dobre. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruchu robaczkowego niema. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*dtto*	*Laparot. Detorsio.*	—	*dtto*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
17*	Kobieta A—Z., l. 59.	3 dni	Siły dobre. Wymiotów niema. Przelewanie się płynu. Bóle napadowe. Ruchów robaczkow. niema. Wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	Przy laparotomii znaleziono rozdęcie tylko kiszki esowatej.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 4 tygodnie.	
18	Mortko Goldner, l. 19.	10 dni	Nagle gwałtowny ból. Wymioty dopiero po 3 dniach choroby. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej miejscowo kiszki esowatej podczas bólu.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio Enterotom.*	Kiszka gruba powyżej skrętu i część jelita biodrowego rozdęte.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus.*	
19	Tomasz Tiszczenko, l. 58.	6 dni	Nagle silny ból. Wymioty tylko raz obok bólu stałego; silne bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Ruchów niema.	*dtto*	*Detorsio Colopexia.*	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta. Otrzewna zaczerwieniona.	*dtto*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
20	Izrael Ellenbogen, l. 69.	4 dni	Przewlekło zaparcie stolca. Siły słabe. Bóle napadowe. Bolesność przy ucisku. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*dtto*	Otrzewna nastrzykana, przyćmiona.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 3 dni.	*dtto*
21	Wojciech Musialski, l. 45.	5 dni	Od dłuższego czasu zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Siły b. słabe. Bóle napadowe. Bolesność znaczna. Ruchów niema. Wzdęcie niejednostajne.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio flex. sigm.*	Kiszka esowata zgorzelinowa, otrzewna przyćmiona.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	*dtto*
22	Krystyna Miarka, l. 55.	3 dni	Od 3 tygodni zaburzenia jelitowe. Stan ogólny dość dobry. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się kiszki wśród napadu bólu.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio Entero-anastomosis.*	Kiszka gruba powyżej skrętu silnie rozdęta. Kiszka esowata po opróżnieniu ma dążność do skręcenia się o 180°.	*Torsio flex. sigm.*	*Mors* w 8 dni.	Entero-anastomosis wykonano ze względu na dążność kiszki esowatej do skręcenia się. Sekcya wykazała zapalenie płuc.
23	Tomasz Bieniek.	4 dni	Nagle gwałtowne bóle. Siły słabe. Wymiotów niema. Bóle napadowe obok stałych. Wzdęcie miejscowe. Ruchów niema.	*dtto*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a.	Kiszka gruba i część jelita biodrowego rozdęte.	*dtto*	*Mors* w 5 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
24	Józef Skorus, l. 68.	8 dni	Nagłe bóle. Zapad. Nudności. Bóle stałe. Bolesność znaczna. Wzdęcie niejednostajne. Ruchów brak.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio, anus praeter naturam.*	Kiszka esowata zgorzelinowa. Przedziurawienie. Kał w jamie brzusznej.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis perforativa.*	*Mors* w kilka godzin.	*dtto*
25	Dwojra Greschler, l. 53.	3 dni	Nagłe bóle. Wymioty kilka razy z początku. Siły dobre. Bóle napad. Wzdęcie miejscowe. Ruchów brak.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a. Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 25 dni.	
26	Antoni Lembas, l. 72.	4 dni	Zapad. Wzdęcie jednostajne. Bóle ciągłe. Bolesność znaczna. Ruchów brak. Wymioty ciągłe.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio, anus praeter naturam.*	Kiszka esowata zgorzelinowa.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek.	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
27	Franciszek Owczarz, l. 35. (patrz L. p. 16*).	2 dni	Wymioty kilka razy dziennie. Bóle napadowe. Bolesność nad talerzem biodrowym lewym. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* w 23 dni.	Operowany z powodu skrętu kiszki esowatej przed 3 laty.
28	Tenże.	3 dni	Stan dobry. Bóle napadowe. Wymioty. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej kiszki.	*dtto*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a. Worek Mikulicza.	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 14 dni.	Obecny skręt już po raz trzeci, przedostatnia operacya przed 7 miesiącami.
29	Franciszek Taraszek.	?	Zapad. Wymioty ciągłe. Bolesność znaczna. Wzdęcie niejednostajne. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio flex. sigm.*	Kiszka esowata zgorzelinowa.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
30	Marya Matysik.	4 dni	Stan dość dobry. Wymiotów brak. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 16 dni.	
31	Jan Bednarczyk.	4 dni	Stan dobry. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 30 dni.	

Z zestawienia tego wynika, że u ludzi w wieku średnim, gdyż 21 razy między 30 a 60 rokiem życia, nagle wśród zupełnego zdrowia pojawiały się gwałtowne bóle napadowe obok bólu stałego bez dokładnego zazwyczaj umiejscowienia wraz z zupełnem zatrzymaniem stolca i wiatrów. Wymiotów albo całkiem nie było, albo pojawiały się późno. Wymioty kałowe wystąpiły tylko u 2 chorych, a mianowicie raz (przyp. 10) już po 18 godzinach, w drugim zaś przypadku (1) po 8 dniach choroby. Bóle napadowe wzmagały się tak co do nasilenia jak i częstości. W czterech przypadkach (8, 24, 26, 29.) z bólami jednostajnymi znaleziono wśród operacyi zapalenie otrzewny, a z tych w 3 (24, 26, 29.) zgorzel kiszki esowatej.

Badanie dokonywane wśród rozmaitego okresu choroby, gdyż począwszy od 18 godzin aż do 12 dnia choroby (średnio dni 5), wykazywało brzuch znacznie, niejednostajnie wzdęty z dokładnie widocznem i wyczuwalnem wzdęciem miejscowem w postaci wału obłego, nieruchomego, ciągnącego się od talerza biodrowego lewego ku dołkowi podsercowemu lub podżebrzu prawemu, o ostrych zarysach, powierzchni równej. Wypuk nad nim był wysoki bębenkowy. W 6 przypadkach (1, 8, 21, 24, 26, 29.) wzdęcia miejscowego nie wybadano. Ruchy robaczkowe jelit dostrzeżono tylko 3 razy (9, 12, 14.) W 6 przypadkach (18, 22, 27, 28, 30, 31.) było wybitne stawianie się rozdętej miejscowo pętli jelitowej.

Przebieg choroby w tej formie niedrożności bywał bardzo różnorodny, począwszy od bardzo gwałtownego aż do obrazu prawie przewlekłego, co odpowiednio do poglądów Samsona należy odnieść do siły skręcenia.

Leczenie polegało we wszystkich przypadkach na szerokiem otwarciu jamy brzusznej i wykonaniu stosownie do znalezionych zmian patologicznych, odpowiedniego zabiegu.

Zapalenie otrzewny znaleziono 9 razy (3, 4, 8, 10, 19, 21, 24, 26, 29.) z tego w 4 przypadkach (21, 24, 26, 29) zgorzel kiszki esowatej. Wobec tego odkręcono kiszkę 26 razy, przyczem w 4 przypadkach nadmiernego rozdęcia kiszki esowatej nacięto ją dla wypuszczenia nagromadzonej treści. 3 razy ze względu na pośpiech w operacyi wobec zapadu chorego założono rzyć sztuczną po poprzedniem wycięciu zgorzelinowej pętli (4, 24, 26.). Wreszcie 2 razy (21, 29.) wycięto zgorzelinową pętlę i założono szew okrężny. (C. d. n.).

II. Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka we Lwowie.

O zastosowaniu protargolu w okulistyce

Podał
Dr. Adam Szulisławski,
sekundaryusz oddziału ocznego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Chcąc ułatwić czytelnikowi wyrobienie sobie ile możności wszechstronnego poglądu na działanie protargolu w ostrym śluzoropotoku, wybieram z szeregu leczonych w ten sposób przypadków, trzy najznamienniejsze, z których każdy przedstawia odrębne, właściwe sobie cechy, a które razem dają dość dokładny obraz tej choroby, ze wszystkiemi mniej więcej możliwemi powikłaniami i we wszystkich jej okresach.

I. S. K. 18-letni student gimn. przybył 3-go dnia po wybuchu choroby na lewem oku. Powieki były tak silnie obrzmiałe, że odwrócenie górnej niemałe przedstawiało trudności. Spojówka powiek pokryta szarą wypociną błoniastą. Spojówka gałki obrzmiała (chemotyczna), tworzy gruby, twardy wał, okalający rogówkę i pokrywający rąbek i brzeg rogówki, której powierzchnia dotychczas nie przedstawia wprawdzie żadnego ubytku, ale jest lekko zaćmiona, jakby nachuchana, a więc przybłonek rogówki, ta naturalna i jedyna ochrona przed zakażeniem, był już chorobowo zmieniony. Pod wpływem protargolu zmniejsza się wydzielina z dnia na dzień wyraźnie i szybko, obrzmienie opada, a w ciągu 6 dni przybłonek rogówkowy staje się lśniącym i przeźroczystym. Po 25 dniach chory opuszcza oddział, jako wyleczony, z rogówką zupełnie nienaruszoną; pozostał tylko następowy przerost ciała brodawkowego.

II. A. W. dziewczyna 18-letnia, zgłasza się z ostrym śluzoropotokiem obydwu oczu. Pr. o. od 7 dni. Znaczne obrzmienie spojówki powiek i gałki. Obfita wydzielina ropna. Na rogówce głęboki wrzód w dolno-wewnętrznym kwadrancie, sięgający do najgłębszych warstw rogówki 4—5 mm. w średnicy, grożący przebiciem. L. o. od 4 dni. Stan spojówki podobny, jak na prawem oku. Rogówka czysta. Następnego dnia przebił wrzód rogówkę na pr. o. Wypadnięcie tęczówki. W ciągu dwu tygodni ciągłego stosowania protargolu, wydzielina bardzo powoli się zmniejsza, choć wyraźnie przybiera charakter więcej śluzowy. Mimo to wrzód na prawej rogówce ani o włos dalej nie postąpił, oczyszcza się. Lewa rogówka czysta. Chora na własne żądanie opuszcza stały oddział i przebywa dalsze leczenie ambulatoryjnie. Wynik korzystny. Gojenie wrzodu prawidłowe. Lewa rogówka nienaruszona.

III. H. G., lat 64, leczona w klinice okulistycznej. Pr. o. Spojówka silnie obrzmiała, ale już mięka, pokryta szarym nalotem, nie dającym się spłókać, po którego oderwaniu spojówka krwawi. Spojówka gałki obrzmiała (chemotyczna) tworzy szeroki wał, pokrywający znaczną część rogówki, tak że tylko środek jej widoczny. Po ostrożnem podniesieniu tego wału pręcikiem szklanym okazuje się podłużny naciek rogówki w dolno-zewnętrznym kwadrancie. L. o. przedstawia tylko objawy lekkiego nieżytu. Na drugi dzień pobytu w klinice spojówka powiek l. o. obrzmiewa, tworzy się obrzmienie spojówki gałki. Wydzielina śluzowo-ropna obfita. Po trzech dniach stosowania protargolu objawy te na oku lewem zupełnie ustąpiły, tak że do rozwinięcia się groźniejszych objawów ostrego śluzoropotoku wcale nie przyszło. Leczenie prawego oka stosownie do stanu, w jakim je podjęto, przebiegało również korzystnie, ale już po pierwszych 10 dniach stałego używania protargolu wpływ jego wyraźnie zaczął słabnąć. Wrzód, który się wytworzył w miejsce nacieku, nie okazywał wprawdzie i tu dążności do szerzenia się, ale wydzielina (już teraz nieobfita i cienka) również i obrzmienie spojówki nie ustępowały tak szybko, jakby sobie tego życzyć należało. Przystąpiono przeto do stosowania azotanu srebrowego, poczem wcale niedwuznacznie się okazało, że w tym okresie cierpienia działanie jego jest energiczniejsze i pewniejsze.

Z zestawienia tych trzech przypadków, z których każdy jest niejako przedstawicielem pewnej gromady, widać, że działanie protargolu w ostrym śluzoropotoku nie jest bynajmniej jednostajne. A mianowicie w przypadkach już r o z w i n i ę t e j c h o r o b y, nawet z ciężkimi objawami, a l e z u p e ł n i e ś w i e ż y c h (przyp. I.), działanie jego jest bezwarunkowo bardzo korzystne i szybkie. I tem bardziej przyznałbym mu w tych razach pierwszeństwo nad innymi środkami, że przy swoich wybitnych własnościach przeciwgnilnych, działa łagodnie, przy stósowaniu sprawia ból bardzo tylko nieznaczny i że brak mu wszelkich własności żrących, co już samo przez się mogłoby mu zapewnić wybitne znaczenie w leczeniu śluzoropotoku. Zresztą ta okoliczność, że we wszystkich przypadkach, któreśmy objęli w leczenie z nienaruszoną rogówką, nie przyszło do wytworzenia się jakichkolwiek powikłań na rogówce, mówi sama za siebie.

Powtóre w przypadkach ś w i e ż e g o z a k a ż e n i a, a więc tam, gdzie gonokoki znajdują się w warstwach powierzchownych i nie miały jeszcze czasu przeniknąć do głębszych, protargol widocznie tamuje ich rozwój i wprost je zabija, przez co powstrzymuje dalszy rozwój choroby. Twierdzenie to poprzeć mogę niestety tylko jednem spostrzeżeniem (przyp. III. l. o.), gdyby jednakże (co napewno utrzymuje Darier) udało się je stwierdzić na większej liczbie przypadków, to posiadalibyśmy w protargolu środek, któremu naprawdę nie możnaby odmówić miana swoistego środka przeciw ostremu śluzoropotokowi.

Trzecią gromadę stanowią p r z y p a d k i z a n i e d b a n e, w późniejszym okresie choroby i p o w i k ł a n e z w r z o d a m i rogówki. Tu wyraźnie zarysowują się dwa szczegóły, które należy uwzględnić i od siebie odróżnić, t. j. wpływ protargolu na wydzielinę i na wrzody rogówkowe. I rzecz dziwna, o ile w pierwszej i drugiej gromadzie widzieliśmy szybkie zmniejszanie się wydzieliny i obrzmienia, o tyle w trzeciej zastanawia nas powolny skutek protargolu pod tym względem, tak że wydzielina, chociaż traci swój charakter ropny, ale zmniejsza się powoli. Nie ma klinicysty, któryby widząc ten obraz nie chwycił za azotan srebrowy. Mimo to wrzody nietylko nie okazują dążności do szerzenia się, lecz owszem widocznie się oczyszczają i przechodzą w okres gojenia. (Przyp. II i III o. pr.). Można to sobie tylko w ten sposób wytłómaczyć, że tajemnica korzystnego działania protargolu leży przeważnie w jego własnościach odkażających, zalety zaś jego jako środka ściągającego są w porównaniu z azotanem srebrowym znacznie mniejsze. Jeżeli to przyjmiemy, wyłoni się sam przez się najwłaściwszy sposób postępowania, za którym zresztą i doświadczenie kliniczne przemawia. A więc w świeżych przypadkach — protargol sam; w zaniedbanych i późniejszych okresach — protargol w słabych rozczynach, jako środek przeciwrzeżączkowy, i po staremu azotan srebrowy.

Sądzę, że usprawiedliwionem się wydaje na podstawie tych doświadczeń przyjęcie protargolu, choć może nie z entuzyazmem Dariera, ale z zasłużonem uznaniem, jako środka, który poważny stanowi postęp w leczeniu ostrego śluzoropotoku. A i to już bardzo wiele. Każdy, któremu niejednokrotnie przyszło walczyć z groźną tą, bo pozbawiającą setki ludzi światła dziennego chorobą [1]), potrafi z pewnością to ocenić. Wszyscyśmy doskonale rozumieli braki i niedostatki środków, któremiśmy rozporządzali, to też w piśmiennictwie znajdujemy pełno śladów usiłowań poprawy istniejących sposobów i wiele bezowocnych wysiłków. Jest to bezwątpienia wielką zasługą prof. B u r c h a r d t a [2]), że jeden z pierwszych zerwał ze starym szablonem zwalczania bezpośrednio samego zapalenia i usiłował działać przeciw przyczynie wywołującej je t. j. zarazkom rzeżączkowym. Myśl dobra i zbawienna, chromała jednak w wykonaniu, nie posiadał bowiem prof. Burchardt środka, któryby działając zabójczo na gonokoki był równocześnie obojętnym dla rogówki, nie drażnił jej, a na całość przybłonka, już i tak walczącego ze szkodliwym wpływem wydzieliny rzeżączkowej, ujemnie nie wpływał. Istota sposobu Burchardta polega na tem, że zaniechał on zupełnie przyżegania silniejszymi rozczynami (2 i 3%) azo-

[1]) Ilość ociemniałych skutkiem ostrego śluzoropotoku w zakładach dla ciemnych rozmaitych krajów Europy waha się między 30 a 50%. W Niemczech i Francyi według obliczeń B e g e r a z roku 1886 nawet 66%. Lehrbuch der Hygiene des Auges. C o h n 1892. S. 44.

[2]) Die Behandlung des Tripper-Augenflusses. Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1893. S. 321.

tanu srebrowego, odrzucił też zupełnie zimne okłady, a ogranicza się do dokładnego wypłókania (jak się wyraża: odkażenia) worka spojówkowego rozczynem lapisu 1:1000, które kilkakrotnie, najmniej 4 razy w ciągu dnia, powtarza. Wyniki prof. Burchardta były nader korzystne. Ściśle wedle przepisów podanych (co do szczegółów odsyłam do oryginału) stosowaliśmy ten sposób leczenia w roku 1894 na tutejszym oddziale ocznym. I okazało się, mimo nawet kilku przypadków uwieńczonych dobrym i względnie szybkim skutkiem, że ten sposób utrzymać się nie da i że go zaniechać należy. Przyczynę tego stanowi rogówka, która takiego długiego i energicznego działania nawet tak rozcieńczonego lapisu po prostu nie znosi. W jednym przypadku *(Blennorrhoea neonati!)* po dwu tygodniach bardzo korzystnego przebiegu, kiedy stan spojówki był już wcale znośny, a wydzielina dość cienka i nieobfita, wytworzyły się nagle wrzody na obydwu rogówkach, które dopiero po usunięciu przepłukiwań azotanem srebrowym i zastosowaniu zwykłego leczenia udało się opanować. Po dwu jeszcze zupełnie podobnych przypadkach musieliśmy zaprzestać stosowania tego sposobu. Otóż wszystkich tych ujemnych stron protargol nie ma i dlatego zdaje się być powołanym do tego, aby przy istotnych swoich zaletach urzeczywistnił w praktyce myśl Burchardta.

W ostatnich tygodniach miałem sposobność spostrzegania wpływu protargolu (10%) na zeskórnienie spojówki i rogówki *(Xerosis conj. et corneae)*, którą dość często w kraju naszym spotykamy, jako następstwo i zejście przewlekłej jaglicy. W pierwszych dwu tygodniach skutek był widoczny i jeśli zważymy bezsilność naszą wobec tego cierpienia, nawet znaczny, tak, że chory, który po przybyciu liczył palce ledwie na $1/2$ m., po 2 tygodniach mógł liczyć palce na $2 1/2$ m. Z początkiem 3-go tygodnia nie mogłem zauważyć przez kilka dni żadnego postępu, a nawet jakby lekkie cofanie się. Chcąc zwiększyć skutek zastosowałem silniejszy 25% rozczyn — i następnego zaraz dnia stwierdziłem bardzo znaczne pogorszenie. Wróciłem więc do słabych rozczynów. Po zakropleniu 5% protargolu, rozcieram go lekko w worku spojówkowym, oprócz tego 2 krople na dzień. Po dwu dniach stan lepszy, niż był kiedykolwiek, dotąd jeszcze się utrzymujący. Jeżeli więc moglibyśmy się spodziewać wogóle jakichś korzyści po protargolu w leczeniu zeskórnienia, to tylko chyba z rozczynów słabych.

Na zakończenie nie godzi się pominąć milczeniem zainteresowania, jakie sprawa protargolu w świecie okulistycznym obudziła, a której wyrazem są liczne prace ogłoszone w czasopiśmie „Ophtalmologische Klinik“. I tak w Nrze 11 zdaje prof. Pflüger z Berna sprawę z ujemnych wyników swoich badań nad protargolem, podobnież Dr. Walter z Odessy w Nrze 13.

Dwie wyżej przytoczone prace Dariera o protargolu ukazały się w Nrze 5 i 7 tegoż czasopisma; później ogłosił prof. Wicherkiewicz w Nrze 18 artykuł pod tytułem: „Meine Erfahrungen über das Protargol“, w którym podaje wyniki swoich badań, wogóle zgodne z wynikami Dariera. Najważniejsza różnica leży w tem, że prof. Wicherkiewicz przypisuje protargolowi w leczeniu rozmaitych postaci nieżytów spojówek i jaglicy tylko poślednie znaczenie (minderwerthige Bedeutung). Przy końcu swej pracy podnosi jeszcze prof. Wicherkiewicz wątpliwość, „czy brunatne plamy na paznogciach panów asystentów pochodziły z protargolu, czy z azotanu srebrowego, wątpliwość, której nie chce rozstrzygać“. Otóż bardzo łatwo można się przekonać, że jeśli się tylko dokładnie ręce myje mydłem i wodą, ani śladu jakichkolwiek plam na palcach, ani paznogciach nie ma. Nawet, jeżeli protargol, spływający obficie po policzkach pacyentów, ściera się tylko suchą watą, wystarcza to, aby uchronić od plam na twarzy. Wynika z tego, że brunatne plamy na paznogciach nie pochodziły z protargolu.

III. Z zakładu anatomii patologicznej prof. Dra A. Obrzuta we Lwowie.

Periarteriitis nodosa.

Własny przypadek w połączeniu ze sprawozdaniem z pracy Kahldena

podał

Dr. Józef Krzyszkowski,
asystent Zakładu.

(Dokończenie).

Tyle co do miejsc makroskopowo zaznaczonych jako guziczki i guzek. Samo zaś rozszerzone naczynie przedstawia się jak następuje: Przedewszystkiem uderza zupełny brak błony sprężystej. Szczątków jej, pomimo przebarwienia eozyną lub fuksyną (jak radzi Kahlden), nigdzie nie dostrzegamy; najwyżej na paru preparatach, barwionych sposobem van Giesona, z wolniejszych miejsc tu i ówdzie domyślać się jej można. Co do śródbłonka, to jest on i tu wybujały: wybujanie to jednak nie tak jednostajne, jak w guzkach wyżej opisanych. Znajdują się miejsca ograniczone, lekko wypuklające się do światła naczynia, ułożone po stronie zwróconej do mięśnia, a dające obraz podobny do wybujałego śródbłonka w guziczkach A) lub B), — miejsca, gdzie zresztą prawidłowo wyglądający przybłonek jest niejako podminowany i przez delikatną bezpostaciową siateczkę, w okach której znajdują jedno — i wielojądrzaste leukocyty, ku światłu naczynia odsunięty. — i miejsca pośrednie, gdzie w zamian delikatnej siateczki znajdują się grubsze beleczki bezpostaciowe obok licznych leukocytów. Tu często spotykałem parę warstw komórek śródbłonka, współśrodkowo uszeregowanych; jądra ich w ogóle barwią się dobrze. Cała błona mięsna naciekła małemi, przeważnie mającemi cechę leukocytów, komóreczkami. Warstwa mięsna jużto utrzymana, jużto komórki mięsne przez leukocyty porozsuwane. Tak jak w poprzednich guzkach, tak i tu na preparatach, barwionych sposobem Weigerta, jądra niektórych komórek mięsnych barwią się nadzwyczaj silnie, innych zaś zaledwie obrysy są widoczne, zawierające wewnątrz liczne, drobne, ciemno zabarwione resztki chromatyny. Miejscami komórek mięsnych całkiem brak. Odgraniczenie błony zewnętrznej zwykle wyraźne, chociaż w wielu miejscach, odpowiadających owym guzkom, o odgraniczeniu żadnej z warstw mowy niema i cała ściana naczynia przedstawia mniej więcej jednolite wejrzenie. Odgraniczenie od skrzepu sprawia niekiedy znaczną trudność, zwłaszcza tam, gdzie podminowane komórki śródbłonka zostały prądem krwi oddarte a na ich miejsce powstał przyścienny skrzep. Światło naczynia jest w ogóle w znacznym stopniu skrzepem przyściennym zwężone.

O tętniakowem rozszerzeniu naczynia, oprócz wejrzenia makroskopowego i względnie znacznego ścieńczenia ściany, świadczy jeszcze podłużny drobnowidowy przekrój, wzięty na jego granicy. Preparaty ustalone w płynie Fleminga nie okazują zwyrodnienia komórek mięsnych. Badanie na drobnoustroje, przedsięwzięte na skrawkach, dało wynik ujemny. —

Zważywszy, że w wyżej opisanych przypadkach zmiany dotyczyły prawie wszystkich naczyń, w wielu wywołały typowe tętniakowate rozszerzenia, a cały przebieg choroby był bardziej przewlekłym, pierwsze pytanie, które musi się nam nasunąć, jest to, czy mamy tu rzeczywiście do czynienia z tą samą zmianą? Na pytanie to, wykluczywszy inne zmiany rozrodcze na naczyniach, możemy na podstawie makro- i mikroskopowych obrazów tem łatwiej odpowiedzieć, że one, jakkolwiek nie identyczne, jednak odpowiadają wynikom badań różnych autorów. Główną cechę tej zmiany, zawartą w tem słowie „nodosa", możemy tu dowodnie stwierdzić na widocznych gołem okiem guzkach przyściennych i na drobnowidowych ograniczonych wybujałościach w samem naczyniu.

Zapatrywanie P. Meyera co do pierwotnego pęknięcia błony mięsnej, następowego nacieku i wywędrowania ciałek białych, oraz zapatrywanie Eppingera co do wrodzonej kruchości (debilitas) błony sprężystej, zbija Kahlden tem, że z jednej strony trudno przypuścić, aby pod wpływem złych warunków bytu i zwiększonego parcia krwi, tylko błona mięsna i to tylko w pewnych miejscach pękała, jak z drugiej znów strony, by wrodzona wątłość błony sprężystej nagle w późniejszym wieku i to tylko na ograniczonych przestrzeniach sprowadzała jej pęknięcie, a tak jedno jak i drugie wywoływało bujanie warstwy śródbłonkowej.

Zapatrywania Weichselbauma, Morley-Fletchera i Kahldena mniej więcej zgadzają się: uważają oni za główną i pierwotną zmianę bujanie śródbłonka, — a Kahlden prócz tego idzie dalej i przyznaje tym wybujałym komórkom własność przerastania przez ściany naczynia i niszczenia tak błony sprężystej, jak i włókien mięsnych. Co do występowania pierwszych zmian, to Kahlden zachowuje się z pewnem zastrzeżeniem mówiąc, że zmiany śródbłonka zdają się tylko wyprzedzać inne, dowodów jednak nie przytacza. Osobiście, na licznych moich preparatach, nigdzie zmian ograniczających się li tylko do śródbłonka stwierdzić nie mogłem, a nawet, jeżeli nie równomierne, to raczej większe i wcześniejsze spotykałem w przestrzeni Virchow-Robina i w błonie zewnętrznej w małych naczyńkach.

Tak z krótkiego trwania choroby, mało posuniętych zmian, jak i z obrazów drobnowidowych wnoszę, że miałem do czynienia ze znacznie świeższym przypadkiem, niż wszystkie poprzednio opisane. Obrazy drobnowidowe uzyskane z mego przypadku, różnią się pod paru względami od obrazów z przypadku Kahldena. Po *1-sze*: Kahlden widział w małym guziczku dwie warstwy, odpowiadające wybujałej błonie wewnętrznej: jedną złożoną z nieregularnych małych komórek o niewyraźnych obrysach, o jądrze jasno lub ciemno zabarwionem i drugą warstwę, złożoną z tkanki podstawowej włóknistej, komórek, jużto wydłużonych z dwoma, jużto gwiazdkowatych z wieloma wypustkami. W moim przypadku jest tylko jedna warstwa powyżej opisana. Po *2-gie*: w przypadku Kahldena widać było wielką obfitość tych komórek gwiazdkowatych z wypustkami w błonie wewnętrznej i mięsnej.

Czy mój przypadek jest mniej posuniętym, czyli też jest inny powód, nie ulega jednak wątpliwości, że w moim przypadku niema typowych komórek z wypustkami (komórek wrzecionowatych wydłużonych za takie nie uważam, a spotykane w wielkim guzku wielkie protoplazmatyczne komórki leżą tylko przy samem świetle, a wypustki ich są bardzo niewyraźne). Skoro tych komórek niema, to w moim przypadku nie mogłem im przyznać własności przerastania błony sprężystej i mięsnej i niejako niszczenia ich, zwłaszcza, że największe zniszczenie, bo zupełny brak błony sprężystej, a w wielu miejscach i komórek mięsnych w błonie mięsnej, znajduje się tam, gdzie zmiany śródbłonka są bardzo małe lub żadne, gdyż śródbłonek zaledwo jest odsunięty przez rozpulchnioną (obrzękłą) błonę sprężystą i przez leukocyty.

Inna rzecz, że wobec tego trudno sobie wytłómaczyć obecność błony sprężystej lub jej szczątków tam, gdzie zmiany rozrodcze są największe, zwłaszcza, jeżelibyśmy przyjęli, że oba te stany różnią się tylko czasowo.

Zapatrywanie, które Kahlden wypowiada, jest wielkiej wagi i ono chyba może nam dać dość dobre tłómaczenie: musiał tu działać jakiś czynnik, czy to drobnoustroje, czy ich jady, ale należy przyjąć, że czynnik ten działał w równym stopniu na wszystkie warstwy ściany naczynia i wywoływał w nich zmiany zapalne, objawiające się jużto bujaniem śródbłonka, jużto rozpulchnieniem błony sprężystej, jużto wytworzeniem się tkanki ziarninowej i następowem zniszczeniem błony sprężystej na ograniczonych przestrzeniach, jużto naruszeniem ciągłości pierścienia komórek mięsnych. Przemawiałoby za tem równomierne rozłożenie zmian we wszystkich warstwach, znacznego stopnia leukocytoza, wytwarzanie się wypociny włóknikowej, (wprawdzie tylko na małych guziczkach i na ograniczonej przestrzeni widocznej) i wreszcie znacznego stopnia limfocytoza około dużego guzka.

Zmiany te z jednej strony wywołały zwężenie światła naczynia wskutek ograniczonego bujania śródbłonka, a z drugiej strony rozszerzenie wskutek osłabionej odporności ściany.

Czy zapalenie ostre nerek stoi w bezpośrednim związku, czy zmiany te objęłyby z czasem i resztę naczyń, dlaczego tylko w sercu i tylko w pewnych miejscach przyszło do ograniczonych wybujałości na naczyniach, — pytanie to musimy pozostawić nierozstrzygniętem.

Za zakażeniem kiłowem nie przemawiają obrazy histologiczne.

Że po badaniu bakteryologicznem we wszystkich podobnych przypadkach wiele spodziewać się można, powtarzać nie potrzebuję. Badanie to powinno o ile możności jak najrychlej, choćby *intra vitam*, być przeprowadzonem, gdyż możliwem jest, że drobnoustroje zadziaławszy giną, a dalej działają ich jady.

W moim przypadku nie mogłem wykryć histologicznie żadnych drobnoustrojów; badanie zaś bakteryologiczne nie było przeprowadzonem, z jednej strony wskutek nieświadomości, z czem mam do czynienia, a z drugiej strony wskutek uprzedzenia się w kierunku kiły.

Szanownemu Szefowi memu, Prof. Obrzutowi, dziękuję za światłe uwagi i zachętę do pracy.

IV. Wyciągi.

Kalmeyer: **Przyczynek do kazuistyki wyleczenia ogniska gruźliczego w móżdżku u dorosłych.** *(Bolniczn. Gazeta Botkina*, Nr. 49, r. 1898). Możliwość zupełnego wyleczenia ogniska gruźliczego w mózgu dotychczas w nauce nie jest dostatecznie stwierdzona i różni autorowie różnie się na to zagadnienie zapatrują; wszyscy jednakże zgadzają się, że guzek taki może uledz zmianom wstecznym i stan chorego może się polepszyć. Wobec rzadkości przypadków tego rodzaju podaje autor następujący przypadek, spostrzegany początkowo przez Dra Hinzego, a następnie w ciągu ostatnich 8 lat przez autora:

U 30-letniej koszykarki wystąpiły w roku 1887 wymioty, ból głowy, zataczanie się przy chodzeniu. Badanie przedmiotowe wykazało: bolesność przy opukiwaniu w okolicy kości potylicznej, objaw Brach-Romberga, bezład móżdżkowy (ataxia cerebellaris), zapalenie nerwów wzrokowych, nerwobóle w lewej połowie twarzy z jednoczesnem znieczuleniem, które częściowo zajmowało i całą lewą połowę ciała, wzmożenie odruchów ścięgnistych, brak zmian w pozostałych narządach. Kobieta ta w ciągu pierwszych 4 lat trzykrotnie wracała do szpitala, stan jej jednak nie zmieniał się, stwierdzono tylko zanik nerwów wzrokowych i występowanie drgawek w lewej połowie ciała. W r. 1890 przypadek ten był przedstawiany na zebraniu lekarzy szpitalnych, jako typowy obraz guza móżdżkowego. Chora przez cały ten czas leczona była azotanem srebrowym, przez krótki czas arszenikiem, jodu i rtęci nigdy nie stosowano. Mimo rozpoznania zaniku obydwu nn. wzrokowych *(atrophia simplex)*, chora tyle jeszcze widziała, że bez żadnej pomocy mogła chodzić po salach. W r. 1896 chora znowu powróciła do szpitala, skarżąc się, że przed tygodniem dostała gorączki i że zrobił sie jej guz w sutku; stwierdzono zapalenie sutka *(mastitis)*, a prócz tego spostrzegano u niej napady padaczkowe. Po operacyi utrzymywała się gorączka o typie nieprawidłowym, niekiedy przerywanym; w szczytach stwierdzono przytłumienie odgłosu wypukowego, przedłużony wydech, rzężenia. Po 7 tygodniach chora opuściła szpital z polepszeniem, zapewniając już w tym czasie, że bóle głowy miewa bardzo rzadko i że wzrok jej poprawił się o tyle, iż w ostatnich latach mogła się zajmować krawieczyzną; odruchy kolanowe były jeszcze wzmożone, chód przy oczach zamkniętych nieco chwiejny. W lutym r. 1898 chora znów powróciła do szpitala i teraz badanie kliniczne wykazało: „*Meningitis cerebrospinalis infectiosa. Tuberculosis pulmonum. Nephritis. Influenza*". Po kilku dniach chora zmarła, a rozpoznanie anatomiczne brzmiało: „*Degeneratio parenchymatosa cordis. Pneumonia chronica interstitialis tuberculosa. Glomerulonephritis acuta. Meningitis purulenta acuta. Cicatrix cerebelli (?)*. Badanie anatomiczne móżdżku wykazało: jądro zębate *(nucleus dentatus)* w środku stwardniałe, na przekroju jakgdyby bliznowato zaciągnięte zawiera żółtawo-białe pasemka, splot naczyniowy komory czwartej włóknistemi pasemkami pozrastany z powierzchnią *calami scriptorii*. Badanie drobnowidowe jądra zębatego nie wykazało ani tkanki bliznowatej, ani komórek olbrzymich, ani mas serowatych, znaleziono tylko przekrwienie, obfite nacieki okołonaczyniowe, nowotworzenie się naczyń, co przemawiało za rozszerzeniem się na krótki czas przed śmiercią sprawy zapalnej z opon na tkankę mózgową; wreszcie w komórkach zwojowych wykazano obfite złogi barwika. Autor pomimo to rozpoznaje wyleczone ognisko gruźlicze, tłumacząc brak zmian drobnowidowych tem, że od początku choroby minęło lat 10, że ognisko pierwotne było małe i że przedśmiertne zapalenie opon i mózgu mogło przyćmić obraz prawdziwy. Możliwość ropnia wyklucza autor na podstawie przebiegu sprawy, badania dna oka i badania pośmiertnego, a kiłę — na zasadzie: 1) wywiadów, 2) ustąpienia cierpienia bez swoistego leczenia przeciwkiłowego (NB. od r. 1890 do r. 1896 chora nie znajdowała się pod obserwacyą autora, a w tym właśnie czasie objawy guza móżdżkowego ustąpiły, autor zaś pomija milczeniem, czy chora w tym czasie leczyła się i w jaki sposób. — Przyp. referenta), 3) obrazu anatomicznego (? ref.). Przypadek ten jest interesujący również i ze względu na zachowanie się narządu wzrokowego: w r. 1890 stwierdzono zanik obydwu nerwów wzrokowych, a następnie wzrok chorej poprawił się o tyle, że mogła zajmować się nawet krawieczyzną i szyciem bielizny.

Dr. Gliński.

H. Kehr: **Jak, przez co i w jakich przypadkach kamicy żółciowej działa leczenie w Karlsbadzie i dlaczego zdania lekarzy z Karlsbadu i chirurgów tak bardzo się różnią pod względem rokowania i leczenia w tem cierpieniu.** *(Münch. med. Wchschr.*, 1898, Nr. 38). Na zagadnienia w tytule poruszone taką autor daje odpowiedź: 1) Leczenie wewnętrzne w Karlsbadzie zalecać należy chorym: a) z ostrem zamknięciem przewodu żółciowego, o ile sprawa przebiega zwyczajnie. Gdy bowiem napad ponad czas przewidywany się przewleka, gdy wystąpi gorączka, przyspieszenie tętna, objawy zapalenia przewodów żółciowych i t. p. powinno się chorych nakłaniać do operacyi; b) ze sprawami zapalnemi woreczka żółciowego, połączonemi z żółtaczką lub też bez niej, gdy występują rzadko i bez groźnych przypadków; c) z częstymi napadami kolki żółciowej, połączonej z równoczesnem odchodzeniem kamyków. Jeżeli bowiem kolka często się powtarza, a kamyków znaleźć nie możemy, wskazany jest zabieg operacyjny; d) cierpiącym na choroby ustrojowe (dna, moczówka cukrowa, otyłość) lub na choroby serca, nerek, płuc, ze względu na niebezpieczeństwa narkozy; e) wszystkim już po przebytej operacyi. Gdy kamień utkwi w przewodzie żółciowym, nakazane są środki tak zw. pędzące żółć, więc: *ol. olivarum, glycerinum, natrium salicylicum*, kwasy żółciowe. Gdy jednak kamyki leżą w pęcherzyku, ograniczyć się należy do działania przeciwzapalnego, a najlepiej temu wskazaniu czynimy zadość, wysyłając chorych do Karlsbadu. Wszelkie bowiem usiłowania przepchnięcia kamyków z pęcherzyka do jelit środkami wewnętrznymi, łączą w sobie więcej niebezpieczeństw, niż nóż chirurga.

2) W każdym jednak razie wskazaną jest operacya: a) w ostrem ropnem zapaleniu woreczka żółciowego i jego sąsiedztwa; b) po cierpieniach spowodowanych zrostami pęcherzyka z sąsiedztwem, zrostami, które pozostają po przebytej pod a) wspomnianej sprawie zapalnej *(peripyloritis, stenosis pylori ac duodeni, ileus)*; c) w przewlekłem zamknięciu przewodu żółciowego; d) w przewlekłem zatorowaniu przewodu pęcherzykowego *(hydrops, empyema)*; e) we wszystkich tych postaciach kamicy żółciowej, która jakkolwiek anatomicznie jest lekką, takie sprawia dolegliwości choremu, że mu nietylko bólami zatruwa każdą chwilę życia, lecz czyni go niezdolnym do sprawowania swych obowiązków; f) *cholangitis purulenta et abscessus hepatis*; g) po przedziurawieniu dróg żółciowych i zapaleniu otrzewnej; h) w przewlekłym morfinizmie, sprowadzonym przez kamicę, gdyż dopiero po usunięciu przyczyny, skutecznie możemy rozpocząć odzwyczajanie chorego od morfiny.

Herman.

Richter: **Uwagi nad badaniem krwi w celach sądowo-lekarskich.** *(70-ty Zjazd niemiec. przyr. i lek. Düsseldorf, 1898). (Zts. f. Medicinalb.*, 1898, Z. 12). Płyn używany do uwidocznienia ciałek krwi nie powinien rozpuszczać barwika krwi, powinien zarysy ciałek uczynić widocznymi, w końcu zaś odświeżyć kształt ciałek. Doświadczenia, przeprowadzone z rozmaitymi, w tym celu używanymi płynami, przekonały autora, że wymogom tym w zupełności odpowiada 30% ług potasowy z następowem zastosowaniem płynu Paciniego. Wychodząc z założenia, że roztwory pepsyny przy ciepłocie pokojowej peptonizują włóknik, lecz nie peptonizują białka, robił autor doświadczenia z roztworem glicerynowym pepsyny (wyrób Grublera), pozostawiając badane plamy przez czas jakiś w tym płynie, poczem je rozdrabniał i pod mikroskopem oglądał. Podczas kiedy rozcieńczona gliceryna szybko rozpuszcza barwik krwi, a pod wpływem zgęszczonej glice-

ryny rozpadają się ciałka czerwone, to pod wpływem wspomnianego roztworu występują bardzo wyraźne zarysy ciałek czerwonych, tak że autor zaleca płyn ten, jako w zupełności odpowiadający celom sądowo-lekarskim, zwłaszcza, że preparaty dają się przechowywać. *Horoszkiewicz.*

Strassmann: **Nowy objaw przy spaleniu.** *(Ztschr. f. Med. Beamte,* 1898, Beilage). Autorowi przysłano do ocenienia przypadek, w którym należało rozstrzygnąć, czy u kobiety, znalezionej zwęgloną w łóżku, było przyczyną śmierci działanie wysokiej ciepłoty, czy też uraz w głowę, za czem przemawiałoby rozległe wynaczynienie krwi, znalezione między oponą twardą a czaszką po stronie prawej. Skrzep krwi był w niektórych miejscach 5 mm. gruby, czaszka nigdzie nie była uszkodzona. Podejrzenie padło na męża, któremu zarzucono, że po dokonaniu morderczego czynu podpalił łóżko, by w ten sposób zatrzeć ślady swej zbrodni. Przypadkiem stwierdził Strassmann na krótki czas przedtem w przypadku śmierci ze spalenia podobny objaw; że w tym ostatnim wypadku nie był powodem wynaczynienia uraz, lecz działanie płomienia, wynikało z tego, iż znaleziony skrzep krwi otoczony był warstwą stopionego tłuszczu. Doświadczenia podjęte w tym kierunku przez Strassmanna wykazały dowodnie, że przy silnem miejscowem działaniu płomienia na nieuszkodzoną czaszkę krew zawarta w kościach odpowiedniej okolicy zostaje z nich wypartą, naśladując w ten sposób krwiak powstały po urazie. *Horoszkiewicz.*

G. Joachimsthal: **O istocie i leczeniu biodra szpotawego.** *(Volkmanna Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 215).* Zaledwie 10 lat mija od czasu, w którym E. Müller poraz pierwszy opisał objawy biodra szpotawego (coxa vara), a już literatura tego przedmiotu wzrosła bardzo znacznie tak, że dziś liczba ogłoszonych rozpraw przekroczyła dawno 50.

Anatomicznie cierpienie to polega na zmniejszeniu się kąta między trzonem a szyjką kości udowej, łukowatem odgięciu szyjki ku tyłowi i równoczesnem okręceniu szyjki wzdłuż jej osi długiej. Poza tem zmian anatomicznych, właściwych temu cierpieniu, nie znajdujemy, ale one same wystarczają do wywołania całego szeregu objawów. Chory utyka i uskarża się na znaczne upośledzenie ruchów w biodrze, znacznie przykrzejsze, gdy zmiany te wystąpią obustronnie. Przy badaniu nie znajdujemy żadnych zmian zapalnych, stwierdzamy skrócenie kończyny, krętarz duży przesunięty ponad linią Roser-Nelatona, odwodzenie kończyny znacznie upośledzone przy swobodnem przywodzeniu, okręcanie na wewnątrz udaje się tylko w małym stopniu, podczas gdy rotacya na zewnątrz dokonać się daje pozornie nawet w stopniu nadmiernym. Rzadziej napotykamy już zmiany na niekorzyść zginania. Pouczającem jest orjentowanie się o stanowisku krętarza dużego przy pomocy trójkąta Bryant-Ogstona. U chorego, leżącego spokojnie na plecach, kreślimy prostopadłą od przedniego górnego kolca kości biodrowej do podstawy; ze szczytu krętarza wielkiego kreślimy drugą prostopadłą do poprzedniej, a trzecią łączącą przedni górny kolec kości biodrowej i krętarz wielki zamykamy trójkąt Br.-Ogst., który w stosunkach prawidłowych jest równoramiennym. W biodrze szpotawem trójkąt ten zmienia swój kształt, a głównie ramię prostopadłe (od szczytu krętarza wielkiego) staje się krótszem. Biodra szpotawe obserwowano, jako cierpienie wrodzone, nabyte skutkiem krzywicy u dzieci, u ludzi dorastających (c. v. adolescentium), polegające wedle Kochera na sprawie zapalnej w szyjce. Nadto spostrzegano tu i ówdzie biodro szpotawe w ogólnem rozmiękczeniu kości, w zapaleniu stawów zniekształtniającem, w gruźlicy st. biodrowego, po złamaniach kości udowej, wygojonych z takiem przesunięciem odłamków, które powoduje addukcyą kończyny i t p. Rokowanie, co do *restitutio ad integrum* niepomyślne. Leczenie w początkach polega na wyciąganiu, mięsieniu i t. p. W przypadkach daleko posuniętych ze znacznem upośledzeniem ruchomości zalecają wypiłowanie stawu (Bruns, Hoffa, Kocher, Maydl), osteotomię podkrętarzową (subtrochanterica) (Hofmeister), osteotomię szyjki klinowatą (cuneiformis colli) (Rydygier, Kraske) i osteotomię liniową (linearis) (Büdinger).

Herman.

Dr. C. A. Elsberg: **O ranach serca i ich szyciu.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1898, Nr. 43). 52 zwierząt, królików i psów, musiało poświęcić swe serce dla doświadczeń autora. Rozmiary ran były rozmaite, raz kłóte szpilką, kiedy indziej przepoławiały serce. Rany drążące, zadane szpilką na komorach, były zupełnie obojętne dla życia zwierzęcia. Po pewnym czasie, dłuższym na komorze prawej, krwawienie zresztą nieznaczne, ustawało. Natomiast na przedsionkach te same rany nierzadko sprowadzały śmierć ze skrwawienia, jeżeli poprzednio nie założono szwu. Rany, zadane nożykiem 2 mm. szerokim, wywoływały śmiertelny krwotok z obu przedsionków i komórki prawej, obfitsze zaś krwawienie, ustające po pewnym czasie z komórki lewej. Przy tych ranach zmiana w czynności serca była tylko nieznaczna. Następny skurcz opóźniał się i kilka minut utrzymywała się niemiarowość (arytmia), która była szczególnie wyraźna w chwili przekłówania przysierdzia i śródsierdzia. Bardzo rozległe rany, które odcinały całe części serca, lub dzieliły je na dwie połowy, zaszywał autor i utrzymywał zwierzęta przy życiu, jeżeli tylko przez założenie tymczasowej przewiązki powyżej rany, zapobiegał gwałtownemu skrwawieniu się. Szwy zakładał autor ciągłe i węzełkowe i radzi te ostatnie zawiązywać w chwili rozkurczu, gdyż w przeciwnym razie t. j. przy zawęźlenIu w chwili skurczu, podczas dalszej czynności serca przecinają one tkankę. Szwem zachwytywał przysierdzie i tkankę mięśniową powierzchowną. Podczas szycia niemiarowość (arytmia) stawała się wyraźną. Jakkolwiek autor zadawał rany w różnych kierunkach a unikał tylko górnej części przegrody komór, gdzie leży układ koordynacyjny Kronecker-Schmey'a, nigdy serce nagle bić nie przestało. *Herman.*

Prof. Stroganoff: **O patogenezie rzucawki porodowej (eklampsyi).** *(Wracz.* Nr. 48, 49, 50, r. 1898). Autor, zajmując się już od dłuższego czasu patogenezą rzucawki porodowej, przyszedł do przekonania, że cierpienie to jest chorobą zakaźną, co w swoim czasie podał do ogólnej wiadomości; obecnie zaś przytacza tylko dalsze dowody na potwierdzenie swoich zapatrywań. Zapatrywania te opiera autor na statystycznych danych, zebranych z najważniejszych zakładów położniczych w Rosyi, i na danych, ogłoszonych w sprawozdaniu prof. Zweifla z Lipska, a obejmujących ogółem około 1500 przypadków rzucawki. Z danych tych, zebranych w kilka tablic, okazuje się: 1) Ilość przypadków rzucawki w praktyce prywatnej jest znacznie mniejszą, niż ilość spostrzeganych w zakładach, pomimo że porodów poza zakładami odbywa się znacznie więcej, niż w zakładach; 2) pomimo, iż przeważna liczba przypadków rzucawki dostaje się do zakładów, liczba ta jednak jest znacznie mniejsza od przypadków, które rozwijają się na miejscu w samych zakładach: 75% chorych na rzucawkę, obserwowanych w zakładach, dostaje jej w samychże zakładach; 3) przypadek rzucawki wyjątkowo tylko pozostaje odosobnionym w szpitalu, zazwyczaj zaś w krótkim przeciągu czasu pojawiają się nowe przypadki, tak że niekiedy powstaje jakby cała epidemia, pomimo iż w innych tego rodzaju zakładach w tym czasie rzucawki niema zupełnie: 33% ogólnej liczby przypadków występuje przed upływem 6 dni po pierwszym przypadku rzucawki, przyczem najczęściej 1-szy napad u poprzednio zupełnie zdrowych ciężarnych miejscowych zjawia się w 4—18 godzin po wstąpieniu do zakładu chorej na rzucawkę; 4) do 22 dnia po wstąpieniu do szpitala chorej na rzucawkę ilość nowych miejscowych przypadków jest jeszcze wciąż znaczną, później zaś rzucawka u ciężarnych miejscowych występuje już tylko bardzo rzadko i t d. W dalszym ciągu omawia autor istniejące dotychczas teorye powstawania rzucawki i, pomijając teorye: nerkową i nerwową, jako sprzeczne, jego zdaniem, z bardzo wielu ogólnie znanymi i uznanymi faktami, zajmuje się szczegółowo teoryą samo-

zatrucia, jako mająca najwięcej cech prawdopodobieństwa, lecz i tej odmawia znaczenia. W końcu streszcza autor w następujący sposób swoje zapatrywania na rzucawkę. Rzucawka jest to ostra choroba zakaźna, wywołana przez zarazek lotny, zakażający ustrój drogą narzadu oddechowego. Zarazek ten jest mało jadowity i znajduje warunki do dalszego rozwoju prawie wyłącznie u ciężarnych w końcu ciąży, u rodzących i u położnic wkrótce po porodzie; może się udzielać także i noworodkom bez względu na płeć. Zarazek ten jest dość odporny, zachowując swą jadowitość w warunkach szpitalnych około 3 tygodni. Okres wylęgania trwa około 3—20 godzin, za czem przemawiać się zdają także spostrzeżenia rzucawki u noworodków (3 przypadki w piśmiennictwie: u jednego noworodka rzucawka wystąpiła w 6 godzin po 1-szym napadzie u matki, u 2 go w $9^1/_2$ godz., u 3-go w 19 godzin). Skutkiem nieuznawania rzucawki za chorobę zakaźną szerzy się ona głównie w zakładach położniczych. Szczególniejszem usposobieniem do tego cierpienia odznaczają się pierworódki, dalej ciężarne z ciążą mnogą, wreszcie ciężarne z chorobami nerek. Zwiększająca się w ostatnich czasach częstość rzucawki zależy od większego skupiania się ludzi w wielkich miastach i przepełnienia szpitali, co wobec nieuznawania tej choroby za zakaźną i pomijania przy niej wszelkich środków ostrożności ułatwia zakażenie. Radzi więc autor odosabniać w szpitalach chore z rzucawką, ściśle odwietrzać sale, na których pozostają, a wtedy zmniejszenie się ilości szpitalnych przypadków rzucawki najlepiej stwierdzi słuszność jego zapatrywań, nim badania bakteryologiczne wykryją swoisty zarazek. Pracy swej autor nie uważa jeszcze za ukończoną i przyrzeka w krótkim czasie przedstawić nowe dane dla stwierdzenia swych poglądów.

Dr. Gliński.

Dr. W. Fieber: **O guziku Murphyego; niekorzystne spostrzeżenie po jego użyciu**. (*Wiener klin. Wochenschrift* 1898 Nr. 40). Dawniej już Chaput, Dawbarn, Routier, Preindlsberger i in. potracili chorych, u których celem zespojenia odcinków po wycięciu jelita użyli guzika Murphyego. W tych wszystkich przypadkach nastąpiła śmierć skutkiem zamknięcia otworu w guziku zbitym kałem lub ciałami obcemi. To samo zdarzyło się u chorej, o której w tej rozprawce pisze T. W uwięzgniętej przepuklinie nastąpiła zgorzel jelita, które wskutek tego zresekowano i następnie połączono guzikiem M. W dwa dni później chora umiera wśród objawów niedrożności przewodu pokarmowego, a sekcya wykazuje, że w otworze guzika utkwiła pestka ze śliwki, zatykając go szczelnie, jak korek.

Herman.

Dr. Schumburg: **Technika badania odkażań formaliną**. (*Deutsche Med. Wochenschrift* 1898, Nr. 52). Przyrządy do odkażań formaliną mnożą się jak grzyby po deszczu. Każdy taki przyrząd polecają wynalazcy jako najlepszy, tymczasem wyniki z jednym i tym samym przyrządem u różnych badaczy bywają rozmaite. Musi więc tkwić w samej technice tych prób dobroci przyrządu odkażającego jakiś błąd. Zanim się zabrać można do ocenienia siły odkażającej pewnego sposobu, należy, jak wiadomo, usunąć wszelkie pozostałości środka odkażającego z przedmiotów badanych. Większość badaczy odkażań formaliną posługiwała się w tym celu zgęszczonym rozczynem amoniaku, ponad którym trzyma się przedmiot odkażony lub w którym się go opłukuje przez chwilę. Następnie przedmioty, uwolnione od pozostałości formaldehydu, wkłada się do pożywki. Amoniak i formalina mają w ten sposób połączyć się w heksametylentetramin, nie mający własności odkażających. Tymczasem tak się wcale nie dzieje, jak dowiodły próby autora. Mimo zostawienia nitek jedwabnych przez całą dobę w zgęszczonym rozczynie amoniaku zdołał w nich autor wykryć pokaźną ilość formaliny. Tak więc formalina przylega długo do przedmiotów. — Następnie pokazało się, że suche nitki z zarodnikami wąglika, używanymi zazwyczaj za probierz skuteczności formaliny, wchłaniają niewiele formaliny, zaś wilgotne nitki wcale dużo. Jeżeli więc nie widać wzrostu drobnoustrojów na przedmiotach odkażonych, włożonych do pożywek, to może to pochodzić od wpływu formaldehydu gazowego, pozostałego jeszcze w przedmiotach i powstrzymującego rozwój, a nie od siły odkażającej formaliny. Wszystkie te doświadczenia nad skutecznością formaliny, w których posługiwano się pożywkami stałemi (agarem), nie mają znaczenia. Jedynym sposobem pewnym jest tylko dawny sposób, polecony przez Kocha, to jest, że używać należy znacznego rozcieńczenia zapomocą drobnych przedmiotów, jak nitek, kulek szklannych i wielkiej ilości płynnej pożywki (bulionu). Hodowla bulionowa i doświadczenia na zwierzętach są jedynie pewnymi sposobami do ocenienia siły odkażającej przyrządów formalinowych.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

S. Gottschalk: **Przyczynek do leczenia rozpadającego się raka szyjki macicznej, nie nadającego się do operacyi**. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1899, Nr. 3). Po dokładnem wyskrobaniu i przypaleniu żegadłem Paquelina nacieku nowotworowego, okrawa autor 2—3 ctm. poniżej nacieku błonę śluzową pochwy dokoła i oddziela od tkanki podśluzowej walcowaty płat błony śluzowej w kierunku od dołu ku górze. Następnie tak otrzymany płat wpukla w lejkowatą jamę nacieku i przytrzymuje w tem położeniu tamponami z gazy jodoformowej. Już po kilku dniach zlepiają się przeciwległe powierzchnie ranne płatu błony śluzowej i w pochwie w górze, tuż poniżej nacieku nowotworowego, wytwarza się przegroda całkowita, powstrzymująca na pewien czas krwawienia i cuchnące upławy. Tampony usuwa się po tygodniu.

Wiw.

Picard H.: **Przypadek choroby Weila**. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 47). Stosunkową rzadkością choroby Weila usprawiedliwia autor ogłoszenie przypadku własnego tej choroby, który odznacza się kilkoma niezwykłymi szczegółami. Jak wiadomo choroba ta, nie posiadająca dotąd znanej przyczyny, wydarza się zazwyczaj u rzeźników. Tak było również w przypadku Picarda. Chory, 46 l., w czasie podróży Renem na statku, zachorował nagle bez wyraźnych objawów zwiastunowych. Poprzednio miał nie uważać na dobór potraw, jadał dużo i pijał wiele wody wprost z Renu. Ciepłota w pierwszym dniu choroby podwyższona (38·9), znamienna dla choroby Weila trójca objawów: żółtaczka, białkomocz i bóle łydkowe, biegunka, powiększenie wątroby i śledziony. Z przebiegu należy podnieść, że stolce były zupełnie odbarwione, w tym więc przynajmniej przypadku można twierdzić, że żółtaczka, co do źródła której w chorobie Weila zdania są podzielone, była pochodzenia zastoinowego. W dalszym przebiegu wysuwały się na pierwszy plan, znaczna biegunka, wymioty, nudności. Bardzo silne bóle łydkowe z ustąpieniem żółtaczki również ustały. W drugim tygodniu choroby ilość moczu zmalała znacznie, aż doszło do chwilowego bezmoczu, co znów wobec równoczesnych kurczów rozmaitych mięśni pozwala zestawić chorobę Weila z cholerą i ciężką choleryną.

Z dodatkowych objawów wymienia autor w tym przypadku żółtowidzenie, zdarzające się zresztą w silnej żółtaczce i osutkę skórną w postaci plamistego rumienia *(erythema)*. Gorączka ustąpiła w 5 i 6 dniu choroby przez powolne ubywanie *(per lysim)*; w 16 jednak dniu, zdaje się wskutek zaziębienia się chorego, a może samoistnie, nawrót choroby, z zapaleniem płuc, a w 17 dniu śmierć. Zazwyczaj choroba Weila kończy się przecież pomyślnie. Autor przypuszcza, że zapalenie płuc powstało wskutek usadowienia się nieznanego nam dotąd swoistego drobnoustroju choroby Weila w tym narzadzie, jako nawrót choroby, i temu przypisać należy niezwykły obrót.

Przypadek wydarzył się w prywatnej praktyce autora, nie zakończył się tedy rozbiorem zwłok.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Hepar siccatum. Według badań Maireta i Viresa, podanie wyciągu z wątroby sprowadza u zdrowego człowieka obniżenie ciepłoty ciała i zwiększenie ilości moczu, w którym równocześnie zauważano znaczniejszą ilość mocznika i fosforanów; stolce mają być obfitsze i płynne. Gilbert i Carnot podawali wyciąg z wątroby suchotnikom, przez co łagodniały objawy ostre, w szczególności krwotoki i krwioplucie. Zalecają też używanie tego środka przy krwotokach nosowych, macicznych, marskości wątroby i t. d. Herrmann zachęca gorąco do podawania wyciągu wątrobowego przy marskości wątroby, połączonej z nagromadzeniem się płynu w jamie brzusznej *(ascites)*.

Hypophysis cerebri sicc. pulv. A. Schiff podaje, że środek ten wpływa w pewnych razach na przemianę materyi, a mianowicie sprowadza rozkład tkanki kostnej. Stąd też zalecają niektórzy (A. Fränkel) leczenie akromegalii zapomocą podawania przysadki mózgowej.

Lien sicc. pulv. W ostatnich czasach zaleca H. E. Wood podawanie wyciągu ze śledziony w przewlekłych przypadkach choroby Basedowa. Z konieczności jednak na razie próby w tym kierunku są nader ograniczone; wyciąg ten bowiem podany w dawce skutecznej wewnętrznie, wywołuje zaburzenia żołądkowe i wymioty, a wstrzyknięty podskórnie — miejscowe zapalenie z następowem ropieniem.

Mammae sicc. w kołaczykach sporządzonych ze świeżych wymion krów; kołaczyk odpowiada 1 gr. świeżej substancyi gruczołu, a jedna część suchej substancyi równoważy prawie 9 części świeżego gruczołu. Robet Bell używał tego środka przy włókniakach macicy i otrzymywał bardzo dobre wyniki. Dawka suszonego gruczołu wynosi 0,3—0,6 gr. 3 razy dziennie, co odpowiada 8—15 kołaczykom.

Medulla ossium rubra. O leczeniu tym środkiem jeszcze nie wiele da się powiedzieć. Różni autorowie stósowali go w plamicy krwotocznej, białaczce prawdziwej i rzekomej, a W. O. Mann miał nawet spostrzegać pewne uśmierzenie zaburzeń psychicznych u umysłowo chorych.

Ovaria sicc. pulv. (Ovarialum). Opierając się na licznych już doświadczeniach wielu autorów, możemy jajniki uważać za środek swoisty przeciwko zaburzeniom, towarzyszącym okresowi przechodowemu, zarówno występującemu samoistnie, jakoteż i sztucznie wywołanemu. Seeligmann zaleca też stosowanie tego środka w chorobie Basedowa (3 razy dnia po 1 kołaczyku).

Pulmones sicc. pulv. Przetwór sporządzony z miąższu płucnego młodych i silnych owiec. Brunet podawał środek ten w cierpieniach płucnych, w szczególności suchotnikom i zauważył niejakie polepszenie ogólnego stanu chorych. Wstrzykiwał on od 3—5 cm.³ soku płucnego podskórnie, lub podawał 10 cm.³ rano naczczo wewnętrznie z małą domieszką wody. Grande, stosując przez czas 5 miesięcy po 4—5 gr. dziennie środka tego w postaci suchej, widział także znaczne polepszenie w przypadkach gruźlicy.

Renes sicc. pulv. Concetti i Leon Jacquet stosowali wyciąg z nerek, sporządzony zapomocą gliceryny, w dawkach od 1 do 5 cm.³ podskórnie w przewlekłem i ostrem zapaleniu nerek; otrzymywali przytem dobre wyniki, gdyż ilość białka malała, ilość moczu zwiększała się i ogólny stan się poprawiał. W przypadkach ostrych, połączonych z mocznicą, ilość moczu wzrasta znacznie; trudniej o to w przypadkach zapaleń przewlekłych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Żychoń.

Sternberg (Berlin) ogłasza doświadczenia (*Kl. ther. Woch.* 39 1898) z nowym środkiem znieczulającym, *anesonem* (acetonchloroform), zalecając go gorąco do użycia, gdyż nie wywołuje objawów szkodliwych (17,0 jeszcze nie wywołuje objawów zatrucia), działa zaraz po wstrzyknięciu, znieczula prawie zupełnie nawet wśród spraw zapalnych w skórze (phlegmone), a przed znieczulaniem sposobem Schleicha ma przez to pierwszeństwo, że używa się mniej płynu. *F. K.*

Saalfeld ulepszył stosowany w Ameryce przyrząd do rozpylania wyskoku mydlanego, który bywa używany przeciw trądzikowi i łupieżowi głowy w ten sposób, że ciepłota płynu rozpylanego wynosi 45°, przez co osiąga się znacznie szybszy i wybitniejszy skutek. (*Ther. Mtschft.* 10. 1898). *F. K.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Podatek zarobkowy lekarzy. Jednemu z lekarzy w Austryi wyższej odrzuciły władze podatkowe sprzeciw, wniesiony wskutek przesadnego wymiaru podatku zarobkowego. Izba lekarska, do której zwrócił się poszkodowany, zasięgnęła wiadomości u władzy podatkowej w Linzu i otrzymała w odpowiedzi wyjaśnienie, że na przyszłość podatek zarobkowy będzie lekarzom wogóle wyżej wymierzany. Wobec tego uchwaliła Izba lekarska postarać się o to, ażeby wszystkie Izby austryackie wniosły zbiorowe przedstawienie do głównej komisyi kontyngentowej w Wiedniu, zaznaczając niekorzystne warunki bytu lekarzy, oraz aby prosiły ministeryum finansów o powoływanie wysłanników Izb lekarskich do komisyi okręgowych lub uwzględnianie opinii Izb przy wymiarze podatku. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 1899, Nr. 4).

Kasy chorych lekarskie. Za przykładem kilku stowarzyszeń lekarskich wiedeńskich przystąpił związek lekarzy niemieckich na Morawach po dokładnem rozpatrzeniu sprawy, na podstawie ścisłych obliczeń i zdania zawodowych znawców, do założenia lekarskiej kasy chorych. Kasa ta wejdzie w życie, skoro tylko zgłosi się stu członków. Zapomogę z kasy pobierać będą mogli niezdolni do pracy lekarze najwyżej przez ciąg jednego roku. Przez pierwszych 100 dni wynosić ma zapomoga 3 złote reńskie dziennie, przez dalszych 200 dni 2 złr., jeżeli lekarz będzie zupełnie do pracy niezdolny; jeżeli zaś będzie mógł częściowo zarobkować, przyjmując chorych u siebie w domu, to zapomoga ma wynosić po 2 złr. dziennie aż do upływu 300 dni. Do kasy przyjęci będą wszyscy lekarze, nie liczący jeszcze lat 60; starszym jednakże zapewniono przyjęcie do kasy przez pierwszych pięć lat jej istnienia za opłatą podwójnej rocznej wkładki. Wkładka ta, według obliczeń, ma wynosić niewielką stosunkowo kwotę 22 złr. 52 ct. rocznie (przy stu członkach kasy). Nadto każdy członek kasy płaci jednorazowo wpisowe w kwocie 10 złr., za co w przypadku śmierci ubezpieczonego otrzyma jego rodzina jednorazową odprawę w kwocie 100 złr. Lekarz, chcący należeć do kasy, musi wykazać się wiarogodnem (t. j. przez izbę lekarską wystawionem) świadectwem, że wykonuje swój zawód lekarski. Prawa do korzystania z zapomóg nabywa się dopiero po upływie 2 miesięcy od chwili wstąpienia do kasy. Ubezpieczenie, to jest wypłata zapomóg odnosi się nietylko do chorób, ale także do nieszczęśliwych wypadków. (*Prager. med. Woch.*, 1899, Nr. 4).

Podobną kasę usiłuje utworzyć niemiecka sekcya Izby lekarskiej praskiej. Odszkodowanie dzienne ma wynosić 4 złr. aż do 140 dni choroby; w przypadku śmierci otrzymuje rodzina zmarłego jednorazowo 100 złr. Roczne wkładki mają wynosić: do lat 30 — 21·60 złr., od 30—50 — 32·40 złr. od 50—60 — 43·20 złr. Kasa ta dotąd nie weszła w życie, zapewne z tego powodu, że według obliczeń istnienie kasy wymaga stosunkowo znacznej liczby uczestników, mianowicie najmniej trzystu. Pod tym względem organizacyę kasy morawskiej uważać należy za znacznie praktyczniejszą. (*Wr klin. Rund.* 1899. Nr. 5).

Wobec tego, że ubezpieczenie lekarzy na starość, jakoteż zapewnienie bytu wdowom i sierotom po każdym bez wyjątku lekarzu, okazały się w obecnych warunkach prawie niewykonalne, zasługuje na uznanie i naśladowanie pomysł częściowego przynajmniej zaradzenia złemu w postaci kas chorych. Nie mogąc zdobyć się na stałą rentę dla lekarzy, niezdolnych już do pracy, powinnibyśmy starać się przynajmniej o to, do czego zmierzają lekarze morawscy, to jest o jednoroczną jaką taką dla nich zapomogę, i o pomoc dla kolegów, złożonych chorobą. Wykonanie tej myśli jest niepomiernie ułatwione przez to, że istnieją już gotowe i jak-

najdokładniej opracowane wzory, według których można się pokierować. Do przeprowadzenia sprawy z natury rzeczy powinnyby czuć się powołane Izby lekarskie. Jeżeliby jednak one przeprowadzić jej nie mogły, czyby nasze Towarzystwa lekarskie nie mogły myśli tej podjąć? *Dr. A.*

VII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, 2 lutego 1899 r.

— Na posiedzeniu Tow. lek. krak. we środę d. 1 b. m. przedstawił kol. Rutkowski szereg chorych z kliniki chirurgicznej, przez siebie operowanych, a kol. prof. Bujwid mówił o sposobie wykrywania arsenu zapomocą pleśniowca. W rozprawach przemawiali koll: Ciechanowski, Gertler, Kryński, Seńkowski, Surzycki i Wróblewski.

(Pc.) Przy otwarciu klinik położniczej i okulistycznej we Lwowie, które, jak donosiliśmy, odbyło się we środę dnia 25 z. m. przy udziale władz rządowych, autonomicznych i licznego grona dostojnych gości z bliższych i dalszych stron, wygłosili profesorowie Mars i Machek świetne wykłady, poruszające poważne zagadnienia natury ogólniejszej.

Prof. Mars podniósł w swoim wykładzie znaczenie zakładów położniczych nietylko pod względem strony naukowej i humanitarnej, ale także dla gospodarstwa krajowego. Porównawszy statystyczne dane z dwóch sąsiednich prowincyi t. j. Moraw i Galicyi, wykazał mowca, że skutkiem o wiele rzadszej pomocy zawodowej przy porodach, śmiertelność rodzących i położnic w Galicyi przewyższa stosunkowo więcej, niż dwukrotnie, śmiertelność, stwierdzoną na Morawach. Odpowiednio do tego jest także znacznie większą u nas liczba chorych po porodach, w szczególności zaś liczba chorych z takiemi trwałemi cierpieniami, że nie mogąc pracować na swe utrzymanie, stają się ciężarem dla społeczeństwa; z najskromniejszych nawet obliczeń wynika, że utrzymanie tych chorych obarcza corocznie gospodarstwo krajowe ciężarem co najmniej miliona złr. Koszt założenia i utrzymania zakładów położniczych, udzielających bezpośrednio pomocy rodzącym i kształcących odpowiednie siły zawodowe, wynosi zaledwo drobną część tej sumy, jaką traci obecnie społeczeństwo; stąd też tworzenie zakładów jest w swoim rodzaju oszczędnością w gospodarstwie krajowem i to oszczędnością bardzo znaczną.

Prof. Machek zaznaczył olbrzymi postęp, jakim się nauka okulistyki w bieżącem stuleciu poszczycić może, a który zawdzięcza przedewszystkiem zużytkowaniu do swych celów ściśle przyrodniczych sposobów badania. Omówiwszy epokowe wynalazki, jak wziernik oczny Helmholtza, leczenie jaskry zapomocą wycięcia tęczówki, oparte przez Graefego na zbadaniu sprawy ciśnienia śródocznego, oraz ścisłe badania refrakcyi i jej zboczeń, które nauka zawdzięcza Dondersowi, wykazuje mowca obfite dobroczynne skutki tych nabytków wiedzy dla chorej ludzkości, zaznaczając, że przez te nabytki stanęła okulistyka na wysokim poziomie, tak pod względem naukowych podstaw badania, jak i pod względem wyników leczenia.

— Dzienniki donoszą, że wydział lekarski krakowski uchwalił większością głosów przedstawić na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć nieodżałowanej pamięci prof. Obalińskiego, — Dra Kadera, docenta z Wrocławia. Mniejszość wydziału miała zaś ze swej strony przedstawić »terno«: Prof. Trzebicky, Doc. Kader, Doc. Schramm. — Należy przytem sprostować błędną wiadomość dzienników, że kandydatem wydziału jest »Dr. Kader z Łodzi«. — Doc. Dra Kadera powołano do objęcia dyrekcyi szpitala w Łodzi, ale dopiero po ukończeniu budującego się właśnie pawilonu chirurgicznego; obecnie zaś przebywa Dr. Kader stale we Wrocławiu, jako docent tamtejszego uniwersytetu.

— Zanim nasz warszawski korespondent zda czytelnikom »Przeglądu« sprawę z dalszych czynności młodego a ruchliwego tamtejszego Towarzystwa higienicznego, należy podnieść energię, z jaką grono to zmierza do założenia uzdrowisk dla suchotników i piękny przykład objawiającej się przytem ze strony lekarzy obywatelskiej ofiarności. Mianowicie koledzy S o k o ł o w s k i i D u n i n, podnosząc, że w zakładaniu uzdrowisk liczyć należy przedewszystkiem na inicyatywę prywatną i pomoc samego społeczeństwa, złożyli pierwsi na cele uzdrowisk po tysiąc rubli.

— Redakcyę lwowskiego »Przeglądu weterynarskiego« objął prof. St. K r ó l i k o w s k i (w miejsce prof. S z p i l m a n a).

— Strejki lekarzy przeciw wyzyskującym ich kasom chorych pojawiać się zaczynają także we Francyi. I tak w Marmande towarzystwo wzajemnej pomocy, odgrywające rolę kasy chorych, musiało zawiesić swe czynności wskutek jednolitego wystąpienia 5 miejscowych lekarzy, żądających odpowiedniego wynagrodzenia za swe czynności.

— Dr. E. Rościszewski, znany specyalista chirurg, donosi nam, że z d. 1 lutego b. r. osiadł w Przemyślu.

— W Monachium otwarto świeżo pierwszy zakład dla suchotników, zbudowany w stosunkowo krótkim czasie dzięki energicznym zabiegom osobnego stowarzyszenia, którego prezesem jest znany prof. v. Ziemssen. Zakład liczy 90 łóżek; oprócz lekarza kierującego, zatrudniać ma jednego asystenta.

— W Anglii, gdzie już w r. 1895 około $1/3$ ogółu dzieci uchylała się od szczepienia, obecnie zapanowały jeszcze gorsze stosunki od chwili zaprowadzenia osławionego nowego prawa o szczepieniu. Jak wiadomo, prawo to uwalnia od szczepienia każde dziecko, którego ojciec udowodni przed władzą, że »sumienie jego nie pozwala mu« zaszczepić dziecka. Skutek tego jest taki, że np. w Littledean sąd w ciągu 8 godzin załatwił 700 (!) takich spraw i to po myśli stron. Sąd w Luton, złożony widocznie z przeciwników szczepienia, uchwalił uwolnień podobnych udzielać bezpłatnie. I to dzieje się w ojczyźnie wielkiego Jennera! Jakby na dobitek, szerzą się obecnie w Anglii w sposób zastraszający dwie sekty: »Peculiar People«, i »Christian Scientist«. Pierwsza uważa choroby za dopust Boży i zakazuje wzywać lekarza i w ogóle leczyć się; druga uważa choroby i ból za złudzenie, a leczyć się zaleca »duchowo« zapomocą modłów kapłanek sekty, działających także na odległość... Ta druga sekta jest przytem bezczelnie wyzyskującą, bo za lecznicze modlitwy każe sobie słono płacić. Jakie rozmiary przybrała ta opłakana i szalona propaganda, świadczy okoliczność, że ten sam rząd, który dopuścił do nowych praw o szczepieniu, uznał za stósowne przeciw nowym sektom energicznie wystąpić.

Mianowania. Tytularny prof. Dr. N e s s e l w Pradze mianowany profesorem nadzwyczajnym dentystyki — Docent Dr. L o d e mianowany profesorem higieny w Innsbrucku. — Dr. H. P a c a n o w s k i mianowany ordynatorem szpitala starozakonnych w Warszawie.

Zmarli: Dr M o s z c z y ń s k i w Otwocku; Dr. S o k o l n i c k i w powiecie Pułtuskim. — Znakomity zoolog prof. C l a u s w Wiedniu. Prof. A. S o c i n w Bazylei; zmarły pracował głównie w dziale chirurgii dróg moczowych; napisał znakomite dzieło o chorobach gruczołu krokowego i uważany był za wielką powagę w tym przedmiocie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 4: Dr. K o s s a k o w s k i Wł.: Rumień lombardzki. Dr. P a w i ń s k i J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (c. d.). S a k s J.: Przypadek porodu przez drogę niezwykłą. W *Medycynie* Nr. 4: Dr. K r a u s e L.: O drewnowatem nacieczeniu zapalnem tkanki łącznej. K o p c z y ń s k i St.: Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreicha (dok.). N i s e n s o n D.: Kilka uwag o leczeniu dławca błoniczego. W *Kronice lekarskiej* Nr. 2: R a b e k L.: Trzy przypadki tężca, leczone surowicą przeciwtężcową. Dr. H e w e l k e O.: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych. W *Postępie okulistycznym* Zeszyt I.: Prof. W i c h e r k i e w i c z: 1) Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki u noworodków, 2) Przetoki rogówkotwardówkowe po operacyi zaćmy powstałe. Dr. T a l k o: Ropień powieki górnej, jako przyczyna ropo-posocznicy.

Redakcya otrzymała:

— Dr. M. W. H e r m a n: Ueber Localanaesthesie und die Grenzen ihrer Anwendung. Wiedeń, 1898. Odbitka.

— Dr. A. S c h u d m a k: Cosaprin als neues Antipyreticum und Antirheumaticum in der Kinderpraxis. Wiedeń. 1899. Odbitka.

— Dr. B i e r n a c k i E.: Spostrzeżenia nad glikolizą. Warszawa, 1898. Odbitka.

— T e n ż e: Wybrzeża belgijskie. Odbitka z »Medycyny«.

— Prof. B r o w i c z: O zjawiskach krystalizacyi w komórce wątrobowej. — O śródnaczyniowych komórkach we włoskowatych, krwionośnych naczyniach zrazików wątroby. — W sprawie pochodzenia melaninu w nowotworach barwikowych. — Sztuczna krystalizacya hematoidyny w komórce mięsaka barwikowego. Kraków, 1899.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS

na posadę Dyrektora szpitala, na razie powiatowego, w Gorlicach ogłasza Wydział powiatowy w Gorlicach. Ubiegający się o tę posadę spisać mają przy podaniu swoje *curiculum vitae*, dołączając świadectwo z odbytych praktycznych studyów lekarskich i udokumentowane w ten sposób podania wnieść do 1 kwietnia 1899 r. pod adresem Wydziału powiatowego w Gorlicach. Pożądaną jest dłuższa praktyka szpitalna i dowód biegłości w dziale chirurgicznym.

Do posady powyższej przywiązana jest roczna pensya 700 złr. od dnia otwarcia szpitala, to jest od 1 września 1899. Oprócz obowiązków, określonych bliżej krajową instrukcyą dla Dyrektorów szpitali prowincyonalnych, Dyrektor nowo zbudowanego szpitala w Gorlicach zastosować się będzie musiał do tych zarządzeń Komitetu szpitalnego, z ramienia Wydziału powiatowego wyznaczonego, jakie tenże Komitet tak co do wewnętrznego urządzenia szpitala, jak i co do administracyi wydawać uzna za odpowiednie.

Z Wydziału powiatowego 83 2 3

Gorlice, dnia 2 stycznia 1899.

Galiński, sekr. *K. Sczaniecki*, prezes.

OBWIESZCZENIE.

Przy kasie chorych kopalni węgla c. k. uprzywilejowanej kolei północnej cesarza Ferdynanda obsadzona będzie od 1 marca 1899 r. posada lekarza z siedzibą w małych Kunczycach na Śląsku pod następującymi warunkami:

1. Lekarzowi przydzielonych zostanie do leczenia około 700 członków kasy chorych kolei północnej, zamieszkałych w małych Kunczycach, wielkich Kunczycach, Bartowicach i Ratimowie. Honoraryum wynosi 1 złr. 25 ct. za członka, za rok.

2. Lekarz kasy chorych może wykonywać prywatną praktykę w swoim obwodzie, poza granicami zaś przydzielonego mu obszaru tylko za wyraźnem porozumieniem się z naczelnikiem kasy chorych.

3. Kasa nie zwraca kosztów wydanych na jazdy.

4. Potrzebną jest znajomość języka niemieckiego i czeskiego albo polskiego; wymagane jest świadectwo odbytej praktyki lekarskiej. 84 2 3

Zresztą może każdy ubiegający się obeznać się, a w razie otrzymania posady musi zobowiązać się do przestrzegania instrukcyi, którą można przejrzeć w inspektoracie górniczym kolei północnej w Ostrawie morawskiej.

Pisemne podania należy wnosić do 15 lutego b. r. do naczelnika kasy chorych kopalni węgla kamiennego c. k. kolei północnej w Ostrawie morawskiej.

W podaniu powoływać się można tylko na załączone urzędowe świadectwa lub legalizowane odpisy tychże.

Z zarządu gwarectwa kopalni węgla c. k. uprz. kolei półn. Cesarza Ferdynanda.

Ostrawa morawska, 17 stycznia 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Lutego 1899. Nr. 6.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje [illegible] centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Lutego 1899. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

Skręt kiszki esowatej odznacza się znaczną stosunkowo skłonnością do nawrotów, to też przy leczeniu musimy o tem pamiętać i odpowiednio temu przeciwdziałać.

W naszem zestawieniu znachodzimy 4 chorych z nawrotem podwójnym, jednego zaś z nawrotem potrójnym. Ze sposobów zapobiegających nawrotom, a mianowicie: Rosera przyszycie krezki, Brauna przyszycie pętli, Senna skracanie krezki przez jej sfałdowanie, Obalińskiego wycięcie kiszki esowatej, wreszcie Roux'a rozległe przyszycie krezki do przedniej ściany jamy brzusznej, użyto w 3 przypadkach (12, 13, 15.) wycięcia kiszki sposobem Obalińskiego z jednem zejściem śmiertelnem, w 3 (19, 20, 23.) przyszycia sposobem podobnym do postępowania Roux'a (jeszcze przed ogłoszeniem tej metody). Wogóle należy z tych sposobów przyznać pierwszeństwo postępowaniu Roux'a, jako zabiegowi w skutkach zupełnie pewnemu, z drugiej zaś strony bardzo łagodnemu.

W przypadku 22 wykonano *enteroanastomosis* z powodu skłonności do skręcania się pętli o 180°, sprowadzającego ciągłe dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego. Chora ta jednakowoż zmarła z powodu zapalenia płuc.

Postępując w ten sposób uzyskaliśmy wyleczeń 15 t. j. 48·4%. Wszystkie przypadki, w których założono rzyć sztuczną, względnie wycięto kiszkę z następowym szwem okrężnym, z powodu zgorzeli jelita zakończyły się niepomyślnie.

TABLICA II.

Skręt jelita biodrowego. ***Torsio intest. ilei.*** **Przypadków 24.**

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
32*	Matys Gelber, l. 27.	3 dni	Bóle gwałtowne napadowe. Wymioty częste. Wzdęcie miejscowe w okolicy pępka. Ruch robaczkowy wzmożony.	*Volvulus.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe skręcone, silnie rozdęto, z wynaczynionkami.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	
33*	Franciszek Cichocki, l. 22.	5 dni	Bóle ciągłe. Bolesność brzucha przy ucisku. Wzdęcie jednostajne. Ruchów jelit niema. Wymioty częste.	*Peritonitis.*	*Detorsio.*	Jelito cienkie na 1 metr poniżej dwunastnicy aż w pobliże kątnicy okręcone, poniżej jelito i kiszka zapadnięte; zapalenie otrzewnej.	*Torsio ilei. Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	
34*	Tomasz Kwaśniowski, l. 37.	2 dni	Ból gwałtowny. Wymioty ciągłe. Ruchu jelit niema. Wzdęcie jednostajne, tylko nad pępkiem cieniuje się poprzeczna wypukłość.	*Torsio flex. sigm. subsequ. Peritonit.*	*Enterotomia. Detorsio.*	Zapalenie otrzewnej.	*dtto*	*Mors* w 1 godz.	
35*	Gitla Feuerowa, l. 46.	Kilka miesięcy.	Częste i uporczywe zaparcie stolca. Ruch jelit wzmożony, wzdęcie mierne.	*Strictura v. Inflexio ilei.*	*Detorsio.*	Luźność kątnicy, na 30 cm. nad nią jelito biodrowe okręcone około krezki, lecz luźno.	*Torsio ilei.*	*Sanata* w 12 dni.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
36*	Józef Marchewka, l. 32.	2 dni	Przed 6 dniami laparotomia z powodu *reductio spuria herniae incarcerat.* Ból nagły. Wymioty częste. Wzdęcie miejscowe w okolicy talorza biodrowego prawego. Ruch jelit wzmożony.	*Torsio ilei.*	*Enterotomia Detorsio.*	Skręt jelita biodrowego tuż ponad kątnicą i pod nią wsunięty. Jelita wyżej mocno rozszerzone.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 6 tygodni.	
37*	Jan Niemczak, l. 40.	3 dni	Ból po zeskoczeniu. Siły mierne. Wymioty częste. Brzuch beczkowaty. Powyżej pępka kilka smug poprzecznych. Ruchu jelit niema.	*Peritonitis ad torsionem.*	*dtto*	Prawie całe jelito cienkie okręcone około swej krezki. Na szczycie zmiany zgorzelinowe. Pokłady włóknikowe.	*Torsio intestini tenuis. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 dni.	Kał w ranie. Trzeba było wyciąć część zgorzelinową.
38*	Andrzej Znaleźniak, l. 19.	3 dni	Powtarzało się od 4 lat. Wymioty częste. Kształt brzucha kopułowaty powyżej pępka i po prawej z poprzecznemi smugami. Ruchu jelit niema.	*Volvulus.*	*Detorsio.*	Kątnica z całem biodrowem okręcone. Jelito czcze i kiszki grube zapadnięte.	*Torsio ilei cum coeco.*	*Mors* w 24 godzin.	Podczas uśpienia *asphyxia vomitoria.*
39*	Jan Talaga, l. 38.	6 dni	Wymioty z początku. Ból ciągły. Brzuch kopułowaty. Ruch jelit wybitny.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Część jelita biodrowego skręcona. Otrzewna zaczerwieniona, nastrzykana.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 24 godzin.	
40*	Jędrzej Jura, l. 37.	4 dni	Brak dat.	?	*Detorsio.*	?	*Torsio ilei cum coeco.*	*Sanatus* w 12 dni.	
41*	Antonina Krupa, l. 56.	3 dni	Bóle ciągłe, wymioty. Brzuch bolesny przy ucisku. Jedna wypukłość koło kątnicy, druga koło zgięcia esowatego. W odbytnicy śluz krwawy i opór.	*Invaginatio cum peritonitide.*	*Resectio intest. ilei (126 cm.) Enterorhaphia.*	Część jelita biodrowego okręcona i czarno zabarwiona.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	
42*	Agata Wybranowska, l. 70.	8 dni	Nagle ból po jedzeniu. Wymioty. Wzdęcie jednostajne. Ruchu jelit niema. Zapad.	*Peritonitis verisimil. e torsione ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	*Peritonitis.*	*Torsio ilei subs. peritonit.*	*Mors* w 3 godziny.	Stan chorej był tak nędzny, że operowano dopiero drugiego dnia, gdy tętno nieco się polepszyło.
43*	Józef Klita, l. 38.	18 godzin	Zsunął się z ciężarem. Ból gwałtowny brzucha. Przepuklina wystąpiła i nie dała się odprowadzić. Wymioty. Wzdęcie jednostajne. Zapad.	*Hernia inguin. incarcerata.*	*Herniotomia dein. Laparot. Resectio intestini. Enterorhaphia.*	Po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono w nim jelito zgorzelinowe, lecz wolne. Skręt prawie całego jelita biodr. i kątnicy.	*Torsio ilei et coeci. Gangraena intest.*	*Mors* w 22 godzin.	Wycięto 365 cm. jelita.
44*	Jędrzej Siekierka, l. 70.	10 dni	*Hernia ing. irreponibilis.* Bóle ciągłe. Wymioty cuchnące. Wypukłość koło pępka. Ruch jelit wzmożony.	Wątpliwość, czy niedrożność wskutek przepukliny, czy wskutek skrętu.	*Herniotomia dein. Laparot. Detorsio. Enterotomia.*	Po otwarciu worka przepukl. okazało się, że przyczyna wyżej, przeto laparotomia.	*Torsio ilei subs. Peritonitide sept.*	*Mors* w 30 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
45*	Jan Wilkosz, l. 40.	3 dni	Ból znaczny ciągły. Siły małe. Wymioty. Wzdęcie jednostajne.	*Peritonitis ex occlusione.*	*Enterotomia Detorsio.*	Otrzewna zaczerw. i nalotami pokryta. Jelito biodrowe okręcone w pobliżu kątnicy. Szczyt podejrzany co do zgorzeli. (Wszyto w ranę).	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Phlegm. et necrosis ilei. Peritonitis septica.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
46*	Jędrzej Rączka, l. 34.	30 godzin	Siły słabe. Wymioty. Ból silny. Wzdęcie jednostajne. Kilka pętli rysuje się nad pępkiem. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei subs. Peritonit.*	*Detorsio.*	Jelita mocno nastrzykane i ciemnowiśniowe.	*Torsio ilei subs. Peritonit.*	*Mors* w 2 dni.	Sekcya: *Peritonitis haemorrh. et fibrin.*
47*	Jan Róg, l. 56.	3 dni	Bóle ciągłe. Wymioty. Wzdęcie mierne, kopułowate, kilka pętli rysuje się nad pępkiem. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Otrzewna zaczerwieniona. Skręt koło kątnicy.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 10 dni.	Przy końcu operacyi zapad. Sekcya: *Peritonitis.*
48*	Estera Mosler, l. 50.	8 dni	Ból. Wymioty. Wzdęcie mierne, kopułowate z cieniującemi się kilkoma pętlami koło pępka. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Detorsio.*	Jelito cienkie skręcone, zaczerwienione i pokryte nalotami włóknika.	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 30 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
49*	Regina Marek, l. 50.	6 dni	Przed 4 dniami operowana z powodu *Hern. crur. incarc.* Przypady nie ustawały. Kilka pętli rysuje się. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei ad hern. incarc. operatam.*	*Detorsio. Enterotom.*	—	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
50	Jan Czernecki, l. 70.	3 dni	Siły mierne. Wymioty częste. Częste bóle napadowe obok bólu stałego. Wzdęcie znaczne, zarysowana poprzecznie pętla. Ruchu niema.	*Torsio ilei.*	*Detorsio.*	Skręt całego jelita biodrowego. Jelita powyżej i poniżej skrętu zapadłe.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 14 dni.	
51	Jan Kasprzyk, l. 26.	4 dni	Siły mierne. Wymioty częste, od drugiego dnia kałowe. Ból znaczny. Wzdęcie mierne, 3 pętle poprzecznie zarysowane. Stawianie się zarysowanych pętli wśród bólu.	*Torsio ilei.*	*Detorsio.*	Skręt całego jelita biodrowego aż do kątnicy. Jelito powyżej i kiszka gruba poniżej zapadłe.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 14 dni.	
52	Wojciech Piwowarczyk, l. 37.	3 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Ciągły ból, bolesność znaczna. Wzdęcie jednostajne. Z początku miały być ruchy jelit i przelewania.	*Peritonitis ad occlusionem.*	*Detorsio. Anus praeter naturam.*	Jelito biodrowe skręcone kilkakrotnie z zawęźleniem. Zgorzel jelita na znacznej przestrzeni.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 3 godziny.	
53	Wawrzyniec Tyrka, l. 50.	3 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Silne bóle, obok tego bolesność. Wzdęcie znaczne. Pętle jelitowe zarysowane poprzecznie. Stawianie się zarysowanych pętli.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Jelito cienkie znacznie rozdęte, kiszka gruba zapadła.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 6 godzin.	Przy odkręcaniu otrzewna jelitowa pękła w kilku miejscach.
54	Juliusz Müller, l. 32.	5 dni	Przed 3 miesiącami podobne przypady. Zapad. Wymioty częste, czkawka. Ból ciągły, bolesność. Wzdęcie duże, powyżej pępka pętla jelitowa poprzecznie zarysowana. Ruchu niema.	*Peritonitis ad occlusionem.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Zgorzel jelita.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	
55*	Józef Gajda, l. 54.	2 dni	Siły słabe. Bóle ciągłe. Wymioty. Wzdęcie znaczne kształtu prostokątnego. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe skręcone. Powyżej skrętu jelito cienkie rozdęte.	*Torsio ilei.*	*Mors* tuż po operacyi.	

Zestawienie przypadków skrętu jelita biodrowego wykazuje zatem, że cierpienie dotyczyło przeważnie, gdyż 17 razy na 24, ludzi między 30 a 60 rokiem życia. Chorzy zgłaszali się po poradę między 18 godzinami a 10 dniem cierpienia, średnio po 4 dniach. W podaniach chorych nie było można wykryć ważniejszych przyczyn choroby.

Stan ogólny chorych był zazwyczaj zły. Wymioty w 22 przypadkach były bardzo częste i uporczywe, a w 4 kałowe i to u 2 chorych po 3, u jednego po 4 i u jednego po 10 dniach choroby.

Bóle, będące pierwszym objawem choroby, występowały napadowo tylko u 5 chorych, u 15 zaś bóle były jednostajne, a brzuch przy ucisku bardzo bolesny (u wszystkich zapalenie otrzewnej). Badanie wykazywało w 16 przypadkach brzuch niejednostajnie wzdęty z dobrze dającym się wybadać wzrokiem, jak i dotykiem, wzdęciem miejscowem w postaci smug poprzecznych ponad i poniżej pępka, w 2 przypadkach stawiających się okresowo (51, 53). Ruch robaczkowy jelit dostrzeżono tylko 5 razy. W przypadku 41 z otworu stolcowego wydostawała się treść śluzowo-krwawa.

Przebieg był bardzo gwałtowny, zapad pojawiał się wcześnie.

Otwarcie jamy brzusznej wykazało 4 razy skręcenie całego jelita biodrowego, w 3 przypadkach skręcenie jelita biodrowego i kątnicy, raz jelita biodrowego i czczego, w pozostałych zaś przypadkach istniał skręt pojedynczych odcinków jelita biodrowego. Zapalenie otrzewnej znaleziono przy operacyi 16 razy, a zgorzel jelita 6 razy. (w przyp. 43 już po 18 godzinach).

Leczenie operacyjne polegało na odkręceniu jelita, w razie zaś nadzwyczaj wielkiego wzdęcia, sprawiającego znaczne trudności w odprowadzeniu jelit do jamy brzusznej, na nacięciu ściany jelita i wypuszczeniu treści z następowem zeszyciem (11 razy).

W przypadkach zgorzeli musiano 2 razy wykonać rozległe wycięcie jelita; oba przypadki zakończyły się niepomyślnie. Raz wobec rozpaczliwego stanu chorego założono rzyć sztuczną; przypadek ten skończył się również zejściem śmiertelnem.

Odpowiednio też do tak niepomyślnych warunków otrzymano wyleczenie zaledwie w 6 przypadkach t.j: 25%.

TABLICA III.

Skręt kątnicy. *Torsio coeci.* Przypadków 5.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
56*	Marya Stankiewicz, l. 48.	4 dni	Siły mierne. Wymioty dość częste. Bóle napadowe. Brzuch kulisto wzdęty. Wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit wybitne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio.*	Kątnica okręcona około swej krezki. W jamie brzusznej sporo płynu przesączynowego.	*Torsio coeci.*	*Sanata* w 20 dni.	
57	Jędrzej Baran, l. 28.	4 dni	Zapad. Wymioty często. Bóle napadowe. Wzdęcie duże, wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit widoczne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Jelito cienkie silnie rozdęte.	*Torsio coeci.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Pneumonia Peritonitis.*
58	Michał Betlej, l. 43.	4 dni	Stan lichy. Wymioty częste. Bóle stałe, bolesność w okolicy kątnicy. Znaczne jednostajne wzdęcie. Okresowo zarysowanie się pętli jelitowych powyżej pępka. Ruchów niema.	*Occlusio mechan.*	*Resectio coeci. Enterorhaphia m. Landerer.*	Złogi wypociny. Ciecz krwawa, mętna. Jelito biodrowe rozdęte. Kątnica 2 razy okręcona, zgorzelinowa.	*Torsio coeci. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
59	Wincenty Kłos, l. 30.	4 dni	Kilkakrotnie podobne przypady. Stan dość dobry. Nudności. Wzdęcie walcowate. Rysowanie się wybitne pętli jelitowych. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Część jelita biodrowego silnie rozdęta. Kątnica pokryta wypociną włóknikową.	*Torsio coeci. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
60	Dwojra Schnürer, l. 50.	3 dni	Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne, wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit wybitne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe miernie wzdęte.	*Torsio coeci.*	*Sanata* w 25 dni.	

Skręt samej kątnicy należy do dość rzadkich postaci niedrożności jelit, a nawet wedle Leichtensterna chodzi tutaj raczej o boczne zagięcie kątnicy. W naszych przypadkach kątnica o długiej kresce była około osi w wymiarze strzałkowym okręcona tak, że koniec jelita biodrowego i kiszka wstępująca tuż na przejściu w kątnicę stanowiły szypułę. Na pięciu chorych, przyjętych między 3 a 4 dniem choroby, 4 było między 30 a 60 rokiem życia. Wśród zupełnego zdrowia bez

poprzednich podobnych objawów (z wyjątkiem przyp. 59, w którym podobne przypady pojawiały się już kilkakrotnie), występowały gwałtowne bóle napadowe z częstemi wymiotami i zupełnem zatrzymaniem stolca i wiatrów.

Badanie wykazywało znaczne niejednostajne wzdęcie brzucha z dokładnie wybadalnem wzdęciem miejscowem w 3 przypadkach w postaci guza kulistego, silnie napiętego, nieruchomo usadowionego na talerzu biodrowym prawym. W 2 przypadkach nie wybadano wzdęcia miejscowego, tylko zarysowywały się poprzecznie pętle jelita cienkiego, zajętego wzdęciem zastoinowem.

Ruch robaczkowy jelit spostrzegano 3 razy (56, 57, 60). Zapalenie otrzewnej istniało już podczas operacyi u 2 chorych (58, 59), a raz (58) spostrzegano zgorzel kątnicy.

Stosownie do znalezionych stosunków odkręcono kątnicę 4 razy, przyczem 2 razy nacięto ją w celu wypuszczenia nagromadzonej treści, w przypadku zaś 59 wycięto z powodu zgorzeli kiszkę i połączono odcinki guzikiem Landerera z wynikiem niepomyślnym. Chorych wyzdrowiało 2 t. j 40%.

TABLICA IV.

Zadzierzgnięcie. *Strangulatio.* Przypadków 16.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
61*	N. N., żołnierz, l. 21.	5 dni	Przedtem bywały już podobne przypady. Ból. Wymioty. Innych objawów nie zanotowano.	*Occlusio intest. interna.*	*Lysis.*	Jelita bardzo zaczerwienione i przyciśniete taśmą, którą przecięto.	*Strangulatio. Peritonit.*	*Mors* w 48 godzin.	
62*	Anna Juszczak, l. 33.	3 dni	Pobolewanie od 4 miesięcy. Wzdęcie kopułowate. Ruch jelit wybitny. Wymioty.	*dtto*	*Lysis.*	Od wyrostka robaczkowego do kątnicy dwie taśmy, pod któremi pętla jelitowa.	*Strangulatio ilei.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	
63*	Bronisława Bogucka, l. 18.	8 dni	*Facies Hippocrat.* Majaczenia, zrywanie się. Wzdęcie kuliste. Wymioty kałowe.	*Occlusio intest. interna. Peritonitis.*	*Lysis.*	Taśma z sieci do kątnicy, a pod nią pętla jelit z poczynającą się zgorzelą.	*Strangulatio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya wykazała obok *peritonitis* zmiany durowe.
64*	Józef Hinner, l. 45.	8 dni	Siły dobre. Ból. Wymioty. Wzdęcie jednostajne, beczkowate.	*Occlusio intest. int. mechan.*	*dtto*	Taśma grubości małego palca.	*Strangulatio ilei.*	*Mors* w 22 dni.	7 dnia zapalenie płuc. Sekcya wykazała zapalenie płuc. W jamie brzusznej zmian niema.
65*	Monika Trzupek, l. 30.	?	?	?	*Resectio intest.*	?	*Incarceratio interna int. ilei post perimetritid.*	*Mors* w kilka godzin.	?
66*	Marya Kasztor, l. 45.	16 godzin	Przed 4 tygodniami *Hysterectomia supravaginalis.* Nagły ból napadowy. Wymioty. Ruch jelit wybitny.	*Infractio vel strangulatio.*	*Lysis.*	Taśma z sieci do jelita i do ściany.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	
67*	Wojciech Jastrzębski, l. 27.	7 dni	Siły małe. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	*Peritonitis ad occlus. mechanic.*	*Lysis.*	Taśma utworzona z resztek *ductus omphalomesentericus.*	*Strangulatio.*	*Mors* w 2 godziny.	Napad padaczkowy przed operacyą, po operacyi drugi napad, w którym chory zginął.
68*	Jan Klaczok, l. 24.	12 dni	Wymioty kałowe. Brzuch beczkowaty. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	W kanale pachwin. przesznurowanie przez zrosty.	*Strangulatio.*	*Mors* 9 dnia.	6 dnia zapalenie płuc.
69*	Chune Feuereisen, l. 36.	3 dni	Ból znaczny. Wymioty częste, kałowe. W okolicy kątnicy wypukłość z oporem. Ruch jelit istnieje, lecz mały.	*dtto*	*dtto*	Taśma grubości zapałki.	*dtto*	*Mors* w 3 godziny.	*Asphyxia vomitoria.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
70*	Gryne Verstaendigowa, l. ?	11 dni	Siły słabe. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Brzuch kulisty. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	W krezce otwór, przez który wsunęła się pętla jelitowa. Otrzewna zaczerwieniona.	*Strangulatio. Peritonitis.*	*Mors* w 12 godzin.	
71*	Marya Sierpowa, l. 39.	2 dni	Dzień przedtem *herniotomia.* Ból dalej. Wymioty. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*Lysis. Resectio intest.*	Taśma w pobliżu ujścia wewnętrzn. kanału pachwin. Zgorzel jelita.	*Strangulatio. Gangraena intest.*	*Sanata* w 3 tygodnie.	
72	Krystyna A—Z. l. 59 (patrz 17*).	4 dni	Stan dobry. Wymioty często. Bóle napadowe. W okolicy pępka wzdęcie miejscowe w postaci 2 wyniosłości. Ruchów niema.	*Accretiones cum strangulatione.*	*Lysis.*	Pętla jelita cienkiego uwięzgnięta między zrostami.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	Przed 4 miesiącami operowana z powodu skrętu pętli esowatej.
73	Franciszka Kulczak, l. 32.	10 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Obok bólu stałego silne bóle napadowe. Wzdęcie znaczne, po stronie lewej nad pępkiem większa oporność. Wśród bólu nieznaczny ruch jelit.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Resectio intestini.*	Po stronie lewej pierścień utworzony przez sieć, w którym pętla jelita cienkiego b. rozdęta, zgorzelinowa; zapalenie otrzewnej.	*Strangulatio. Gangraena intest.*	*Mors* w 12 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
74	Chaim Rosner, l. 48.	5 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne, nad pępkiem zarysowane pętle jelit. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	Wśród zrostów uwięzgnięta, b. rozdęta pętla jelita biodrowego.	*Strangulatio ilei.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
75	Feliksa Blicharz, l. 12.	4 dni	Od kilku lat silne bóle brzucha, pojawiające się co kilka miesięcy. Stan bardzo lichy. Wymioty ciągłe. Bóle stałe. W okolicy kątnicy wypuklenie i opór obok wzdęcia jednostajnego. Ruchów niema.	*Peritonitis ad appendicit.*	*Resectio process. vermiform*	*Empyema process. vermiformis,* który tworzy pętlę zaciskającą. Zapalenie otrzewnej.	*Strangulatio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
76	T.....a, kobieta, l. 54.	3 dni	Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Guz nad spojeniem łonow. Zarysowanie pętli jelitow. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	Taśma od torbieli jajnikowego tworzy pierścień.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 3 tygodnie.	

Zadzierzgnięcie ze względu na możliwość rozmaitych kombinacyi stosunków anatomicznych przedstawia obraz, najtrudniej dający się ująć w stałe ramy; odpowiednio też do tego rozpoznanie najwięcej tu nastręcza trudności.

Z 16 chorych, zgłaszających się między 16 godzinami a 12 dniami (średnio po 5·6 dniach) choroby, 8 liczyło od 30 do 50 lat życia.

W wywiadach należy podnieść, że 3 chorzy już od dłuższego czasu cierpieli na przypadłości w zakresie przewodu pokarmowego, 3 zaś (66, 71, 72) przebyli już poprzednio operacye brzuszne. Początek choroby bywał nagły. Wymioty u 15 chorych były bardzo częste, a 6 razy (63, 67, 68, 69, 70, 73) kałowe. Bóle występowały napadowo; w jednym tylko przypadku (75) istniał ból jednostajny obok bolesności przy ucisku *(peritonitis).* Badanie wykazywało wzdęcie brzucha wogóle znaczne z dającem się wykazać w 4 przypadkach wzdęciem miejscowem, a 2 razy z zarysowaniem poprzecznem pętli jelitowych, zajętych wzdęciem zastoinowem. Ruch robaczkowy spostrzegano 9 razy, 2 razy ruchu nie było (72, 75); w pozostałych 5 przypadkach brak dokładnych notatek.

Najczęstszą przyczyną zadzierzgnięcia są wytwory zapalenia otrzewnej, dalej uchyłek Meckela, wreszcie wyrostek robaczkowy. Przez wytwory zapalenia otrzewnej rozumiem taśmy, mające albo jeden, albo 2 punkty przyczepienia, dalej przyrośnięcie sieci do poszczególnych narządów, przyrośnięcie wolnego końca wyrostka robaczkowego, wreszcie wytworzenie przez zrosty nieprawidłowych otworów. Mechanizm zadzierzgnięcia przedstawiał w naszych przypadkach dwa główne typy, a mianowicie albo jeden z powyżej przytoczonych czynników tworzył pętlę, zadzierzgającą jelito, albo też, rozciągnięty nad częściami niepodatnemi, wytwarzał niejako rodzaj bramy przepuklinowej, przez którą przesuwała się pętla jelitowa.

(C. d. n.).

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.**

O znaczeniu rozpoznawczem promieni Röntgena w kamicy nerkowej.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Uczeni i laicy z entuzyazmem przyjęli odkrycie nowych promieni przez Röntgena i wszyscy wiele, bardzo wiele sobie po nich obiecywali. Praktyka i doświadczenie zawiodły niejedne nadzieje, zawody jednak nie zniechęciły do nowych prób, a te, ponawiane, do lepszych doprowadzały wyników. Skąpem rozporządzając doświadczeniem nie spieszymy się z wypowiadaniem zdań zasadniczych; zdaje się nam jednak, że nie pomylimy się, gdy obrazy, jakie zapomocą promieni katodalnych uzyskamy, przyjmować będziemy z pewnem zastrzeżeniem i uciekać się do nich będziemy dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków rozpoznawczych. Nie wątpię, że z czasem, gdy się nauczymy czytać z fotografii röntgenowskich, z większą ufnością będziemy się do nich zwracać. A tu trzeba umieć czytać i patrzeć, by się nie dać uwieść pozorom. Wszak w takiej fotografii mamy do czynienia tylko z cieniem, jaki rzuca ciało bryłowate na płaszczyznę. Oczywiście, że kształt tego cienia, wzajemny stosunek rozmaitych części do siebie i t. d. zależy od bardzo wielu warunków zewnętrznych, głównie od położenia lampy w stosunku do przedmiotu prześwietlonego, a tego ostatniego do czułej płyty fotograficznej. Jak jeden i ten sam przedmiot w tych, zmieniać się dających warunkach przybierać może przeróżne kształty, wykazał Hofmeister na miednicy, a na jakie trudności napotyka dokładne oznaczenie jakiegoś punktu w ciele ludzkiem, dowodzą wielokrotne, ciągle nie zadowalające usiłowania stworzenia pewnych stałych przepisów i środków pomocniczych, któreby pozwalały wyciągnąć pewne, stanowcze wnioski z otrzymanych przez prześwietlanie obrazów (Braatz, Angerer, Lewy-Doru i in.).

Mimo tych jednak stron bądź-co-bądź ujemnych, skwapliwie uciekamy się w chirurgii do pomocy X-promieni tam, gdzie po niezupełnie pewnem rozpoznaniu wypada nam przedsiębrać większy, z pewnemi niebezpieczeństwami dla chorego połączony zabieg. Boć wolimy zawsze „*fortiter*“ iść „*in certis*“ niż „*prudenter*“ postępować „*in dubiis*“. A do takich rzec można sfinksów rozpoznawczych należy czasami kamica nerkowa. Do rozpoznania nie wystarczą wywiady i spostrzeganie chorego, badanie fizykalne, chemiczne i drobnowidowe, nawet cystoskop nie potrafi w niektórych przypadkach usunąć wątpliwości, które niekiedy rozwiązuje cewnikowanie moczowodów (Casper), niekiedy jednak pozostają mimo takiego badania nierozstrzygnięte. W zwątpieniu szukamy punktu oparcia i zdaje się nam, że go znajdujemy w niepochwytnych promieniach Röntgena.

Rozpoczęto zatem odpowiednie próby i najpierw zwrócono uwagę na pokrewne kamienie pęcherzowe. Po szeregu prób nieudałych, osiągnięto wreszcie wyniki dodatnie mimo znacznych przeszkód, pochodzących w pierwszym rzędzie od kości miednicowych. I dziś rozporządzamy już zbiorem wcale udatnych skiagramów kamieni w pęcherzu. Udawało się to m. i. Gochtowi, Kümmellowi, Wolffowi, Oberstowi, Hantzemu i w. in. Zwłaszcza ostatni przypadek budzi duże zajęcie. U 39-letniej chorej, u której wszelkie objawy wskazywały na istnienie kamieni w pęcherzu moczowym, żadnem narzędziem nie można było ich wykryć. Dopiero kilkakrotne prześwietlanie, uwieńczone zawsze pomyślnym wynikiem, wykazało niewątpliwie obecność dwóch kamyków, jednego wielkości orzecha włoskiego, drugiego — laskowego. Oba kamyki, o których składzie chemicznym wzmianki nie znajduję, wydobyto przez operacyą.

Jak kamienie, tak i ciała obce, które do pęcherza z zewnątrz się dostały, można tym sposobem wykazać. Seiffart (Nordhausen) podał nawet do tego celu małe płyty, powleczone guttaperchą, które wsuwa się do pochwy, względnie do odbytnicy, poczem prześwietla się chorego od przodu. Tym sposobem wyklucza się nadmiar cieniów od kości, zamazujących rysunek.

Na większe trudności napotyka wykazanie zapomocą promieni Röntgena złogów w miedniczkach nerkowych, względnie w moczowodach. I właśnie w kamicy nerkowej z przyczyn, poprzednio wyłuszczonych, musimy sobie ten pomocniczy środek rozpoznawczy wyżej cenić, aniżeli w kamieniach pęcherzowych. Nadto istnieje tu jeszcze i ta trudność, a właściwie okoliczność niedogodna, że wyrazistość obrazu zależy od składu chemicznego kamyków. Doświadczalne badania Ringela wykazały, że kamienie, złożone głównie z szczawianów, najmniej są przenikliwe dla promieni katodalnych, w wyższym stopniu przepuszczają te promienie kamienie, złożone z soli kwasu moczowego, a najłatwiej kamienie, złożone z fosforanów. Zatem na fotografii otrzymamy obraz najwyraźniejszy, z najostrzejszymi obrysami, ze szczawianów, z fosforanów zaś powstaje cień rozlany, nie zbyt ostro odgraniczający się od tła. Ze szczawianami spotykamy się najrzadziej, więc też tylko w wyjątkowych razach spodziewać się należy wyraźnych obrazów. Położenie nerki, wypociny zapalne, które stale towarzyszą kamykom w miedniczkach i oblewają kamyki, obok innych osobniczych niekorzystnych warunków stanowią zastęp ujemnych czynników, obniżających wartość skiagrafii w tem cierpieniu. My ze swej strony tylko w bardzo małym stopniu wpływać możemy na ich poprawę. Możemy bowiem tylko podać choremu przed prześwietlaniem sporą dawkę środków przeczyszczających, a układając na płycie znieść fizyologiczne skrzywienie stosu pacierzowego ku przodowi.

Mimo tylu i takich trudności udawało się już różnym autorom otrzymywać obrazy z wynikiem dodatnim. Lecz, że ilość ich nieznaczna, więc chętnie i z wdzięcznością spełniam polecenie szefa mego, Pana Radcy Dworu Profesora Rydygiera i szczerze Mu dziękując przystępuję do opisu naszego przypadku.

Nie trudności rozpoznawcze skłoniły nas, żeśmy chorego S. F., 26-let., z D. wysłali do zakładu röntgenograficznego Drów Hellmanna i Wolichsa[1]), którzy ze zadania swego doskonale się wywiązali. U chorego tego rozpoznanie „*cysto-pyelitis calculosa*“ nie ulegało żadnej wątpliwości. Przed trzema miesiącami kol. Dr. Niewiarowski z Dubna rozpoznał u tego chorego wśród znacznych trudności, jakie nastręczał początek i przebieg cierpienia, ropień okołoner-

[1]) Klinika nasza dopiero w tym roku otrzyma własny przyrząd röntgenograficzny.

kowy lewostronny, powikłany zapaleniem płuca po tejże stronie. Przywołany wówczas Radca Dworu Prof. Rydygier otworzył przy łaskawej i umiejętnej pomocy miejscowych kolegów głęboko położony ropień, postępując ostrożnie, aby otrzewnej nie naruszyć. Na tem wtedy poprzestano z powodu groźnego stanu chorego. W kilka tygodni później wypadł z rany kamyk wielkości orzecha laskowego, a już później, gdy chorego przewieziono do kliniki, kilkakrotnie z moczem odchodziły pojedyncze kamyczki wielkości ziarnka grochu i mniejsze. Po pierwszem nacięciu ropnia okołonerkowego pozostała w bliźnie przetoka, która prowadziła w górę popod XII żebro, i mało wydzielając, nie okazywała wcale dażności do zagojenia się. Postanowiono zatem wypiłować częściowo XII żebro i przy tej sposobności odsłonić nerkę i otworzyć miedniczkę, żeby z niej wyjąć resztę kamieni, na których obecność wskazywało ciągle utrzymujące się ropienie z chorej nerki, bóle w tej okolicy i od czasu do czasu zawsze jeszcze odchodzące kamyczki. I jakkolwiek ani rozpoznanie, ani potrzeba operacyi najmniejszej nie ulegały wątpliwości, posłaliśmy chorego do wyżej wspomnianego zakładu röntgenograficznego z prośbą o zdjęcie fotografii. Fotografia upewniła nas w pewnem. Na skiagramie na lewo od kręgosłupa (bo o lewą nerkę chodziło), w odległości około 10 ctm. od wyrostków ciernistych spostrzedz było można trzy niewyraźne cienie, największy ziarnka grochu, najmniejszy — soczewicy. Cień, zależny prawdopodobnie od nerki, przypadał bardziej na zewnątrz od obrazu kamyków. Jeszcze przed operacyą odszedł drogami przyrodzonemi jeden kamyczek, a podczas operacyi wydobył R. Dw. Prof. Rydygier z miedniczki dwa kamyki, które rozmiarami swymi odpowiadały zupełnie rozmiarom cieniów na fotografii. Badanie chemiczne kamyków wykonane w zakładzie chemii lekarskiej prof. Niemiłowicza przez Dra Moraczewskiego wykazało, że w skład ich wchodziły fosforany i węglany wapna, obok śladów magnezyi żelaza i chlorków. Kwasu moczowego, ani siarkowego nie było[2]).

Rozpatrując się w dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem kilkakrotnie zapisane dodatnie wyniki röntgenografii w kamicy nerkowej. Kümmel na przedostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawiał własne zdjęcia, wykazujące obecność złogów w miedniczce nerkowej i cytował Mamityrego, który również z pożytkiem posługiwał się tym środkiem rozpoznawczym. Chory v. Heineckego dał się nakłonić do nefrotomii, proponowanej mu z powodu kamicy nerkowej, na jaką cierpiał, dopiero wówczas, gdy mu pokazano röntgenogram, na którym obraz kamyków wyszedł bardzo wyraźnie, jak o tem pisze Görl. Morton z pomocą promieni Röntgena wykazał w lewej miedniczce nerkowej u 12-letniego chłopaka z napadami kolki nerkowej kamień, który następnie wydobył zapomocą operacyi. Był to kamień, o rozmiarach 1·9 i 1·3 ctm., złożony ze szczawianów. Nie gorzej powiodło się K. Lauensteinowi. I on bowiem na skiagramie otrzymał bardzo wyraźny obraz kamienia w prawej miedniczce; kamień ten wydobyty drogą operacyjną okazywał wymiary $2^1/_4 \times 1^3/_4 \times 1$ ctm., ważył 8 gr. i był złożony przeważnie z węglanu wapniowego, z domieszką moczanów i szczawianów.

[2]) Przebieg pooperacyjny u chorego był zupełnie pomyślny, a rana dziś już znacznie podgojona.

Małe to zestawienie pozwala należycie ocenić znaczenie promieni Röntgena w rozpoznawaniu kamicy nerkowej. Nie zrażając się trudnościami, ani przewidywanym składem chemicznym kamieni, chętnie w potrzebie uciekać się będziemy do tak niewinnego i wcale dla chorych nie przykrego środka rozpoznawczego. Oceniając jednak równocześnie trudności, z jakiemi röntgenografia nerki walczyć musi, nie będziemy przeceniać wyników ujemnych i wynik ujemny prześwietlania nie zachwieje naszego rozpoznania, ustalonego na podstawie badania klinicznego, ani nie potrafi wpłynąć zasadniczo na zmianę postępowania leczniczego.

We Lwowie 14. I. 1899.

Literatura.

1. Stautz: Wissenschaft. Verein d. Aerzte zu Stettin. Sitzung d. 3 Mai 1898 *Berl klin. Wochschr.* 1898, str. 740. — 2. M. Oberst: Die Grenzen die Leistungsfähigkeit des Röntgverf. in der Chir. Ref. w *Ctrbl. f. Chir*, 1898, str. 554. — 3. Kümmel: Die Bedeutung der Röntgenschen Strahlen f. d. Chir. *Ctrbl. f. Chir* 1897 *Beilage* z. Nr. 28 str. 18 i n. — 4. Gocht: Lehrbuch d. Röntgen-Untersuchung. Stuttgart 1898. — 5. Ringel: Beitrag z. Diagnose d. Nephrolithiasis d. Röntgenbilder. *Ctrbl. f. Chir.* 1898 str. 1217. — 6. Görl: Ueber einen Fall von Nierenstein mit Demonstration einer Röntgenphotograpie. *Münchener med. Wochsch.* 1898 str. 438. — Morton: *Deutsche med. Wochschr.* 1898 str. 107. Litterat. Beil. — 8. Lauenstein: Operative Entfernung eines durch Röntgenstrahlen nachgewiesen Concrementes von kohlensaurem Kalk aus dem Nierenbecken. *Deutsche Ztschrft für Chir*, T. 50 str. 195.

* * *

Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza pod kierunkiem Prof. Dra Jordana.

Zarośnięcie zupełne jamy macicy po jej wyskrobaniu.

Opisał
Dr. Jan Siedlecki
sekund. oddziału.

Wyskrobanie jamy macicy *(abrasio, curettement)*, niewątpliwie znakomity środek leczniczy w chorobach błony śluzowej jamy macicy, uchodzi u wielu także za najlepszy sposób usuwania po porodzie lub poronieniu pozostałości łożyska, oraz błon płodowych i bywa w tym celu obecnie bardzo często stosowane. Dziwić się temu nie można, bo zabieg jest do wykonania łatwy i sprowadza najczęściej pożądane wyniki. Wsunięcie łyżeczki do jamy macicy, zwłaszcza połogowej, nie napotyka na trudności; samo skrobanie mniej zwykle bywa bolesnem, niż oczyszczenie macicy palcem, a cały zabieg mniej częstokroć wymaga zachodu i pozornie mniej wprawy od lekarza. Te zalety, obok doświadczenia, że najczęściej szybko ustępują przypadky chorobowe, z powodu których został zabieg wykonany, sprawiły, że wyskrobanie jest obecnie niewątpliwie najczęstszą operacyą ginekologiczną.

Nie jest to jednak zabieg obojętny dla zdrowia kobiety; można nim sprowadzić zakażenie, jak każdym innym, przy którym się narzędzia do macicy wprowadza, jeżeli się nie przestrzega bardzo ściśle zasad aseptyki; bardzo łatwo przedziurawić można macicę, szczególnie połogową lub zwyrodniałą rakowato, i takich wypadków niemało zapisanych jest w literaturze. Ciężkie zapalenia około macicy i jej części dodatkowych występują zazwyczaj jako następstwo skrobania, skoro lekarz przed zabiegiem przeoczył istnienie dawniejszych zmian chorobowych w otoczeniu macicy; wreszcie może

skutkiem skrobania zarosnąć jama macicy w całości lub częściowo. O jednym takim przypadku zamierzam pomówić.

Zwykle nie usuwamy skrobaniem całej błony śluzowej macicy; pomimo energicznego posuwania łyżeczką aż do wywołania właściwego chrzęstu, który świadczy, że łyżeczka dotyka warstwy mięsnej macicy, pozostają resztki błony śluzowej z gruczołami, wgłębionymi w miąższ macicy. Z tych gruczołów odnawia się błona śluzowa i to według badań Wertha bardzo szybko, gdyż przy odpowiedniem postępowaniu pooperacyjnem zwyczajnie po tygodniu lub 10 dniach istnieje już nowa błona śluzowa. W wyjątkowych jednak przypadkach schodzi pod uciskiem łyżeczki nietylko cała błona śluzowa, ale i warstwa mięsna ściany macicy w znacznej grubości; przydarza się to, jeżeli skrobanie wykonanem było bardzo energicznie wkrótce po porodzie lub po poronieniu, więc w czasie, gdy mięsień macicy jest miękki. Wraz z mięśniem usuwane bywają w takich przypadkach gruczoły, a więc te części, które są niezbędne do odrodzenia się błony śluzowej. W jej miejsce powstać musi tkanka ziarninowa, która sprowadza zrośnięcie wnętrza macicy już to częściowe, już to zupełne. Z pomiędzy autorów pierwszy Fritsch spostrzegał całkowite zarośnięcie macicy wskutek skrobania po porodzie. Oprócz niego podobne przypadki ogłosili Küstner, Weit i Wertheim. W przypadku Küstnera i Wertheima zarośnięcie nie było zupełnem i wytworzyło krwistek maciczny, który następnie operowano. (Tu dodam, że w ostatnim czasie ogłosił Dührssen w *Berliner klinische Wochenschrift* kilka przypadków zarośnięcia macicy wskutek tamowania krwotoku po porodzie zapomocą bardzo gorącej pary wodnej metodą Sniegierewa. Wobec tego przestrzega Dührssen przed używaniem powyższego sposobu u osób młodych).

Przebieg naszego przypadku był następujący:

Zofia P., służąca, wieloródka, licząca lat 28, zgłosiła się w październiku 1898 roku do szpitala św. Łazarza, skarżąc się na bóle dołem brzucha, szczególnie po stronie lewej i na brak zupełny regularności od ostatniego, trzeciego z rzędu porodu, który odbył się w styczniu 1898 roku. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że poród przebiegał o tyle nieprawidłowo, iż po odejściu łożyska chora mocno krwawiła, co zmusiło lekarza do forsownego zatamponowania macicy i pochwy. Po wyjęciu tamponów miała się chora dobrze, dopiero w piątym dniu po porodzie zaczęła gorączkować, co skłoniło jej lekarza najpierw do przestrzykania macicy, a następnego dnia, gdy gorączka nie ustąpiła, do wyskrobania jamy macicy. Strzępy wyskrobane miały być podobne do części łożyska. Po tym zabiegu chora przestała gorączkować i wyszła z opieki lekarskiej. Dziecko natychmiast po porodzie oddanem zostało na wychowanie, tak, że chora sama dziecka nie karmiła. Rozpoznaliśmy: *Adnexitis sinistra chronica, amenorrhoea, in individuo anaemico*. Macicę znaleźliśmy wielkości prawidłowej, nagiętą ku przodowi. Zastosowano ichtyol w tamponach, a ze względu iż brak regularności odnosiliśmy do silnego krwotoku poporodowego i następowej niedokrwności, podano żelazo i zastosowano forsowne żywienie. W czasie pobytu w szpitalu cierpiała chora przez kilka dni szalone bóle, które określała, jako podobne do porodowych, śladu jednak krwawienia miesiączkowego nie zauważyłem. Ponieważ mimo znacznej poprawy stanu ogólnego regularność nie powracała, a resztki wypociny przymacicznej ustąpiły, postanowiliśmy poddać chorą leczeniu prądem faradycznym sposobem Apostolego. Podczas wprowadzania zgłębnika napotkałem jednak na przeszkodę w wysokości jednego ctm. od ujścia zewnętrznego. Zrazu przypuszczałem, że zgłębnik jest zagruby, próbowałem więc użyć cieńszego, który jednak także nie przeszedł głębiej do jamy macicy. Ścisłe bardzo badanie okazało wówczas, że jama macicy jest w zupełności zarośnięta i tylko dolna część jej szyi na 1 ctm. pozostała drożna. Zarośnięcie to można odnieść tylko do skrobania po porodzie.

Przypadek ten podaję do wiadomości dla przestrogi; dowodzi on, jak przykre następstwa może sprowadzić skrobanie w połogu, choć było dokonane umiejętną i wprawną ręką, oraz z właściwego wskazania. Stanowczo należy więc zabieg ten po porodach i poronieniach ograniczyć tylko do najniezbędniejszych i bardzo wyjątkowych przypadków, a nie powinno się go wprowadzać jako codzienny sposób leczenia. Palec lekarza, jak był przez wieki, tak pozostać powinien na zawsze pierwszem i najważniejszem narzędziem dla usuwania z wnętrza macicy resztek jaja płodowego; da on się zawsze użyć, choć nieraz dopiero po uśpieniu chorej, oraz po poprzedniem rozszerzeniu szyi. W przypadkach zaś wyjątkowych, w których palec strzępów doczesnej i łożyska usunąć nie zdoła, powinno się, zdaniem mojem, skrobać po poprzedniem obmacaniu palcem jamy macicy tylko przestrzeń, w której strzępy przylegają i zawsze bardzo ostrożnie, ciągle mając na pamięci smutne następstwa, jakie sprowadza zbyt energiczne skrobanie.

Za zachętę do ogłoszenia niniejszego przypadku składam Prof. Drowi Jordanowi uprzejme podziękowanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

H. Ziemann: **Ueber Malaria- und andere Blutparasiten nebst Anhang: Eine wirksame Methode der Chromatin- und Blutfärbung**. Jena 1898.

W książce tej złożył autor, lekarz sztabowy marynarki niemieckiej, owoce czteroletnich badań nad zimnicą, dokonanych nad brzegiem morza Północnego (w Wilhelmshaven i Lehe), we Włoszech (na klinice w Pawii, w szpitalach Kremy, Grosseta i Rzymu), na zachodnim brzegu Afryki (na pokładzie statku „Hyjena“) wreszcie na Helgolandzie. Razem spostrzegał autor 235 przypadków zimnicy; a nadto badał pasorzyty krwi u 155 ptaków i przeszło 100 zwierząt zimnokrwistych. Spostrzeżenia te zasługują na uwagę zwłaszcza z tego względu, że są wykonane z niezmordowaną pilnością. U znacznej liczby chorych badał autor krew co dziesięć minut; u pewnego chorego w 4 dni po ustaniu gorączki przy leczeniu chininowem zrobił 49 preparatów mikroskopowych krwi, w ostatnim dopiero znalazł się jeden pasorzyt zimniczy. Autorowi 15 razy powiodło się wykazać pasorzyty u ludzi przedtem zdrowych, w okresie wylęgania zimnicy, jeszcze przed wystąpieniem pierwszych napadów. Kto wie, jak trudno odnaleść pasorzyty we krwi obwodowej w początkach zimnicy, ten potrafi należycie ocenić istotnie benedyktyńską wytrwałość i skrupulatność badań Ziemanna.

Autor używał sposobu barwienia, podanego pierwotnie przez Romanowskiego, w następującej modyfikacyi. Preparaty krwi, zasuszonej na szkiełkach nakrywkowych, ustala przez kilkakrotne przeciągnięcie nad płomieniem lampki wyskokowej, lub zanurzenie w absolutnym wyskoku na 5—30 minut. Barwi mieszanina złożona z roczczynu wodnego 1% błękitu metylenowego („Methylenblau medicinale“ Höchst, D. R. P. Nr. 38573) z roczczynem wodnym $1‰$ eozyny (wyrobu fabryk w Höchst, marka BA lub AG). Stosunek składników tej mieszanki, jakoteż czas, potrzebny do zabarwienia, należy dla każdorazowych rozczynów osobno doświadczalnie oznaczać; mięszaninę barwików potrzeba sporządzić zawsze świeżo dla każdego preparatu. Szkiełko z ustalonym preparatem układa Z. w wklęsłej miseczce szklanej i nalewa na nie barwika, a po upływie oznaczonego czasu zdejmuje za pomocą bibuły błonkę tworzącą się na barwiku, wyjmuje preparat, opłukuje go wodą, z wierzchu wyciera bibułą lub płatkiem płóciennym, wysusza i rozpatruje w balsamie kanadyjskim. Ciałka czerwone krwi barwią się przytem różowo; jądra ciałek białych przybierają lśniącą, karminowo-liliową barwę; ziarnina ciałek eozynochłonnych zabarwia się mocno czerwono, ziarna ciałek neutrofilnych liliowo, pierwoszcze

limfocytów niebiesko. W pasorzytach zimniczych odróżniamy przy tem zabarwieniu bardzo wyraźnie: pierwoszcze niebieskie, chromatynę karminowo-liliową, istotę achromatyczną bezbarwną i czarne złogi melaniny.

Szczególnie dobrze zabarwione preparaty otrzymywał sprawozdawca po ustaleniu sposobem Nikiforowa-Laverana, barwiąc je mieszaniną 1% błękitu z 1‰ roztworem eozyny AG w stosunku 2:13, przez 50 minut.

Nie rozszerzając się nad szczegółami, uzyskanymi przez Z. dla morfologii i biologii pasorzytów zimniczych, jakoteż pokrewnych drobnoustrojów krwi zwierząt, radbym zwrócić uwagę czytelników na to, że omawiane dzieło zawiera nowe a cenne nabytki dla leczenia zimnicy, zwłaszcza zaś dla leczenia chininowego. Mianowicie w przypadkach zimnic z gorączką zwalniającą, gdy we krwi znajdują się pasorzyty różnego stopnia rozwoju, ilość 2—3 gramów chininy rozdziela Z. na dawki mniejsze, podając je kilka razy na dzień. Nazywa to autor cząstkowem wyjałowieniem (cz. pasteuryzacyą) krwi zapomocą chininy. Rzecz, sama przez się wcale nie nowa, bardzo trafnie została uzasadnioną biologią pasorzytów. Jak wiadomo bowiem, pasorzyty zimnicze tylko w pewnym okresie rozwoju ulegają działaniu chininy. Gdy we krwi znajduje się tylko jedno pokolenie pasorzytów i wszystkie osobniki są w tym samym stopniu dojrzałe, wówczas jednorazowe podanie większej dawki chininy, na 6—8 godzin przed oczekiwanym napadem, zabija wszystkie osobniki, krążące we krwi. Ale te przypadki podług nowszych spostrzeżeń, zwłaszcza F. Plehna (i sprawozdawcy) należą do rzadszych. Częściej spotykamy równocześnie pasorzyty w różnych okresach rozwoju, niejako pokolenia różnego wieku. Zazwyczaj tylko jedno z tych pokoleń jest dość liczne i silne, aby wywoływać typowe napady zimnicy, inne na razie nie sprowadzają odrębnych napadów. W tych tedy przypadkach podawanie chininy raz na dzień przed napadem niszczy tylko jedno pokolenie pasorzytów i wprawdzie tymczasowo usuwa napady; lecz pasorzyty innego stopnia rozwoju przetrwają to leczenie i wydadzą nowe szeregi pokoleń, przyczynę późniejszych nawrotów. O ile nawroty powstają z wymienionych powodów, zapobiega im podawanie chininy w dawkach, rozłożonych na cały dzień *(in dosi refracta)*; zrazu leczenie to działa mniej energicznie, lecz stosowane dość długo i systematycznie (t. j. w odstępach czasu równych, najwyżej 6-godzinnych) osiąga skutek trwały.

Że jednak nawet i użycie tej metody w odpowiednich przypadkach nie zdoła zapobiedz wszystkim nawrotom zimnicy, świadczy o tem statystyka Ziemanna: w załodze statku „Hyjena" zdarzały się nawroty w stosunku 10:28 zimnic pierwotnych. Niektóre nawroty z pasorzytami gorączek złośliwych pojawiały się w miejscowościach, gdzie one pierwotnie nie występują np. w Wilhelmshaven lub na Helgolandzie, i to przez przeciąg kilku miesięcy po pierwotnem zakażeniu i po 2—3 tygodniowem leczeniu dużemi dawkami chininy. Spostrzeżenia te przemawiają za tem, że prócz wymienionej przyczyny nawrotów istnieją zapewne i inne [1]).

W przypadkach ciężkich zimnic złośliwych, gdy zależy na szybkiem działaniu, lub gdy chodzi o to, aby ominąć przewód pokarmowy, zaleca autor wstrzykiwania śródmięśniowe chininy: pół grama dwuchlorku chininy, rozpuszczonego w 2 gramach wody przegotowanej, strzykawką wyjałowioną — w mięśnie pośladkowe. Miałem sposobność zastosować takie postępowanie w dwóch przypadkach zimnicy, połączonej z ciężkimi objawami żołądkowo-kiszkowymi; opierając się na tem doświadczeniu zalecałbym ten sposób wstrzykiwań, ponieważ działa pewnie i szybko, a jest nierównie mniej bolesny od podskórnych wstrzykiwań chininy.

Dr. Grossek.

---

[1]) Zasługują tu na uwagę przypuszczenia Mannaberga; autor ten pomiędzy innymi wymienia jako przyczynę nawrotów uwięzienie pasorzytów zimniczych w zaczopowanych naczyniach mózgowych. Tam do nich nie dochodzi zażyta chinina, a stamtąd mogą powrócić w krążenie i rozmnożyć się.

V. Wyciągi.

K. Ludloff: **Przyczynek do operacyjnego leczenia wgłobień jelitowych.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. III. 5).* Dopiero od r. 1885 sprawa leczenia wgłobień jelitowych weszła na porządek dzienny. Od tego czasu pojawia się kilka wybitnych prac H. Brauna, Rydygiera, Barkera i Gibsona, które starają się wprowadzić w tej sprawie pewien ład. W dyskusyi zabiera obecnie głos Eiselsberg, przez usta L. Wszyscy autorowie godzą się na to, by z otwarciem jamy brzusznej zbytnio nie zwlekać. Kiedy jednak Braun i Rydygier zalecają energiczne stosowanie środków ogólnie znanych, zanim przystąpimy do operacyi, to Gibson, a za nim i autor, przestrzegają przed wysokiemi wlewaniami, wdmuchiwaniem powietrza itp. z obawy przedziurawienia części może już obumarłych. Jeżeli nie udaje się wgłobienia w ten sposób usunąć, wszyscy się godzą na to, aby otworzyć jamę brzuszną i wszyscy starają się znieść przedewszystkiem wgłobienie, dopiero kiedy to się nie udaje, Braun doradza wyciąć całe wgłobienie, Rydygier i Barker tylko część wpochwioną z pozostawieniem części wpochwiającej (jest to operacya, przez tych dwóch autorów wyłącznie dla tego cierpienia obmyślana). Rydygier wykonuje całkowite wycięcie jedynie w razie daleko posuniętych zmian na części wpochwiającej. Na stanowisku Rydygiera stoi Gibson. Dwaj ci jednak ostatni autorowie różnią się co do wskazań dla enteroanastomozy i założenia sztucznej rzyci. Rzyć sztuczną zachowuje Rydygier tylko dla chorych w stanie najwyższego zapadu, a enteroanastomozy nie wykonuje nigdy. Natomiast Gibson względnie często tworzy połączenie (enteroanastomozę) między pętlami powyżej i poniżej wgłobienia. Eiselsberg natomiast inne zajął stanowisko. Całkowite wycięcie części wgłobionych uważa za typową operacyę, natomiast częściowe wycięcie Barker-Rydygiera (dla powodów nie dość zrozumiałych i przekonywujących — przyp. spraw.) zachowuje tylko dla przypadków bardzo rozległego wgłobienia, zwłaszcza połączonego z wypadaniem prostnicy. Wykluczenie pętli zajętej — przez enteroanastomozę lub utworzenie sztucznej rzyci — uważa tylko za zabieg tymczasowy, po którym powinien nastąpić doszczętny. Do wysnucia powyższych wniosków posłużyło autorowi 6 odpowiednich spostrzeżeń. *Herman.*

Chełmoński Adam: **Jodek sodu i potasu, jako środki lecznicze w krwotokach.** *(Gazeta Lekarska,* 1898, Nr. 52). Jeżeli się pominie leczenie chirurgiczne, to wobec krwotoków jesteśmy bezsilni. Nieraz krwotok nawet znaczny ustaje bez pomocy lekarskiej, innym znów razem mimo wszelkich usiłowań trwa dalej, zyskanie więc podstawy do twierdzenia, że jakiś lek jest dobrym przeciwkrwotocznym środkiem, bywa bardzo trudne. Jedynie doświadczenie dłuższe może przekonać o skuteczności tego lub owego środka. Autor od lat pięciu stosuje z pożytkiem w niektórych przypadkach krwotoków, polegających na podwyższonem ciśnieniu tętniczem (krwotoki płucne, nosowe, kiszkowe itp.) jodek sodu lub potasu. Wyszedł on z tego założenia, że, jak wiadomo, związki jodu obniżają ciśnienie tętnicze, co stwierdzono doświadczalnie. Działanie jodku sodu jest nieco odmienne, niż jodku potasu, bo jodek potasu z początku podnosi ciśnienie tętnicze, a dopiero po 1—2 godz. obniża je, a jodek sodu odrazu je obniża. Z tego powodu jodek sodu jest odpowiedniejszy w danym celu. Dawki po 0·2—0·3 dwa razy dziennie w pół szklanki mleka. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

H. Ruppert: **Z kazuistyki zabiegów operacyjnych przy zaniedbanem poprzecznem położeniu płodu.** *(Gazeta lekarska,* 1898, Nr. 32). R. w przypadku położenia poprzecznego zaniedbanego przystąpił do oddzielenia główki *(decapitatio)* na płodzie nieżywym. Po ściągnięciu szyi hakiem Brauna o ile się dało najniżej ku szparze sromowej, przeciął pod kontrolą wzroku części miękkie nożykiem i otworzył pomiędzy łukami kręgów opony rdzeniowe, nie naruszając przytem połączenia kręgosłupa szyjnego. Przez nacię-

cie w oponach wytrysnął natychmiast strumień miazgi mózgowej wraz z płynem mózgordzeniowym, skutkiem czego pojemność czaszki tak znacznie się zmniejszyła, że przy lekkiem już pociąganiu za hak główka wstąpiła do miednicy i wkrótce urodziła się na zewnątrz. Przyczynę pomniejszenia główki t. j. wypływ miazgi mózgowej tłómaczy sobie autor zmianami następowemi, jakie powstają w istocie mózgowej po obumarciu płodu. *Ww.*

Fr. Neugebauer: **Szereg przypadków wczesnego macierzyństwa**. *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 26). Do szczegółowo przytoczonej literatury przypadków wczesnego macierzyństwa dodaje autor własne trzy spostrzeżenia. Pierwszy przypadek dotyczy dziewczynki $11^1/_2$ lat liczącej, miesiączkującej prawidłowo od roku. Wzrost 145 ctm. *Conj. vera* 8 ctm. Poród przedwczesny w $8^1/_2$ miesiącu ciąży siłami natury. W drugim przypadku u dziewczynki $14^1/_2$ lat liczącej z miednicą krzywiczą wykonał autor cięcie cesarskie z powodu bezwzględnego ścieśnienia miednicy *(Conj. vera* $5^1/_2$ ctm.). Trzecia dziewczynka zastąpiła w 13 roku życia, nie miesiączkując ani razu. *Conj. diag.* 9 ctm Porodu nie miał autor sposobności spostrzegać. *Hw.*

Krafft-Ebing: **Drżączka poraźna** *(paralysis agitans)* **wskutek urazu**. *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899. Nr. 2). Nie ulega wątpliwości, że drżączka poraźna może powstać wskutek urazu. Dotąd zebranych jest 28 podobnych przypadków. Na 110 własnych przypadków drżączki w 7 wyszukał autor uraz, jako przyczynę. Z tych 7 przypadków w 5 przypadkach stwierdzono stłuczenie lub wybicie stawu, raz stłuczenie z zziębnięciem całej kończyny, raz stłuczenie ze złamaniem żebra

Z obrazu klinicznego podnosi autor, że drżączka pochodzenia urazowego zaczyna się zawsze w miejscu urazu np. na kończynie dolnej. Drżączka jednej dolnej kończyny pozwala odrazu domyślać się przyczyny urazowej. Zważywszy częstość urazu wogóle, a równocześnie rzadkość występowania drżączki, należy przypuścić, że do tego potrzeba osobnego usposobienia lub przynajmniej zbiegu niezwyczajnych warunków np. uraz i zwyrodnienie miażdżycowe naczyń. Przeciw temu ostatniemu tłómaczeniu przemawiają jednakowoż przypadki drżączki pochodzenia urazowego u ludzi dosyć młodych (33, 38, 40—44 lat).

Wielkość i sposób urazu także zdają się nie wiele znaczyć, bo urazy najrozmaitsze i różnego nasilenia sprowadzić mogą drżączkę. Trzeba więc, zgodziwszy się na istnienie drżączki przyrody urazowej, wyznać, że etyologia jej jest ciemna. Podobnież i patogeneza mało rozjaśniona. Gowers podnosi, że główne znaczenie patogenetyczne należy przypisać przestrachowi, który zazwyczaj urazowi towarzyszy. Charcot zaś przypuszcza pośrednictwo wstępującego zapalenia nerwu *(neuritis ascendens)* pomiędzy urazem a drżączką. Jednak w wielu przypadkach można wykluczyć uraz psychiczny, a również nie znalazł autor w żadnym przypadku wstępującego zapalenia nerwu przynajmniej w chwili badania, czasem co prawda przedsiębranego dopiero w lat kilka po urazie. Trzeba się strzedz, aby zwykłych uczuć bolesnych, poprzedzających wystąpienie drżączki lub towarzyszących jej, nie uważać za objawy wstępującego zapalenia nerwu.

W każdym razie nie można zupełnie zaprzeczyć, aby w niektórych przynajmniej przypadkach drżączka nie powstawała za pośrednictwem zapalenia nerwu wskutek urazu. Owszem takie przypadki są znane i one to nakazują, aby zwłaszcza u starszych ludzi jak najstaranniej usuwać następstwa urazu postępowaniem przeciwzapalnem i kojącem ból.

Autor dołącza 7 przypadków własnych z krótkiemi historyami chorób. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. S. Kofmann: **Brak krwi jako środek miejscowo znieczulający**. *(Ctrbl. f. Chir.* 1898, Nr. 40). Każdemu, kto zna znieczulanie sposobem Obersta, wpaść musiało na myśl, że tu nietylko sama kokaina działa znieczulająco, lecz i miejscowy ucisk na nerwy i uciskiem tym wywołany brak krwi. K. stwierdził, że już ten ostatni czynnik wystarcza, aby w całym obrębie, pozbawionym przez kilkanaście minut dopływu krwi, sprowadzić zupełne znieczulenie na ból. Od pewnego też czasu przy wielu mniejszych zabiegach na kończynach, i to nietylko w częściach miękich, lecz i na kościach, sprowadza K. potrzebne znieczulenie przez założenie dokładne i silne opaski Esmarcha powyżej pola operacyjnego; przeczekawszy kilkanaście minut wykonać można operacyę nie sprawiając bólu choremu i oszczędzając mu nawet owego 0·01 kokainy, jakiego potrzebuje Oberst i A. Krognis. *Herman.*

Skillern: **Papaina jako środek usuwający znaki tatuowania**. *(Sem. med.*, 1898). Autor poleca w celu usunięcia tatuowania następujący sposób: Skórę w miejscu tatuowanem oczyszcza się dokładnie mydłem, alkoholem i $1^0/_0$ roztworem sublimatu, następnie znieczula chlorkiem etylu i tak oczyszczoną skórę polewa glicerynowym roztworem papainy, a nakłuwając trzema lub czterema razem związanemi, ostremi szpilkami skórę w miejscu tatuowanem dość głęboko, dozwala płynowi wejść do porobionych otworów; zabieg kończy się przyłożeniem opatrunku z wspomnianego roztworu papainy. Po upływie dni kilku zaczyna zabarwienie skóry znikać; w tym czasie w miejscu nakłuć tworzą się strupki, po których odpadnięciu nie znajdujemy ani śladu tatuowania. W przypadkach, w których tatuowanie wniknęło bardzo głęboko, należy powyższy sposób zastósować powtórnie. *Horoszkiewicz.*

Calmann: **Badanie czucia w częściach płciowych kobiecych**. *(Arch. f. Gynaek.* LV, Nr. 2 i 3). W przypadku poronienia podawała obwiniona akuszerka w dochodzeniu sądowem, że wprowadziła cewnik do pęcherza w celu odprowadzenia moczu; natomiast kobieta, która poroniła, oskarżała akuszerkę, że ta wprowadziła jej do macicy narzędzie stalowe w zamiarze przebicia macicy. Chcąc rozstrzygnąć sprzeczności w zeznaniach przeprowadził Calmann cały szereg doświadczeń, mający na celu oznaczyć stopień czucia w częściach płciowych kobiecych. Stwierdził, że czucie dotyku i lokalizacyi jest w narządzie moczo-płciowym kobiety bardzo niewyraźne tak, że określając miejsce dotknięcia może badana osoba popełniać wielkie błędy. Czucie ciepłoty i ucisku jest dość wykształcone w okolicy cewki moczowej, mniej już wyraźne w pochwie, a brak go zupełnie w szyjce i jamie macicy. *Horoszkiewicz.*

Prof. Gustaw Bulius: **Rozmiękczenie kości** *(osteomalacya)*, **a jajnik**. *(Beitr. z. Geb. u. Gyn. T. 1. Z. 1).* Autor badał drobnowidowo jajniki w sześciu przypadkach rozmiękczenia kości i na tej podstawie doszedł do wniosku, że niema w tej chorobie swoistych znamiennych zmian w jajnikach i że w przypadkach rozmiękczenia kości niekoniecznie musi istnieć, przekrwienie, lub powiększenie jajników. Skoro również na udowodnienie przypuszczeń co do roli wydzielniczej jajników niema żadnych danych, przeto autor pozostawia zupełnie nierozstrzygniętem zagadnienie, jak i w jaki sposób wytrzebienie wpływa na przebieg rozmiękczenia kości. *St. D.*

Jacob: (Z kliniki lekarskiej prof. Leyden'a w Berlinie). **Stopa wiądowa**. *(Pied tabétique, Osteoarthropathia tabetica)*. *(Berl. Klin. Wochenschrift*, 1899. Nr. 3). Autor przedstawił w towarzystwie lekarzy szpitala Charité *„actinogramm“* (czyli *roentgenogramm)* stopy u chorej na wiąd rdzenia. Tylko jedna stopa prawa okazuje zmiany, znane pod nazwą „stopy wiądowej“. Skrócenie stopy, skręcenie jej na wewnątrz i ku dołowi i silne skrzywienie powodują kształt, zwany przez lekarzy francuskich także „stopą chińską“. Jak wiadomo ta zmiana stopy, wogóle rzadka, polega nietylko na przeroście, ale również na zaniku w kościach stopy. Powodem tych spraw jest przewlekłe niezakaźne zapalenie stawów. Roentgenogram wybornie objaśnia ową zmianę, tembardziej, że druga zupełnie prawidłowa stopa tego samego osobnika, której roentgenogram zamieszcza autor obok, nadaje się do porównania stosunków w stopie prawidłowej i wiądowej. Przypadek autora pozwala po raz

pierwszy za życia stwierdzić, że stopa wiądowa zależy od połączenia przerostu i zaniku kości i że skrzywienia stopy nie pochodzą od zajęcia samego stawu lub od przykurczeń. Dlatego więc powinno się „stopę wiądową“ określać nietylko jako *„arthropathia“*, ale jako *„osteoarthropathia“*. W leczeniu można zastosować jedynie odpowiedni trzewik do ułatwienia chodzenia, nie można jednak myśleć o „wyrównującem leczeniu za pomocą ćwiczeń“ *(compensatorische Uebungstherapie)* dla usunięcia niezborności ruchowej.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Michaiłow: **O operacyach u kiłowych.** *(Woj. med. Journ.* 1898). Na mocy 100 operacyi, dokonanych u kiłowych, przychodzi autor do następujących wniosków: Kiła wywołuje w ustroju pewne upośledzenie, rodzaj skazy *(diathesis)*, dłuższy czas trwające. Istotą tego są zmiany w naczyniach i krwi (zmniejszona zdolność krzepnięcia) i to od okresu wtórorzędnego, szczególnie zaś w okresie 3-o rzędnym; — dlatego przy zabiegach chirurgicznych rany znacznie broczą, nie goją się przez rychłozrost i zwykle powolniej, brzegi bywają naciekłe, ziarnina jest skąpa. M. unika przy ranach u kiłowych silnych środków przeciwgnilnych. W okresie 2-o rzędnym zaś zauważył M. tworzenie się po ranach dużych blizn (keloid), albo też zanik tkanki, przez co powstają duże promieniste blizny. Autor wspomina o tych objawach, aby zwrócić na to uwagę chirurgów i zachęcić do dalszych spostrzeżeń. *F. K.*

Gałęzowski: **O przypadłościach ze strony ócz pod wpływem grypy nagminnej.** *(Recueil d'ophtalmologie.* 1898, Nr. 12). Począwszy mniej więcej od listopada ubiegłego roku, utrzymuje się w Paryżu nader łagodna ciepłota i pogoda, stan zdrowotny jednak pozostawia wiele do życzenia, głównie z powodu nagminnego szerzenia się grypy, w której przebiegu spostrzega autor niezwykle często przypadki cierpień oka, usadowionych w różnych tkankach tego narządu. Najliczniejszymi są przypadki zapaleń spojówki. Znamiennem jest tu zajęcie przeważnie przybłonka spojówkowego i rogówki, w postaci powierzchownych zaćmień, obficie unaczynionych. Często spotyka się obok tego powierzchowne owrzodzenia na brzegu rogówki i na brzegu powiekowym. Zapalenie to połączone jest z objawami silnego zadrażnienia, a czasem wikła się też z zapaleniem tęczówki [1]). Chorobę wywołują, zdaniem autora, prątki Pfeiffera. Ropne zapalenie spojówki w przebiegu grypy należy do wyjątków. Za to bardzo często spotyka się zapalenie dróg łzowych z następową t. zw. *Conjunctivitis lacrymalis.* Co się tyczy rogówki, to grypa w dwojaki sposób może wywołać jej zapalenie. Albo zapalenie to jest następowem powikłaniem zapalenia spojówki, albo powstaje ono jako cierpienie pierwotne w postaci nacieków, ropni, lub owrzodzeń pod wpływem jadu grypowego. Te ostatnie przypadki połączone są zazwyczaj z silnymi bólami głowy, wysoką gorączką, ogólnem przygnębieniem, zaburzeniami psychicznemi, nieraz bardzo gwałtownemi, i zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego. Grypa wywołuje też nie rzadko zmiany w ośrodkach nerwów ocznych, na co już dawniej zwrócili uwagę Dreschfeld i Gordon. Podczas obecnie panującej w Paryżu epidemii szczególnie częste są przypadki ciężkich zboczeń w krążeniu naczyń siatkówkowych w postaci skrzepów i zatorów. Znamiennem też cierpieniem, pojawiającem się na tle grypy, jest surowicze zapalenie siatkówki z wybroczynami lub bez nich, które ustępuje szybko i łatwo przy wewnętrznem podawaniu chininy. Szerzenie się i charakter samej epidemii pozostają pod niewątpliwym wpływem warunków meteorologicznych, jak to wykazał świeżo Dignat na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w obserwatoryum Montsouris [2]). Gałęzowski podjął od września ubiegłego roku badania meteorologiczne na własną rękę i doszedł do wniosku, że ustawiczne zmniejszanie się ciśnienia atmosferycznego wywarło wpływ na przebieg i objawy obecnej epidemii, która znów nadaje pewne cechy przebiegowi cierpień ocznych tak, że w tych przypadkach z góry prawie pewne zrobić można rokowanie. Wydzielina spojówkowa jest przy tegorocznych zapaleniach spojówki wogóle skąpą, rzadko przychodzi do zapalenia tęczówki, a owrzodzenia rogówkowe są powierzchowne i odżywianie ogólne rogówki, mimo czasem znacznego jej zajęciu, odbywa się zresztą zupełnie prawidłowo. Przechodząc do leczenia, zwraca autor szczególniejszą uwagę na leczenie przyczynowe, polegające na podawaniu znacznych dawek chininy obok leczenia miejscowego, zastosowanego do danych zmian, jak: tuszowanie spojówek lekkim roztworem azotanu srebrowego, kamyczkiem cynkowym [1]) i stosowanie maści jodotormowej z kokainą. Prócz tego wdrożyć należy leczenie wzmacniające, do czego służą: *tonica*, żelazo i arsen. *Dr. Langie.*

Dr. Otto Burckhardt: **Zatrzymanie i błędny mechanizm odklejania się łożyska.** *(Beitr. z. G. u. Gyn.* T. I, Zesz. 2). Autor zestawił 15 przypadków zatrzymania łożyska, gdzie objaw ten nie zależał zupełnie od zrostów, wytworzonych zmianami anatomicznemi tkanin. Zatrzymanie łożyska było we wszystkich przypadkach częściowe i to zawsze w tym rogu macicy, którego mięśnie, słabsze i mniej zdolne do skurczów, nie kurczyły się odpowiednio i wywołały z jednej strony to, że skoro reszta łożyska, umieszczona w trzonie, już się odkleiła, to w rogu jeszcze łożysko zachowało ścisły związek ze ścianą, z drugiej zaś to, że na granicy mięśni lepiej rozwiniętych — trzonu i gorzej rozwiniętych — rogu, wytworzył się niejako pierścień zaciskający odcinek łożyska, zatrzymanego w rogu. W przypadkach takich zwykły zabieg Crédego nie prowadzi do celu, natomiast ucisk na sam wyciągnięty róg usuwa i odkleja częstokroć z łatwością łożysko. *St. D.*

F. A. Kehrer: **Przyczynek do zachowawczo-operacyjnego leczenia wynicowania macicy.** *(Beitr. z. Geb. und Gyn.* T. I. Z. 1). Autor podaje nowy sposób operacyjnego leczenia wynicowania macicy w tych przypadkach, gdzie inne łagodniejsze zabiegi zawodzą. Ściąga on ku dołowi macicę wynicowaną, nacina w kierunku strzałkowym przednią jej ścianę i przednie sklepienie, tylną ścianę wpuszcza w ranę ściany przedniej na kształt palca od rękawiczki, przy czem przez całą grubość przedniej ściany zakłada od błony śluzowej szwy węzełkowe; w dalszym ciągu stara się przeprowadzić część wpukloną ku ranie przedniej ściany przez zwężone ujście, co ma się z reguły udawać, po czem zawęźla szwy i tamponuje macicę. *St. D.*

J. Luxenburg: **Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych (histeryi i neurastenii).** *(Pam. Tow. lekarsk. Warsz.* 1898. Zesz. II). Wobec nielicznych badań w tym kierunku usiłował autor sprawdzić, czy u histeryą i neurastenią dotkniętych osób krew zachowuje się prawidłowo, czy też i o ile zbacza od normy. Uwzględnił przytem autor niedawno przez Biernackiego podany sposób badania sedymentacyi krwi, która według Biernackiego ma być wskazówką dla spraw utleniania w organizmie, stoi ona bowiem w ścisłym związku z zawartością we krwi istot włóknikowych, a te mają wielkie znaczenie w sprawie wiązania tlenu. Już Biernacki w badaniach swych zauważył pewne zboczenia w sedymentacyi u chorych na nerwice czynnościowe. Autor przeprowadził badania na 42 osobnikach, z których 2 były zdrowe, 40 chorych okazujących objawy histeryi lub neurastenii i doszedł do następujących wniosków: 1) Wbrew powszechnemu mniemaniu i często zdarzającemu się niedokrwnemu wyglądaniu chorych nerwicowych, krew takich chorych ma prawidłową zawartość wody, t. j. nie okazuje

[1]) Sprawozdawca zauważył również w tych czasach niezwykle wielką ilość podobnych przypadków w Krakowie, z których znaczną część odnieść należy niewątpliwie do grypy.

[2]) Dignat: La grippe à Paris et les conditions météorologiques. (Jounr. de médecine de Paris 1898).

[1]) Kamyczek cynkowy, bardzo praktyczny jako lekkie *causticum* w chorobach spojówki, wyrabia według przepisu Gałęzowskiego: Fabrique de produits chimiques et pharmaceutiques A. Petit, Paris 8 rue Favart (przyp. sprawozdawcy).

hydraemii. Ilość wody we krwi oznaczał autor wagowo z suchej pozostałości krwi po wyżarzeniu oznaczonej ilości. 2) Liczba ciałek czerwonych bywa często zwiększona, co prawdopodobnie zależy od łatwości wahań naczynioruchowych, występujących, — być może — w chwili badania. 3) Liczba ciałek białych bardzo często jest mniejszą od prawidłowej. 4) Sedymentacya przedstawia nieraz znaczne wahania i to tak w kierunku przyspieszenia (u chorych z przewagą objawów histeryi), jak i w kierunku zwolnienia (u chorych z przewagą objawów neurastenii). Wszystkie sposoby badania opisuje autor dokładnie i dodaje do pracy tablicę, w której zestawił wszystkie przypadki, dzieląc je na 6 grup.

Dr. Flis.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Voit omawiał w monachijskiem Tow. lek. wartość odżywczą peptonów i albumoz. Peptony nie są pożywniejsze, niż białko pokarmów, w najlepszym razie są zaledwo tejsamej wartości. O wartości przetworów takich nie wolno sądzić z doświadczeń *in vitro*. Wartość odżywcza przetworu zależy bowiem nie od jego składu, lecz od tego, o ile on może być w przewodzie pokarmowym na rzecz ustroju wyzyskany. V. wykazuje niską wartość somatozy pod tym względem. 20 gr. tego przetworu zawiera tyle białka, co $1\frac{1}{2}$ jaja lub 80 gr. chudego mięsa; przytem jest somatoza względnie nadzwyczaj droga. W odżywianiu chorych przypisywano dlatego wysoką wartość peptonom i albumozom, ponieważ są one strawionem białkiem i jako takie nie narażają — jak sądzono — narządu trawienia na wysiłek. Jednakże należy zauważyć, że przedewszystkiem peptonizacya białka wogóle jest zbyteczną, ponieważ może być ono przyswojone, nawet jeśli nie jest rozpuszczone, byleby było dostatecznie rozdrobnione. Przy braku trawienia żołądkowego wystarcza jeszcze działanie fermentów trzustkowych, jak pouczyły doświadczenia oraz spostrzeżenia na ludziach po całkowitem wycięciu żołądka. Tylko w tych przypadkach niezbędnem byłoby podawanie peptonu, w których brakuje fermentów trzustkowych. Zdanie, że peptony i albumozy oszczędzają narząd pokarmowy, nie narażają go na wysiłek — jest błędem, gdyż przetwory te działają właśnie podrażniająco i rozbudzają ruch robaczkowy. Dobre skutki podawania peptonów należy odnosić do podniecenia łaknienia, a nie do ich pożywności. Niepodobna przecież nawet przypuszczać, aby dzienna dawka 15 gr. peptonu po kilku tygodniach zwiększyła wagę ciała o kilka kilogramów. — Tropon jest białkiem niestrawionem, ale zupełnie nierozpuszczalnem, co utrudnia jego podawanie. — Wogóle należałoby uważać peptony i albumozy za środki wzbudzające łaknienie i przeczyszczające, ale wcale nie za środki odżywcze. *(Berl. klin. Woch.* 1899. Nr. 2). *S.*

Przeszedłszy po krótce dawniejsze sposoby leczenia liszaja żrącego, szczególnie zabiegi chirurgiczne, omawia Unna *(Dtsch. m. Ztg.* 1898, 100—103) środki w nowszych czasach używane, jak plaster salicylowo-kreozotowy *(Ac. salic. Adip. cerae aa 20,0 Kreosot 40,0 M. f. ung.)*, który nie działa wprawdzie na prątki gruźlicze, ale na zmienioną tkankę liszaja żrącego, niszcząc ją, o ile leży w powierzchownych warstwach skóry i t. p. Środkami zabijającymi prątki są wszystkie przetwory, zawierające chlor, jak sublimat, chlorek cynku i antymonu, wreszcie parachlorophenol, dlatego maść żrąca Unny (grüne Salbe) ma skład następujący: *Ac. salicyl. Liqu. stib. chlor. aa 2,0 Kreosot, Extr. Cann. ind. aa 4,0 Adip. lanae 8,0 m. f. ung.* (Kreozot i *extr. can.* są środkami znieczulającymi). Maść tę rozpościera się w cienkiej warstwie na miejsca zajęte i przykrywa plastrem cynkowym. Po 24—48 godz. przykłada się świeżą maść, pod którą guzki liszaja ulegają zgorzeli, tkanka zdrowa pozbawioną zostaje tylko z początku powierzchownej warstwy przyskórka, gdy jednak ziarnina wyrasta, wszystko szybko przyskórkiem się pokrywa. Tak bywa jednak tylko w tych postaciach, w których guzki liszajowe leżą powierzchownie, a w których czasami ten jeden środek wystarcza do zupełnego wyleczenia.

Drugim środkiem zabijającym prątki jest ług potasowy *(Kali causticum)*, którego używa autor na większe nacieki, gdy trzeba rozluźnić tkanki w postaci pasty *(Kali caust. Calcar. ust. Sapon. virid. Aqu. dest. aa p. aeq.)*: pastę tę po rozsmarowaniu przykrywa zwilżoną w wodzie watą i mulowym plastrem cynkowym. Czasami przypalania pastą stosować należy i kilka tygodni, zwykle jednak 2—3-krotne przyżeganie w ciągu tygodnia usuwa tkankę liszajową. Gdy ma usunąć tylko naciek komórkowy (t. zw. przez U. *plasmon)* stosuje okłady z rozczynów wodnych ługu potasowego 1:10000:5000, stwierdza jednak, że nacieki te po usunięciu ognisk liszajowych same ustępują.

Jeżeli ma do czynienia z liszajem rozsianym w postaci guzków, lub jeżeli po poprzedniem leczeniu pozostały jeszcze drobne ogniska, używa U. metody „wkłuwania“ (Spicken), która polega na tem, że patyczki z twardego drzewa, ostro zakończone na obu końcach, 2—$2\frac{1}{2}$ mm. średnicy mające, a zamaczane na $\frac{1}{2}$ do 1 godziny przedtem w rozcieku chlorku antymonu *(liqu. stib. chlor.)*, wkłuwa ruchem śrubowatym w znaleziony guzek, poczem obcina patyczki przy samej skórze i przykrywa plastrem rtęciowo-karbolowym tak, że po 24—48 godz. patyczki ze zgorzelinowej skóry z łatwością wychodzą.

Dla wykazania drobnych nawet ognisk liszaja żrącego w skórze używa U. diaskopu, t. j. płytki szklanej, którą uciska miejsce badane; jeżeli uciśnięty guzek ustępuje, a tylko w otoczeniu powstaje lekka obrączka brunatna, miejsce jest zdrowe, bo naciek pozostały bez istnienia prątków sam przez się ustąpi; jeżeli zaś przy trwaniu ucisku z początku jasno-żołta plamka coraz wybitniej występuje, guzek liszajowy jeszcze istnieje. *F. K.*

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Hamburgu (Maj 1898) przedstawia Hahn ciekawy stosunek kiły dziedzicznej u idyotów, głuchoniemych i ślepych, których badał w liczbie 700 w tutejszych zakładach dla tych kalek przeznaczonych. U 50 z nich (40 idyotów, 4 głuchoniemych, 6 ciemnych) znalazł objawy kiły dziedzicznej pod postacią zmian w kształcie czaszki (przebyte zmiany mózgowe u idyotów), blizny na skórze i kościach, zniekształtnienia nosa, podniebienia i przełyku, przebyte zapalenie ucha środkowego (u głuchoniemych) i blizny rogówkowe po zapaleniu miąższowem rogówki (u ślepych). Trójkę Hutchinsona razem spotkał zaledwo u trzech chorych, często jednak zniekształtnienia zębów lub też bardzo małe uzębienie. *F. K.*

Przeciw wypadaniu włosów przy nerwowych bólach głowy zaleca Leistikow (*Pharm. Centrbl.* 1898. 30) wcieranie pomady: Rp. *Tint. Cantharid. 3,0 Chloral. hydr. 2,0 Lanolin 5,0 Vasel. Aqu. lauroc. Aqu. Calcis aa 10,0.* *F. K.*

Watraszewski (Warszawa) zastanawia się *(Arch. für Derm. u. Syph.* T. XLVI. 2.) nad leczeniem kiły i wypowiada następujące zapatrywania. Co do czasu rozpoczęcia leczenia rtęciowego twierdzi W., że leczenie ogólne stosować należy wtedy, gdy wystąpią objawy ogólne kiły, — uzasadniając to tem, że rtęć stosowana wcześniej zaciera obraz chorobowy, przez co później leczymy na ślepo, nie uwzględniając nasilenia choroby i oddziaływania ustroju na jad, zwłaszcza, że rtęć podana wcześniej nie ma wcale znaczenia zapobiegawczego; gdy więc zmiany, chociaż nieco później, się pojawią, leczenie na nowo przeprowadzać trzeba. W pewnych przypadkach znowu następuje już wcześnie przesycenie ustroju rtęcią, tak, że gdy dla pojawiających się czasem zmian ciężkich energiczne leczenie trzebaby przeprowadzić, stoimy wobec nich bezsilni, bo ustrój rtęci już nie znosi, lub też do środka tego zanadto się przyzwyczaił. Również występuje autor przeciwko podawaniu rtęci wedle jakiegoś na pozór ułożonego planu, bez względu na brak lub występowanie zmian, a przemawia gorąco za leczeniem ogólnem tylko w razie pojawienia się zmian i kieruje się tą zasadą w całym przebiegu kiły, do tego stopnia, iż w przypadkach (chociaż rzadkich) jednorazowego pojawienia się zmian i leczenie ogólne stosuje tylko jednorazowo. Dlatego nie pochwala W. szablonowego leczenia rtęciowego przed wejściem w związki małżeńskie i uważa to u ogółu lekarzy za chęć zasłonięcia się przed odpowiedzialnością. W końcu występuje przeciwko przeciągłemu leczeniu Fourniera głównie z tej przyczyny, że rtęć, jak inne ciężkie metale, działa przy nasyceniu ustroju głównie na układ nerwowy, który przez to stanowi miejsce zmniejszonej odporności, łatwiej podlegające jadowi. (Te same prawie zasady w leczeniu kiły głosi zawsze słowem i pismem Prof. Zarewicz i jego szkoła, trzymając się zasady, że rtęć nie jest wcale dla ustroju obojętną. *Ref.*) *F. K.*

Przy wypryskach u dzieci na głowie, twarzy, uszach nawet na całem ciele, zaleca Hodara (*Mon. f. pr. Derm.* 1898. T. 27. 10) maść: Rp. *Axung. Benzoës 12,0 Ol. Olivar 9,0 Hydr. praecip. rub. 15,0 Sach. alb. subt. pul. 6,0 Ac. carbol. 0,05—0,5* (wedle nasilenia sączenia i świądu). *F. K.*

Friedländer, poddając krytyce używane dotąd wieszadła (suspensoria), które nie wypełniają swego zadania, a często szkodę przynoszą, zaleca podaną przez Gersona, a wyrabianą przez firmę Beiersdorf opaskę plastrową, którą chory sam z łatwością uczy się zakładać, a która worek mosznowy dobrze ku górze i przodowi unosi, a gdy potrzeba i uciska. (*Derm. Ztsch.* 1898. 4). *F. K.*

Augé i Casteret użyli w 60 przypadkach ropienia *(panaritium, phlegmone)* 2% rozczynu sody z bardzo dobrym wynikiem i stwierdzili (*La Presse méd.* 1898. 79) szybsze zmniejszanie się objawów zapalenia, bolu i ropienia, jak przy środkach przeciwgnilnych. Pomyślne to działanie tłómaczą autorowie tem, że dwuwęglan sodu nie działa szkodliwie na komórki żyjące, przedstawia więc fizyologiczny środek opatrunkowy, odgrywający w małym stopniu rolę jakgdyby surowicy, podczas gdy środki przeciwgnilne zabijają wprawdzie drobnoustroje, ale zmniejszają zarazem siłę odporną tkanek, a tem samem utrudniają ich walkę z drobnoustrojami. *F. K.*

Doświadczenia z tuberkuliną TR. na klinice Doutreponta w Bonn nie doprowadziły, jak i gdzieindziej, do zbyt pomyślnych wyników. Napp i Grouven, asystenci kliniki, twierdzą, że chociaż TR nie doprowadziła w żadnym z 39 przypadków liszaja żrącego i gruźlicy skóry do zupełnego wyleczenia, to jednak działanie jej na tkankę gruźliczą jest pomyślne; — mimo więc, że od nawrotów choroby nie zabezpiecza, radzą jej używać jako środka pomocniczego przy zabiegach miejscowych. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* T. 46. Z. 3). *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18 stycznia 1899.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych 20 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na członka czynnego przyjęto jednogłośnie kol. Poźniaka Stanisława.

Nastąpiły sprawozdania roczne urzędników Towarzystwa, a mianowicie: sekretarza stałego, bibliotekarza, skarbnika, komisyi skontrującej, komisyi redakcyjnej, przemysłowej, roczników Virchowa-Hirscha, dyżurów nocnych, oraz budowy domu.

Nawiązując do odczytanego sprawozdania wspomniał kol. bibliotekarz o potrzebie wczesnego rozejrzenia się za nowem, obszerniejszem pomieszczeniem księgozbioru, zaznaczył, że z powodu braku miejsca należy na razie ograniczyć się do uzupełnienia działu czasopism i oświadczył, że brak czasu zmusza go do złożenia urzędu z końcem r. 1899.

Wszystkie sprawozdania (będą one ogłoszone drukiem) przyjęło Towarzystwo do wiadomości, wyrażając uznanie kol. prezesowi, skarbnikowi i bibliotekarzowi, poczem kol. prezes Jakubowski, podziękowawszy kolegom za udział w pracach Towarzystwa oddał przewodnictwo kol. prof. Drowi Przemysławowi Pieniążkowi. Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: *Dr Xawery Gorski.*

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie administracyjne w dniu 27 stycznia, 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 32.

1. Sprawozdanie sekretarza za rok 1898 odczytano i przyjęto.
2. Sprawozdanie kasowe gospodarcze odczytano i przyjęto.
3. Kol. Przewodniczący w stosownem przemówieniu dziękuje członkom za prace i odczyty, oraz zarządza wybory Wydziału na r. 1899.

W głosowaniu kartkami wybrani zostali: prezesem: prof. Dr. A. Gluziński, wiceprezesem: Dr. Sielski, sekretarzem: Dr. Papée, gospodarzem: Dr. Festenburg, bibliotekarzem: Dr. Dębicki; do Wydziału: Dr. Hojnacki, Dr. Sołowij i Dr. Stachiewicz. Delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galic.: prof. Machek, prof. Gluziński, prof. Ziembicki, Dr. Festenburg, Dr. Szulisławski, Dr. Uhma i Dr. Wechsler.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Posiedzenie pełnej Izby d. 26 stycznia 1899.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg, członkowie: Drowie Schramm, Żukowski, Sysak, Ziemiański, Lechowski, Muszkiet, Pisek; w zastępstwie Drów Mukowicza i Bylickiego, Dr. Świątkiewicz i Uhma.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia Izby z d. 8 października 1898 odczytany i przyjęty.

2) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału za czas od ostatniego posiedzenia, omawia sprawę adresu jubileuszowego, wysłanego do Cesarza i przedstawia działalność Rady honorowej. Sprawozdanie przyjęto do wiadomości.

3) Prezydent zdaje sprawę z obrad wiecu izb lekar. austr. we Lwowie.

4) Do komisyi skontrującej wybrano Dr. Sysaka i Dr. Lechowskiego.

5) Skarbnik przedkłada sprawozdanie kasowe, w autografach rozdane poszczególnym członkom. Obrót kasowy wykazuje nadwyżkę w kwocie 708 złr. 10 ct. (oprócz listów zastawnych zakupionych w r. b.). Majątek Izby w efektach i gotówce wynosi $^{31}/_{12}$ 1898 8708 złr. 10 ct., z czego 8000 list. zast. winkulowanych, częścią niewinkulowanych, w ostatnich tygodniach zakupionych; listy te i „koszulki“ wraz z książeczką kasy oszczędn. przechowuje prezydent Izby. Projekt budżetu, jaki skarbnik przedstawia, odpowiada projektowi przeszłorocznemu, wobec czego opłatę na rok 1899 proponuje skarbnik w tej samej wysokości t. j. 6 złr., z czego 4 złr. na wydatki bieżące i wsparcia, zaś 2 złr. na fundusz żelazny, do którego utworzenia dążymy. Wnioski te jednogłośnie przyjęto.

6) Po wyczerpującej dyskusyi uchwalono: udzielać wsparcia wyłącznie lekarzom do Izby przynależnym. Wdowy i sieroty wykluczone są od wsparć.

7) Sprawa wyborów do izby. Prezydent zwraca uwagę, że kadencya kończy się w Czerwcu r. b. i należy już teraz zająć się przygotowaniami. Uchwalono, by delegaci w poszczególnych okręgach zajęli się wyborami.

IX. Korespondencye.

Paryż, w styczniu 1899 r.

W pierwszych dniach listopada r. z. rozpoczęły się wykłady na tutejszym Wydziale Lekarskim. Otwarcie roku szkolnego odbywa się tu zawsze cicho, bez żadnego aktu uroczystego. Śledząc od lat kilku sposób nauczania w Paryżu, zauważam z rokiem każdym coraz wyraźniejszą dążność stawiania wykładów na gruncie praktycznym, na czem poprzednio zbywało.

W ostatnich latach zaprowadzono szereg zmian administracyjnych w urządzeniu uniwersytetów francuskich. Nadano im nieco większy samorząd, natomiast zmniejszono zasiłki pieniężne z kasy państwa. Odbiło się to na kieszeni studentów. Na tutejszym Wydziale lekarskim n. p. podniesiono w bieżącym roku szkolnym opłatę roczną o 30 fr. i wprowadzono opłaty za korzystanie z pracowni i to dość wysokie, bo wynoszące od 50 do 200 fr. kwartalnie.

Z drugiej wszakże strony urządził Wydział własnym kosztem przy „*Ecole Pratique*“ poliklinikę chorób krtani, nosa i uszów, pod kierunkiem dra Castexa, w której dwa razy do roku odbywać się będą niezbyt kosztowne trzymiesięczne kursa praktyczne dla 20—30 słuchaczy. Prócz tego wykłada dr. Castex 3 razy na tydzień teoretycznie, według ogólnie tu przyjętego zwyczaju, bezpłatnie.

Sprawa leczenia tętniaków zapomocą wstrzykiwań podskórnych żelatyny, o której już donosiliśmy, i w listopadzie jeszcze roztrząsana była w Akademii lekarskiej. Lanceraux określił dokładniej technikę tych wstrzykiwań. Używa on roztworu: *Gélatine blanche 4 à 5 gr., Solution de NaCl à 0,7%, 200 c. c.*, wyjałowionego w balonie szklanym, zalutowanym przy 120°. Rozpuściwszy go przy 35°, wstrzykuje się pod skórę (nie dłużej jak kwadrans) co 6—8 dni, aż do wyleczenia. Jeżeli wszakże do tętniaka wpada jaka ważna gałąź tętnicza, to należy używać roztworu słabszego, zawierającego 1% lub 1,5% żelatyny i wstrzykiwania powtarzać nie częściej, jak co 8—10 dni. Wstrzykiwania żelatyny do samego tętniaka uważa Lanceraux za niebezpieczne. Laborde podtrzymuje wniosek wstrzykiwania żelatyny do samych tętniaków. Obadwaj przeciwnicy powołują się na spostrzeżenia i wyniki doświadczalne. — Dieulafoy poruszył sprawę zatrucia ustroju wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Ze spostrzeżeń D. wynika, iż zapalenie wy-

rostka robaczkowego jest nietylko chorobą zakaźną, ale zarazem i zatruwającą *(toxique)*, czego objawami w łagodniejszych przypadkach są: żółtaczkowate zabarwienie skóry *(subictérique)*, urobilinurya i białkomocz; w cięższych zaś cały szereg przypadów mózgowych lub opuszkowych. Zatrucie to zajmuje w rozwoju choroby często pierwsze miejsce; wobec tego należy jak najwcześniej operować. — Lucas-Championnière zwrócił uwagę na działanie przeciwgnilne dwutlenku wodu H_2O_2. Zdaniem jego, przetwór ten, stosowany przez niego od roku, wstrzymuje wszelkie zakaźne ropienia w tych nawet przypadkach, gdzie inne, silne środki przeciwgnilne żadnego skutku nie wywierają. Prócz tego ma H_2O_2 do pewnego stopnia tamować krwotoki. Przetwór ów stosować należy w dawkach wysokich, nie można go wszakże używać do okładów, lecz jedynie do przemywań Przytem należy zwracać uwagę, aby to był dwutlenek wodu, a nie woda nasycona tylko tlenem pod ciśnieniem. — Chipault podał wyniki wycinania nerwu współczulnego szyjnego. W jednym przypadku wola z wytrzeszczem wynik był zadawalniający, podobnież w 17 przypadkach padaczki, niestety zbyt krótkotrwały. Zdaniem Ch., otrzymuje się trwałe wyniki tylko po wycięciu obustronnem obejmującem całą część nerwu od strony zwoju górnego; przytem operowany powinien jeszcze przez czas pewien pozostawać pod nadzorem lekarskim i higienicznym. Trzy wycięcia górne w przypadkach jaskry sprowadziły zmniejszenie bólu i napięcia w gałce ocznej oraz poprawę wzroku. Chipault podaje, że nie miał ani jednego przypadku niekorzystnego.

W Towarzystwie chirurgicznem mówił Quénu o rozpoznawaniu raka części zstępującej okrężnicy i odbytnicy *(côlon pelvien)*. Z punktu widzenia klinicznego należy rozróżniać trzy odcinki tej części jelita: mało ruchome *côlon ilio-pelvien*, łatwo przemieszczalna pętla esowata właściwa i wreszcie *côlon recto sigmoïdien*, odpowiadające początkowi odbytnicy *(rectum)*. Rak dolnego odcinka można wybadać przez odbytnicę, nawet gdy mieści się w odległości 14—15 centym. od odbytu. Rak w *côlon ilio-pelvien* przedstawia się jako guz okolicy biodrowej, łatwo wymacalny, nierówny, czem się różni właśnie od innych guzów tam napotykanych. Rozpoznanie kliniczne raka właściwej pętli esowatej często jest niemożliwem. — Zajmujące były rozprawy o leczeniu zadawnionych zwichnięć ramienia (Hennequin, Tuffier, Chaput, Berger, Nélaton), które doprowadziły do wniosku, iż zadawnione nieodprowadzalne zwichnięcia ramienia często najlepiej zostawić ich własnemu losowi, ponieważ stosowane tu zabiegi nie dają wcale lepszych wyników. — Bazy wstrzykuje do pęcherza w przypadkach gruźlicy 20 do 30 centym. sześć. 5%-wej płynnej wazeliny z jodoformem. Zawdzięcza on temu sposobowi znaczne polepszenie u wielu chorych. Quénu i Reclus podali przypadki stawów wrzekomych lub niezrastania się złamań kości, uleczone zapomocą wyciągu z gruczołu tarczykowego. — Szeroko rozprawiano o ostrem gruźliczem zapaleniu otrzewnej, przedstawiającem się początkowo pod postacią niedrożności jelit. Quénu przytoczył dwa przypadki. W jednym rozpoznano niedrożność jelit, którą przypisano zaciśnięciu jelita przez zrosty, powstałe po dokonanej przed 5 miesiącami laparotomii; w drugim rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego; w obu gruźlicze zapalenie otrzewnej wykryto dopiero przy cięciu brzusznem, po którem objawy niedrożności znikły, wynikiem wszakże ostatecznym była śmierć. Brun przytoczył 2 spostrzeżenia, z których w jednem rozpoznano zapalenie otrzewnej podwątrobowej, w drugiem chorobę Adissona, powikłana nagle zapaleniem otrzewnej po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. W obu razach cięcie brzuszne nietylko wykazało gruźlicze zapalenie otrzewnej, lecz sprowadziło także wyleczenie. Potherat przedstawił trzy podobne przypadki. Lejars na podstawie tych przypadków, jak również spostrzeżeń Routiera, Broca i własnych wnosi, że ostre gruźlicze zapalenie otrzewnej można w początku wziąć nieraz za niedrożność jelit lub częściej jeszcze za zapalenie wyrostka robaczkowego i że dopiero laparotomia wykrywa właściwą chorobę. Ten błąd w rozpoznaniu niema jednak większego znaczenia, gdyż cięcie brzuszne biodrowe, czy środkowe, sprowadza polepszenie w stanie chorego, mogące się niekiedy utrwalić i doprowadzić do wyzdrowienia. (C. d. n.)

Warszawa, w styczniu.

W naszem Towarzystwie Lekarskiem zaszły zmiany w składzie zarządu. Jak wiecie, straciliśmy w r. z. podskarbiego, nieodżałowanej pamięci Kondratowicza, który zarazem był wydawcą „Gazety Lekarskiej". Strata to wielka dla całego ogółu lekarskiego, bo ś. p. Kondratowicz odznaczał się gorliwością w spełnianiu obowiązków społecznych i do każdej roboty wnosił właściwe sobie zalety: inteligencyę, pracowitość i ścisłość, obok szczerego zapału. Na jego miejsce obrano podskarbim Konrada Dobrskiego, doskonałego znawcę spraw Towarzystwa i pod wielu względami podobnego do swego poprzednika.

Prezydyum w tym roku objął Stanisław Markiewicz, znany hygienista, oraz Henryk Nusbaum (wiceprezes), któremu już oddawna należało się jakieś odznaczenie za bardzo piękną i użyteczną działalność na polu literatury lekarsko-społecznej. Mniej sprawiedliwymi okazały się wybory dla jednego z kolegów, który, nie wiadomo dlaczego, nie dostał odpowiedniej ilości głosów na członka Towarzystwa, choć imię jego znanem jest dość szeroko w literaturze lekarskiej, a osobie nie można nic zarzucić pod względem etycznym. Podobne okrucieństwa, niczem nieusprawiedliwione, zdarzały się już, niestety, w naszem Towarzystwie i zdarzać będą, dopóki ogólnego głosowania nie zastąpi odrębna komisya wyborcza, która lepiej może znać kandydatów na członków i być odpowiedzialną za niesprawiedliwe ocenienie jednostki.

Wśród całej powodzi demonstracyi i odczytów w Towarzystwie w ubiegłem półroczu wyróżnił się odczyt Kijewskiego o resekcyi płuc i jej następstwach. Jestto praca kliniczno-doświadczalna. K. dokonał resekcyi płuca na 117 zwierzętach i dowiódł, że u zwierzat można usunąć połowę tkanki płucnej, a jednak zwierzę żyje, oraz zapomocą badań mikroskopowych starał się wykazać, jak się goi zranione płuco. Podziwiać należy prelegenta, który obok mozolnej pracy zawodowej, nie zajmując żadnego urzędowego stanowiska naukowego, znajduje czas i energię do pracy, wybiegającej poza kazuistykę kliniczną.

Dawały się nieraz słyszeć głosy, zarzucające Towarzystwu Lekarskiemu, iż zamało zajmuje się sprawami higieny, szpitalnictwem, balneologią krajową, że nic go nie łączy z życiem bieżącem. Żadna reforma pod tym względem przeprowadzić się nie dała; komitety tworzone przy towarzystwie istniały zwykle niedługo (np. komitet balneologiczny) i niewiele przyniosły pożytku. Potrzeba zrodziła z czasem nową instytucyę, której między innemi przypadnie w udziale zajmowanie się zagadnieniami, zaniedbanemi przez Towarzystwo. Wydział higieny szpitali przy Tow. Higienicznem zajął się sprawą uzdrowisk (sanatoryów) dla suchotników. Dzielnym rzecznikiem tej sprawy jest u nas Dunin, który na jednem z posiedzeń przedstawił wyczerpująco historyę takich uzdrowisk zagranicą i gorąco zachęcił społeczeństwo do utworzenia czegoś podobnego u nas. Dunin słusznie każe liczyć na inicyatywę prywatną i zabrać się do dzieła jaknajprędzej. Jakoż na pierwsze wezwanie posypały się sute składki (Dunin i Sokołowski złożyli po 1000 rubli, trzeci tysiąc złożył kupiec p. Muttermilch) i sprawa rychło wejdzie na drogę czynu.

Na wydziale higieny ludowej Chełchowski wydał wojnę ospie. Polak przedstawił projekt obowiązkowego szczepienia ospy w Królestwie, który gdyby władza urzeczywistniła, sprawa ospy byłaby u nas rozwiązaną. Gdyby tylko te dwie sprawy: uzdrowiska dla suchotników i wytępienie ospy posunęły się naprzód dzięki Tow. Hig., nowa instytucya zasłużyłaby się dobrze naszemu społeczeństwu.

Szpitalnictwo nasze jest w oczekiwaniu reform; lekarze szpitalni nabierają otuchy, że sprawy szpitalne pójdą torem właściwszym, niż to było dotąd. Dotychczas są to tylko nadzieje i projekty, ale był czas, kiedy nie było żadnej nadziei polepszenia naszych stosunków szpitalnych, kiedy o całej tej mizeryi szpitalnej można było tylko gawędzić w ścisłem kółku koleżeńskiem. Nadzieje, o jakich mówię, obudziło rozesłanie do naczelnych lekarzy całego szeregu zapytań o warunki, w jakich się znajdują nasze szpitale. Zapytania te zostały rozesłane przez p. Turaua, wyznaczonego przez generał-gubernatora do utworzenia komisyi, mającej obradować nad brakami naszych szpitali i podać projekt odnośnych reform. Dla ułożenia odpowiedzi na powyższe zapytania, na wyraźne żądanie p. Turaua, naczelni lekarze zwoływali posiedzenia lekarzy szpitalnych (ordynatorów), którzy mogli wypowiadać urzędowo swoje zdanie o potrzebach i brakach szpitalnych, oraz podawać projekty, w jaki sposób tym brakom zaradzić. Jest to postęp niesłychany. Dotychczas lekarze szpitalni obowiązani byli tylko braki te znosić, ale nikt ich nigdy o zdanie nie pytał, nawet w sprawach tak ważnych, jak budowa nowego szpitala. Pojmiecie więc, z jakim zapałem lekarze dali folgę długo tajonej krytyce obecnego porządku rzeczy. Posypały się całe foliały odpowiedzi, opracowanych bardzo szczegółowo i ze znajomością rzeczy. Nie myślcie jednak, ażeby te projekty dotyczyły jakichś korzyści osobistych, polepszenia bytu lekarzy szpitalnych. Nie ma o tem nigdzie wzmianki. Krytyka odnosi się tylko do wadliwej gospodarki szpitalnej, braku miejsc, złego pomieszczenia, obsługi i odżywiania chorych, braku urządzeń, zgodnych z postępami higieny i wiedzy lekarskiej. Wszyscy jednogłośnie domagają się autonomii szpitalnej, wyswobodzenia szpitali z pod opieki Rady miejskiej, instytucyi przestarzałej i zabijającej wszelką inicyatywę i postęp. Czy komisya uwzględni te słuszne żądania, czy będzie się liczyła ze zdaniem lekarzy, nie wiadomo. W każdym razie rozesłane przez p. Turaua zapytania dowodzą bardzo wszechstronnego wniknięcia w istotę potrzeb naszych szpitali; praca zaś nad odpowiedziami wpłynęła ogromnie na uświadomienie tych potrzeb w umyśle lekarzy, którzy bodaj czy nie poraz pierwszy mogli urzędowo żądania swoje i poglądy wypowiedzieć.

Prawdzic.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 9 lutego 1899 r.

Z inicyatywy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa przyrodników polskich imienia Kopernika utworzył się Komitet gospodarczy IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w połączeniu z wystawą przyrodniczo-lekarską w lecie 1900 roku w Krakowie. Przewodniczącymi Komitetu są prof. Dr. K. Kostanecki i prof. Dr. A. Witkowski, sekretarzem generalnym Doc. Dr. St. Ciechanowski, skarbnikiem Dr. J. Gwiazdomorski. W skład Komitetu wykonawczego wchodzą dalej: Prof. Dr. E. Bandrowski, Prof. Dr. N. Cybulski, Prof. Dr. S. Domański, p. E. Heller, właśc. apteki, inż. R. Ingarden, prezes i delegat Tow. techn. krak., Dr. A. Kwaśnicki, Doc. Dr. L. Kryński, Prof. Dr. S. Ponikło, Doc. Dr. J. Raczyński, Dr. M. Śliwiński, Dr. J. Surzycki, Prof. Steingraber, delegat Tow. techn. krak., Dr. St. Tołłoczko, Prof. Dr. L. Wachholz, Prof. Dr. A. Zarewicz. Do pełnego Komitetu gospodarczego należą oprócz już wymienionych: Prof. Dr. O. Bujwid, Prof. Dr. E. Godlewski, Prof. R. Gutwiński, Prof. Dr. H. Hoyer, Prof. Dr. M. L. Jakubowski, Prof. Dr. H. Jordan, Radca dworu Prof. Dr. E. Korczyński, Prof. I. Kranz, Prof. Dr. K. Klecki, Dr. M. Kohn, Prof. Dr. J. Łazarski, Doc. Dr. W. Łepkowski, Dyr. I. Petelenz, prezes Tow. im. Kopernika, Prof. Dr. P. Pieniążek, prezes Tow. lek., Prof. Dr. J. Rostafiński, Doc. Dr. A. Rosner, Prof. Dr. M. Rudzki. Doc. Dr. L. Świtalski, Radca Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, Prof. Dr. K. Zórawski.

Skład sekcyi Komitetu gospodarczego zostanie później ogłoszony.

— P. K. Jacobson wydał świeżo w Warszawie »Wskazówki do określenia gatunku i dobroci surowych materyałów aptecznych«, jako uzupełnienie dzieła swego o towaroznawstwie. Praca p. Jacobsona nie jest farmakognozyą w ścisłem słowa znaczeniu, sam jej autor zastrzega się zresztą, że nie będąc farmaceutą opracował rzecz głównie ze strony kupieckiej. Nie mniej praca jego, pierwsza w tym rodzaju w naszem piśmiennictwie, może oddać dobre usługi lekarzom urzędowym i aptekarzom.

— 17 Zjazd internistów odbędzie się 11—14 kwietnia w Karlsbadzie. Oprócz licznych luźnych wykładów obejmie porządek dzienny dwie z góry oznaczone sprawy: »niedomoga mięśnia sercowego« (sprawozdawcy prof. Schrötter i prof. Martius) oraz »białaczka i leukocytoza« (spraw. prof. Löwit i Minkowski).

— Zjazd w sprawie zwalczania gruźlicy odbędzie się w Berlinie 24—27 maja 1899 pod protektoratem cesarzowej niemieckiej. Informacyi udziela sekretarz generalny zjazdu, Berlin W. Wilhelmsplatz 2.

— Akademia umiejętności w Berlinie nadała medal Helmholtza w r. b. Virchowowi.

— Za staraniem prof. Lassara zawiązało się w Niemczech towarzystwo kąpieli ludowych.

— Docent Dr. Pesselt z Innsbrucka uprasza za pośrednictwem prasy lekarskiej o nadsyłanie mu spostrzeżeń bąblowca wielokomorowego wątroby w celach statystycznych i lekarsko-geograficznych.

— Lekarz — komiwojażem! W »Dts. med. Wchs.« z 19. I. b. r. znajduje się między innymi taki inserat: »Poszukuje się młodego, wymownego lekarza w celu propagandy nowego soku mięsnego wśród kolegów. Zgłoszenia do Russel & Co. w Dreźnie«......

Zmarli: Dr. G. Vlacovich, prof. anatomii w Padwie. — Wolffhügel, prof. higieny, w Getyndze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 5: Sachs J.: Przypadek trądu w Warszawie. Dr. Kossakowski Wł.: Rumień lombardzki. (c. d.). Dr. Pawiński J.: O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej (dok.). W *Medycynie* Nr. 5: Dr. Kraushar M.: Kilka słów o krzywicy w Warszawie. Radca dworu prof. Rydygier: Modyfikacya elastycznych kleszczyków Tiemanna, ułatwiająca wydobycie ciał obcych rurkowatych z oskrzeli. Dr. Krause L.: O drewnowatem nacieczeniu zapalnem tkanki łącznej (dok.). W *Krytyce lekarskiej* Nr. 2: Dr. Wizel A.: Dowcip u obłąkanych. Giedroyć H.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce.

Redakcya otrzymała:

— Odczyty kliniczne Nr. 120: Moll: Cierpienia oczu przy niektórych chorobach zakaźnych (przełożył B. Wagner).

— Ziemacki: O sposobach gastroenterostomii. Odbitka z »Boln. Gaz. Botkina« 1898.

— Jacobson K.: Wskazówki do określenia gatunku i dobroci surowych materyałów aptecznych i chemikalij. Warszawa, 1899. Skład gł. w księgarni Jana Fiszera.

— Fronczak F. E.: (Buffalo N. Y.) Plica polonica. 1898.

— Prof. K. Wagner: O znaczenij bakteriologij w razpozn. wnutrennich bolieznej. Wykład wstępny. Kijów, 1898.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 5-go lutego 1899 roku następujące datki: Dr. Ebers z Abazyi 10 złr.; Dr. J. Gwiazdomorski 5 złr.; Doc. Dr. L. Kryński 5 złr.; Dr. Kluczycki, lekarz skarbowy w Mędrzechowie 3 złr.; Dr. Ot. Lang z Rabki 3 złr.; Dr. Doc. Wł. Sieradzki ze Lwowa 5 złr.; Dr. Stan. Skobel 5 złr.; Doc. Dr. L. Świtalski 5 złr. Razem 41 złr.; **z poprzednimi złr. 439 w. a.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie we środę, dnia 15 lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczór w sali Śniadeckich (Collegium novum) z następującym porządkiem dziennym:

1) Doc. Dr. Baurowicz przedstawi chorych z kliniki laryngologicznej.

2) Dr. R. Spira wyłoży rzecz: „O nerwobólu usznym“ *(Otalgia nervosa).*

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS

na posadę Dyrektora szpitala, na razie powiatowego, w Gorlicach ogłasza Wydział powiatowy w Gorlicach. Ubiegający się o tę posadę spisać mają przy podaniu swoje *curiculum vitae*, dołączając świadectwo z odbytych praktycznych studyów lekarskich i udokumentowane w ten sposób podania wnieść do 1 kwietnia 1899 r. pod adresem Wydziału powiatowego w Gorlicach. Pożądaną jest dłuższa praktyka szpitalna i dowód biegłości w dziale chirurgicznym.

Do posady powyższej przywiązaną jest roczna pensya 700 złr. od dnia otwarcia szpitala, to jest od 1 września 1899. Oprócz obowiązków, określonych bliżej krajową instrukcyą dla Dyrektorów szpitali prowincyonalnych, Dyrektor nowo zbudowanego szpitala w Gorlicach zastosować się będzie musiał do tych zarządzeń Komitetu szpitalnego, z ramienia Wydziału powiatowego wyznaczonego, jakie tenże Komitet tak co do wewnętrznego urządzenia szpitala, jak i co do administracyi wydawać uzna za odpowiednie.

Z Wydziału powiatowego 83 2 3

Gorlice, dnia 2 stycznia 1899.

Galiński, sekr. *K. Sczaniecki*, prezes.

L. 287/G. T.

KONKURS.

Przy budowie bośniacko-hercegowińskiej linii kolejowej Gabela-Granica (Landesgrenze)-Trebinje obsadzoną będzie natychmiast posada **lekarza**, doktora wszech nauk lekarskich, do czynności lekarskich na przestrzeni i do kierowania szpitalem robotników w Dracevo, w pobliżu stacyi kolejowej Gabela, za stałem wynagrodzeniem 200 złr. w. a. miesięcznie, na przeciąg około dwóch lat, za miesięcznem wypowiedzeniem.

Konieczną jest praktyka chirurgiczna i znajomość jednego ze słowiańskich języków — znajomość języka włoskiego pożądana.

Petenci zechcą wnosić najdalej do **15 Marca 1898 r.** swoje podania, zaopatrzone w odpis dyplomu doktorskiego, metrykę, dowód zdolności fizycznej do ponoszenia trudów praktyki lekarskiej w czasie budowy, świadectwo moralności, świadectwo dotychczasowej praktyki i świadectwo znajomości języków z podaniem czasu ewentualnego objęcia służby

Serajewo, dnia 3 Lutego 1899.

Dyrekcya budowy Rządu kraj. dla Bośni i Hercegowiny.
(Baudirection der Landesregierung für Bosnien und die Hercegowina).

Wydział Rady powiatowej w Nowym Targu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w Poroninie, z płacą 500 złr. i ryczałtem na objazdy 300 złr. w. a. rocznie. Nowy ten okręg sanitarny będzie obejmować gminy: Poronin, Zubsuche, Murzasichle, Kościeliska, Biały Dunajec, Bukowinę, Brzegi, Gliczarów, tudzież część gminy Zakopanego. Lekarz ten musi bezwarunkowo stale t. j. przez cały rok mieszkać w Poroninie (nie w Zakopanem). Podanie (z dołączeniem świadectw) o powyższą posadę, która w pierwszym roku jest prowizoryczną, należy wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Nowym Targu **najpóźniej do d. 15 lutego 1899 roku.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Lutego 1899. Nr. 7.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45. I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Lutego 1899. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju.

Podał
Prof. Dr. Mars.

(Wykład wstępny przy otwarciu kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899).

Panowie!

Powszechnie przyjęty jest zwyczaj, że wstępny wykład profesora gromadzi nietylko uczniów zapisanych, ale i tych, którzy nowego profesora poznać, albo swą obecnością uroczystą chwilę uświetnić pragną. Zwyczaj to powiem słuszny, bo jak prace naukowe dają dostatnią miarę męża nauki i szeregują go w hierarchii świata naukowego, tak żywe słowo z katedry posłyszane może dać miarę, jakim ten mąż nauki jest nauczycielem, a przecież nauczanie, to pierwszy i najważniejszy obowiązek profesora. Liczę się z tem i dlatego wyznać muszę, że ze wzruszeniem staję dzisiaj przed Panami, a to tem więcej, że wykładając lat kilkanaście, widywałem przed sobą zazwyczaj uczniów, dziś zaś widzę wysokich dostojników kraju, mężów zasłużonych na katedrach, mistrzów żywego słowa, poważnych zawodowych kolegów. Czuję na sobie wzrok tych wszystkich, przejęty jestem ważnością i uroczystością chwili, nie bez trudu zatem zdobywać się muszę na słowa, aby niemi tłoczące się myśli wyrazić.

Przedewszystkiem dziękuję wszystkim, którzy w dzisiejszym dniu na pierwszą moją lekcyę przybyć i obecnością swoją uświetnić ją raczyli.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu dzisiejszego wykładu, należy mi bodaj kilkoma słowy zaznaczyć doniosłość chwili i określić moje cele.

Z początkiem bieżącego roku szkolnego otwarty został piąty rok studyów lekarskich na wszechnicy lwowskiej. Z otwarciem kliniki okulistycznej i położniczo-ginekologicznej wielkie dzieło cywilizacyjne zostało ukończone, w jego podstawach ugruntowane. Wydział lekarski lwowski stanowi całość i niebawem zaczną wychodzić z tej szkoły na kraj lekarze. Dzisiaj brakuje tylko jeszcze katedr pomocniczych, któreby mogły temu wielkiemu dziełu dodać cechy zupełności, odpowiadającej wymaganiom dzisiejszej nauki.

Dzieje każdego narodu zapisują skrzętnie powstanie uniwersytetu, zaliczając te chwile do najważniejszych momentów historycznych. Historya cywilizacyi zaznaczy moment uzupełnienia wszechnicy lwowskiej niewątpliwie, a w historyi cesarstwa rakuzkiego jaśnieć będzie ten moment jako jedna z wielu ozdób rządów miłościwie nam panującego Najjaśniejszego Pana.

Uzupełnienie to wszechnicy lwowskiej dla nas i w naszych warunkach ma dwakroć większe, niż gdzieindziej, znaczenie i dlatego też historya cywilizacyi w Polsce zaznaczyć musi powstanie tego wielkiego dzieła wybitnie. Obok mężów zasłużonych w historyi, obok imion takich, jak Konarskiego, Kołłątaja i Czackiego, jaśnieć będą po wszystkie czasy imiona tych, którzy myśl w słowa, a słowa w czyn zamienili i wielkie dzieło do życia powołali. Niechże mi zatem wolno będzie, jako kierownikowi jednej ze szkół, które to wielkie dzieło składają, wypowiedzieć dzisiaj hołd wszystkim, którzy się do stworzenia tego dzieła przyczynili, a zatem najpierw najmiłościwiej nam panującemu Najjaśniejszemu Panu, tym mężom, którzy pierwsze myśli rzucili, i tym, którzy je w czyn zamienili, Najwyższym Władzom rządowym i krajowym, i Wam, Szanowni Koledzy, którzyście życie i ruch w tych nowych ogniskach nauki rozniecili.

Sądzę, że przedstawiać się Panom nie potrzebuję, bo pracowałem zawodowo w kraju lat dwadzieścia kilka, więc mnie Panowie znać muszą. Jestem uczniem szkoły krakowskiej, uczniem nieodżałowanej pamięci prof. Madurowicza. Przyjąłem powołanie na katedrę położnictwa i ginekologii lwowską, aby módz pracować w lepszych warunkach klinicznych na szerszem polu działania. Stając dziś przed Panami nie przynoszę ze sobą rozgłośnego imienia, nie dodaję okrasy wszechnicy, która rozgłośnych imion posiada poddostatkiem, ale przynoszę Panom przez lat dwadzieścia kilka wypróbowaną wytrwałość w pracy, tęż samą, która mnie po latach na tę katedrę wprowadziła. Zapału do nauki i siły czuję w sobie nadto, aby sprostać wziętym na siebie obowiązkom. Jako dewizę w życiu wziąłem sobie słowa Cicerona z księgi o obowiązkach: *virtutis laus omnis in actione consistit.* Pod tą dewizą pracować chcę z Panami dla Panów, przez Panów dla kraju, przez katedrę dla nauki. Aby jednak zadaniom tym zadość uczynić, potrzebuję koniecznie pomocy, bo zadanie moje wielkie, pole do pracy szerokie, a postęp nauki zbyt skory, osamotniony radybym sobie dać nie mógł, dlatego zwracam się niniejszem do wszystkich, których pomocy pragnę i proszę o poparcie przedewszystkiem Wysokiego Rządu, Wysokich Władz krajowych, Kolegów uniwersyteckich i zawodowych, Kolegów, którzy ze mną w tym zakładzie pracować będą, i Was, Panowie Słuchacze, których uczyć pragnę.

Przechodzę do właściwego przedmiotu dzisiejszej lekcyi.

Ośm półroczy spędziliście Panowie na studyach lekarskich. Zapoznaliście się z naukami ścisłemi, przedmiotami teoretycznymi, które Was do nauki przedmiotów praktycznych przygotowały. Z przedmiotów praktycznych słuchaliście wykładów na klinikach chorób wewnętrznych, chirurgicznych

i skórnych, widzieliście osoby cierpiące na najrozmaitsze choroby, widzieliście całe szeregi jednostek chorych i nauczyliście się je leczyć i ratować. Leczenie i ratowanie jednostek, to działalność szczytna, wynik chrześcijańsko-humanitarnej idei, która wyróżnia człowieka od świata zwierzęcego i dąży do utrzymania istnienia jednostki.

Wstępujecie Panowie na klinikę położniczo-ginekologiczną; i tu znajdziecie chore jednostki, i tu będziecie mieli sposobność do kształcenia się w zadośćuczynieniu tej samej idei, ale prócz tego znajdziecie Panowie jeszcze coś więcej. Znajdziecie osoby zdrowe ciężarne, rodzące i położnice, a między ginekologicznemi choremi znajdziecie np. osoby, które będą szukały rady i pomocy z przyczyny niepłodności. Obecność tych przypadków nadaje naszej klinice odmienną cechę i wyróżnia ją z pomiędzy wszystkich innych klinik. Różnicę określić i widzieć łatwo; podczas gdy na innych klinikach działalność dążyła do utrzymania jednostki, my będziemy prócz tego dążyć do podtrzymania i ratowania gatunku. Dziać się to będzie na obu naszych klinikach, tak dobrze na klinice chorób kobiecych, jako też i na klinice położniczej.

Na klinice chorób kobiecych będzie nam chodziło nietylko o leczenie narządu płciowego kobiecego, nietylko o utrzymanie zdrowia i życia kobiety jako jednostki, ale zarazem o to, aby ochronić, uratować lub przywrócić zdolności rozrodcze tej jednostki.

Jeszcze wyraźniej zobaczycie Panowie tę dążność na klinice położniczej, gdzie będzie szło nietylko o ratowanie zagrożonych rodzących i niesienie pomocy nie mogącym urodzić, ale będzie nam szło o to, aby pod naszą opieką brzemienność prawidłowo przebiegała, aby osoby, rodzące prawidłowo, uchronić od mogących im grozić niebezpieczeństw, aby zawczasu możliwe złe usunąć, aby położnice po prawidłowym, naturalnym porodzie mogły powrócić do warunków fizyologicznych z zachowaniem nietylko sił i zdrowia jednostki, ale wraz z dalszą zdolnością płodzenia; aby niemowlęta urodzone nietylko zachowały zdolność do życia, ale aby miały warunki do jak najbujniejszego rozwoju.

Zdaje mi się, że słów tych kilka wystarcza, aby Panom zaznaczyć ogromną różnicę, jaka zachodzi pomiędzy klinikami, któreście poznali, a tą, którą właśnie poznać macie.

Jeżeli się teraz nad tą różnicą zastanowimy, to mimowoli nasuwa się nam uwaga, że wobec społeczeństwa, wobec kraju, wobec gospodarki krajowej, ginekologia w ogólności, w szerszem tego słowa znaczeniu, a położnictwo w szczególności ma odrębną, powiem wyjątkową, doniosłość. Aby to Panom wykazać, muszę się zwrócić na inne pole, t. j do sprawy gospodarstwa krajowego.

Niewątpliwem jest, że o bogactwie danego kraju decyduje ilość wyprodukowanej pracy. Im ludność silniejsza, zdrowsza, zdolniejsza do pracy, tem większą będzie jej wydatność, czyli bogatszym będzie ten kraj, który będzie posiadał ludność silniejszą, zdrowszą, zdolniejszą do pracy.

Na rozwój ludności pod względem fizycznym wpływa bardzo wiele czynników, i to jedne dodatnio, drugie ujemnie. W krajach dobrze uorganizowanych i dobrze gospodarowanych, władze, czy to rządowe, czy też krajowe, znają te czynniki bardzo dobrze i troszczą się o nie. Starają się rozwijać dobrobyt, umoralnienie, podnosić poziom ogólnego wykształcenia, zaprowadzają różne urządzenia sanitarne, stłumiają epidemie i t. d. i t. d.

Pomiędzy czynnikami, mającymi wpływ na fizyczny rozwój ludności, jednym z najważniejszych jest niewątpliwie sprawa rozrodcza; jej przebieg odbija się już to na kobietach, już też na noworodkach, których pierwsze dni decydują częstokroć o przyszłym rozwoju i sile osobników. O ile ta sprawa jest ważną i doniosłą, o tyle dla władz rządowych i krajowych jest ona niedostępną, gdyż kryje się w zaciszach domowych, w ramach pożycia małżeńskiego. Dlatego też na tę sprawę władze bezpośrednio wpływu wywierać nie mogą, nie mogą wydawać bezpośrednich zarządzeń, któreby ją regulować mogły.

Do zacisza domowego, do kwestyi pożycia małżeńskiego mogą się dostawać tylko osoby prywatne, a temi są lekarze, akuszerki, osoby niosące doraźną pomoc moralną i materyalną, czyli duchowieństwo i dobroczynność. Tylko za pośrednictwem tych prywatnych czynników może władza działać na sprawy rozrodcze w kraju, a o ile ta droga jest niedostępna, o tyle wymaga większych ofiar i większego starania.

W długich latach mej zawodowej działalności przemyśliwałem nad temi sprawami wielokrotnie, przypatrywałem się ogólnym stosunkom zdrowotnym w naszym kraju i porównywałem z tem, co widziałem za granicą. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż, jak daleko mogę zasięgnąć pamięcią, pod względem sanitarnym w kraju naszym robi się bardzo wiele, aczkolwiek wiele do zrobienia pozostaje. Gdziekolwiek się myślą zwrócę, zaznaczyć muszę postęp bardzo znaczny. Aby to wykazać, dość porównać działalność władz sanitarnych w czasie cholery w roku 1873, a w czasie cholery ostatniej, przypomnieć sobie, jak wyglądały przed 20 laty nasze szpitale w kraju, a jak wyglądają dzisiaj, jakie znaczenie i wpływ mieli lekarze powiatowi dawniej a dzisiaj, jakie znaczenie dla kraju ma instytucya lekarzy okręgowych i gminnych i t. d. Za długo musiałbym wyliczać i byłoby to zbyteczne, bo o tem Panowie wiedzą dobrze, widzicie to sami i świadczą o tem zestawienia statystyczne. Są to wszystko sprawy łatwo dostępne, a przy dobrych chęciach władz decydujących poprawa stosunków i postęp widoczny i wydatny.

Inaczej rzecz się ma ze sprawą rozrodczą w kraju, postępu takiego, jak w innych kierunkach, dopatrzeć trudno. Istnieje wprawdzie pod względem chorobliwości i śmiertelności w połogu w ostatnich dziesiątkach lat poprawa bardzo znaczna, która atoli polega na zmienionych prądach i poglądach w nauce. Odkąd rdzenne pojęcie czystości w postępowaniu około rodzących i położnic zostało powszechnie w nauce przyjęte, stosunki poprawiły się znacznie, — jak dotąd jednak daje się to u nas stwierdzić w większych miastach i wyższych sferach ludności, nie przeszło jednak jeszcze dostatecznie na kraj cały, nie objęło niższych sfer ludności.

Poza tem w innych kierunkach stosunki pozostały jak dawniej, postęp jest zbyt powolny, zbyt mało widoczny.

Aby wyrobić sobie obraz istniejących u nas stosunków i wykazać doniosłość zagadnień, dotyczących spraw rozrodczych w kraju, zwrócę uwagę Panów na niektóre okoliczności.

Kto zna naszą ludność wiejską w kraju, a prócz tego bywał w krajach innych i za granicą, musiał spostrzedz, jak

wielka zachodzi różnica między kobietami. Widzieć to można na większych zgromadzeniach, w których ogół pewnej ludności bierze udział, zatem w kościołach, na jarmarkach, dożynkach i t. d. Uderzającem przedewszystkiem jest, jak mało u nas widzi się młodych mężatek; albo widzimy młode dziewczęta, albo osoby mniej lub więcej zgrzybiałe; inaczej pod tym względem w innych krajach koronnych i za granicą.

Ileż to razy, bywając w wiosce rodzinnej, przekonałem się, że ta lub owa chorowito i staro wyglądająca kobiecina, to ta, którą niedawno widywałem, jako hożą, młodą dziewczynę. Ileż razy w szpitalu, zbierając wywiady, dziwiłem się, że tak młoda osoba tak staro wygląda i zwracałem na to uwagę młodszych kolegów. Mimowoli przychodziło mi na myśl, że chyba sobie lat ujmuje! Nie, Panowie, one tego sposobu nie znają, to na czem innem polega. Osoby te marnieją u nas w czasie życia płciowego i starzeją się przedwcześnie. Osoby te wychodzą za mąż, zachodzą w ciążę, pracują ciężko, często ronią i nie zwracają nawet uwagi na to, rodzą i wstając w kilka godzin po porodzie, wracają do zajęć codziennych, chorują i nie leczą się; oczywista, że wśród tego marnieć muszą. A ileż to jest okoliczności, które nawet poruszać trudno. Że tak jest, na dowód niech Panom posłuży istniejący prawie w całej Galicyi u ludu zwyczaj, iż po porodzie najbliższego ranka, zatem nieraz w kilka godzin albo tuż po porodzie, ojciec zabiera dziecko i z kumami idzie na chrzest do kościoła, bez względu na porę roku i pogodę. Do obowiązków zaś matki należy, aby tymczasem przygotowała dla kumów poczęstunek, zatem zwleka się z łóżka, robi porządki, bieli polepę, przystawia garnki z jedzeniem do ognia, poczem na nowo kładzie się do łóżka i oczekuje kumów, którzy się tymczasem po drodze w karczmie zabawiają. Zwyczajów takich w różnych okolicach kraju z pewnemi odmianami istnieje dosyć.

Pomoc przy porodach bywa u nas niedostateczna, stosunkowo bardzo wiele kobiet obchodzi się bez pomocy akuszerki, tylko babki i sąsiadki asystują przy porodach. W wielu razach dopiero gdy poród nie postępuje, trwa za długo, albo gdy występuje jakieś niebezpieczeństwo, zaczynają się najpierw różne próby, sadzanie rodzącej na kolanach, wieszanie u powały, wstrząsanie, gniecenie brzucha i wygniatanie. Gdy to nie pomaga, wzywają mężczyzn do pomocy, jeżeli rączka wypadnie, okręca się bat koło niej i ciągnie, dokąd się nie urwie. Ciekawa rzecz, że zupełnie tych samych sposobów używają dziś też ludy dzikie, niecywilizowane. A gdy to wszystko zawodzi, wówczas dopiero posyła się wreszcie po akuszerkę egzaminowaną.

Skutkiem braku należytej pomocy przy porodach naturalnem jest, że częściej u nas kobiety podpadają chorobom w połogu, częściej muszą występować krwotoki, po których następuje charłactwo, częściej spotykamy pewne cierpienia ginekologiczne.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe, które po nieprawidłowych porodach występują, są u nas, w stosunku do innych krajów, prócz Rosyi, bardzo częste. Nasze wieśniaczki o żebranym chlebie idą daleko, aby się kalectwa swego pozbyć; widziałem je w tym stanie na klinikach w Lipsku, w Dreznie, we Wrocławiu i Wiedniu. Na wszystkich innych znanych mi klinikach należą do rzadkości, a na tych, które wymieniłem, a na których częściej się przetoki pęcherzowo-pochwowe widuje, znane są pod nazwą polskich przetok.

Po co szukać dowodu daleko; wczoraj odebrałem chore, leżące w połowie zakładu, na klinikę przeznaczonej, i otóż na 10 chorych ginekologicznych dostało mi się 3 osoby, obarczone przetokami pęcherzowo-pochwowemi — a 5 jeszcze pozostało w drugiej połowie zakładu. Czyż to nie wymowne?

Nie do uwierzenia istotnie, ile u nas kobiet wiejskich jest obarczonych wypadnięciem macicy. Lekarze, praktykujący na prowincyi, wiedzą to dobrze. Jest to plaga, której się kobiety boją; stało się prawie zwyczajem, że kobieta, czująca dolegliwości w podbrzuszu, zakłada sobie podpaskę, aby tym sposobem zapobiedz wypadnięciu macicy, a potem udaje się do apteki i żąda kropli „na podniesienie macicy".

Osoby, chorujące dłuższy czas po porodzie, leżą u nas po wsiach często zupełnie bez opieki, stan ich zdrowia nie dochodzi do wiadomości lekarza, a tem mniej do wiadomości władz. Często nawet bywają choroby ukrywane, gdyż babki boją się, by nie były do odpowiedzialności pociągnięte, nie dopuszczają wezwania lekarza, a tem mniej nie donoszą władzom. Lud nauczył się uważać ciężkie choroby w połogu za nieszczęście, „dopust Boży", podobnie jak zejście śmiertelne. Mąż, zapytany o żonę chorą, odpowiada ze stoicyzmem lakonicznie: „E! to po małem". W tem wyrażeniu zawarte jest wszystko: nawet się nie pytajcie, bo to po porodzie, na to rady niema, będzie, jak Bóg da.

Naturalnem jest, że w podobnych warunkach kobiety u nas marnieją, starzeją się przedwcześnie, mniej produkują pracy, często stają się do niej niezdolne; na tem tracą gorzej doglądane gospodarstwa domowe, na tem traci kraj — ile? obliczyć trudno, ale że traci, to pewne.

Kobiety schorowane rodzą potomstwo lichsze, dzieci takich matek będą gorzej karmione, będą miały mniej sił żywotnych, mniej odporności, łatwo będą ulegać wpływom zewnętrznym, więcej ich zginie w niemowlęctwie.

Nasz żołnierz jest odważny i bitny, to rzecz znana, ale niech się Panowie przypatrzą nowozaciężnym rekrutom u nas, a w innych krajach koronnych lub za granicą. Jakie to wszystko u nas małe, drobne, szczupłe, jak na nich czapki i mundury wyglądają; — a przecież mundur jest tak robiony, że się powinien nadawać na przeciętnego rekruta.

Takich spostrzeżeń można robić wiele i niejedenbym mógł jeszcze przytoczyć, ale tego zaniecham, bo to są spostrzeżenia, oparte na zebranych podmiotowych wrażeniach, których nie mogę poprzeć cyframi, gdyż w tych sprawach, które poruszyłem, zestawień statystycznych niema, albo są niedostępne. Wolę zatem zwrócić się do sprawy, którąbym mógł poprzeć cyframi i w tym celu przedstawię Panom porównanie Galicyi z sąsiedniemi Morawami. Do porównania użyję dat, które znalazłem w sprawozdaniach c. k. krajowej Rady zdrowia.

Mógłby mnie spotkać zarzut, że krajów tych porównywać nie można, albowiem na Morawach nie bywało wojen, panował spokój, wzrastała kultura ziemi, dobrobyt wysoko stojący i t. d. Otóż powiem, że to wszystko prawda, dlatego do porównania użyję takiej sprawy, która od tych czynników bardzo mało zależy, sprawy bezpośrednio nas obchodzącej, t. j. pomocy przy porodach, śmiertelności po porodach i chorobliwości w połogu. (Dok. nast.)

II. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał
Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

Uwięgnięcia, powstałego przez przerzucenie pętli ponad taśmę, opisanego przez Trevesa, ani ucisnięcia jelita przez krezkę, opisanego przez Schnitzlera, nie spostrzegaliśmy.

Uprzytomniwszy sobie znaczenie zapalenia otrzewnej w tej postaci niedrożności zrozumiemy łatwo, dlaczego zadzierzgnięcie spotykamy częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Podczas gdy skręt kiszki esowatej spostrzegaliśmy u 22 mężczyzn a 9 kobiet, skręt jelita biodrowego u 19 mężczyzn, a 5 kobiet, skręt kątnicy u 3 mężczyzn, a 2 kobiet, to zadzierzgnięcie przedstawia odwrotny stosunek, a mianowicie dotyczyło ono 10 kobiet, a 6 mężczyzn.

Zapalenie otrzewnej istniało już podczas operacyi w 7 przypadkach, a 5 razy istniała zgorzel jelita.

Pętle uwolniono 13 razy, jelito wycięto z powodu zgorzeli 3 razy (65, 71, 73), raz (71) z wynikiem pomyślnym.

W ogóle wyleczono chorych 7 t. j. 43·7%.

TABLICA V.

Wrzekome odprowadzenie przepukliny. ***Repositio spuria herniae.*** **Przypadków 7.**

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
77*	F. B., l. 62.	4 dni	*Hern. ingu. interst.* Odprowadzenie mimowolne przy badaniu. Przypady nie następują. Ruchy jelit wybitne.	*Repositio spuria herniae incarc.*	*Lysis.*	W jamie brzusznej płyn ciemny, mętnawy.	*Repositio spuria herniae incarc.*	*Mors* w 10 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
78*	Wojciech Zieliński, l. 36.	3 dni	Bóle. Wymioty kałowe. Wypukłość w okolicy kanału pachw. praw. Ruchy jelit wybitne.	*dtto*	*Lysis.*	Wydobyto pętlę 12 cm. długą, ciemno-czerwoną, lecz dobrze utrzymaną.	*dtto*	*Sanatus.*	
79*	Lejzor Beck, l. 42.	4 dni	Sińce w okolicy pachwinowej. Wymioty kałowe. Guz macalny powyżej więzu *Pouparta.*	*dtto*	*Resectio intestini. Enterorhaphia.*	Pętla w 3 miejscach naddarta.	*dtto*	*Mors* w 3 godziny.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
80*	Józef Marchowka, l. 32.	8 dni	Wymioty kałowe. Moszno wciągnięte. Brzuch kulisty. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*Lysis.*	Przyczyną uwięzgnięcia była taśma w ścianie worka przepuklinow.	*dtto*	*Sanatus.*	
81*	Gołda Schindler, l. 52.	?	Objawy zapalenia otrzewnej.	*Repositio spuria herniae crural. dextr.*	*Lysis.*	?	*dtto*	*Mors* w 36 godzin.	
82	Abraham Goldschmid.	3 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle silne napadowe. Wzdęcie małe. Palec wprowadzony przez kanał pachwinowy wyczuwa wzdęcie miejscowe. Ruch jelit wybitny.	*Repositio spuria hern. ingu.*	*Lysis.*	Jelito cienkie uwięzgnięte, zaczerwienione. Powyżej jelito rozdęte.	*dtto*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	
83	Jakób Szczepański, l. 28.	2 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle silne. Wzdęcie mierne. Palcem wprowadzonym przez kanał pachwinowy daje się wyczuć wzdęcie miejscowe. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 2 tygodnie.	

Chorzy w wieku średnim, gdyż 4 było między 50 a 60 rokiem życia, zgłaszali się pomiędzy 2 a 8 dniem choroby, średnio po 4 dniach.

Wśród nagle występujących bólów pojawiały się częste wymioty, które u 3 chorych (78, 79, 80) przeszły w kałowe. Brzuch zazwyczaj był mało wzdęty. Wzdęcie miejscowe dawało się łatwo wybadać (6 razy) a mianowicie palcem, wprowadzonym przez bramę przepuklinową, można było wyczuć guz równy, bolesny, elastyczny, nieruchomy.

Ruch robaczkowy jelit spostrzegano w 5 przypadkach.

Zapalenie otrzewnej wikłało obraz chorobowy 3 razy, a raz (79) jelito uległo zgorzeli. Z wyjątkiem też tego jedynie przypadku, w którym musiano jelito wyciąć, w innych postępowanie zasadzało się na uwolnieniu pętli jelitowej i wycięciu worka przepuklinowego po poprzedniem jego podwiązaniu od wewnątrz. Wyleczono chorych 4 t. j. 57%.

TABLICA VI.

Przepuklina podkątnicza. *Hernia subcoecalis.* Przypadek 1.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypadły znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
84	Józef Mól, l. 37.	2 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Ślimaczne ruchy robaczkowe. Wzdęcie mierne niejednostajne.	*Occlusio intest. interna mechan.*	*Lysis.*	Pod kątnicą jamka wielkości jaja gęsiego.	*Hernia subcoecalis.*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	

W przypadku tym po otwarciu jamy brzusznej przekonałem się, że kątnica jest podniesiona ku przodowi, a więc przypadła do przedniej ściany brzusznej, a pod nią znajduje się uchyłek wielkości jaja gęsiego; uchyłek utworzony jest od przodu przez tylną ścianę kątnicy na przejściu jej w kiszkę wstępującą, od tyłu przez otrzewnę ścienną, od góry przebiegał fałd otrzewnej półksiężycowato z wklęsłością ku dołowi. Otwór prowadzący do uchyłka, a drożny, jak się później przekonałem, dla 2 palców, był zwrócony nieco ku dołowi i stronie lewej. Otrzewna tak ścienna, jak i jelitowa w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego nie przedstawiała żadnych zmian. Przez nakarbowanie górnego fałdu zdołałem wyjąć z pod kątnicy rozdętą pętlę jelita cienkiego. Część doprowadzająca była rozdęta, część odprowadzająca zapadła. Na granicy między pętlą uwięzgniętą, a częścią doprowadzającą, z drugiej strony zaś odprowadzającą, istniały wybitne rowki pochodzące od ucisku bramy przepuklinowej. Dla uniknięcia nawrotu zamknąłem otwór uchyłka podkątniczego t. j. przyszyłem tylną ścianę kątnicy do tylnej otrzewnej ściennej.

TABLICA VII.

Wgłobienie ostre. *Invaginatio acuta.* Przypadków 15.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypadły znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
85*	Karol Korzeniowski, l. 63.	8 dni	Siły słabe. Wymioty. Bolesność. Brzuch wzdęty wokoło, po środku mniej, nad lewym w. *Pouparta* Obrzęk twardy.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Resectio intest. Entero-rhaphia.*	*Peritonitis.* Część wpochwiona uległa zgorzeli. Wycięto 95 cm.	*Invaginatio. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 10 godzin.	Po operacyi 2 stolce. Sekcya: *Peritonitis septica.*
86*	Agnieszka Chosała, l. 38.	8 dni	W stolcu śluz. Wzdęcie niejednostajne, guz w poprzek. *Per rectum* czuć obrączkę.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Anus praeter naturam.*	Kiszka zstępująca wtłoczona w kiszkę esowatą. Poprzecznica rozdęta. Otrzewna nastrzykana, sina.	*Invaginatio colica Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
87*	N. N., dziecko, 3 miesiące.	2 dni	Wymioty. Brzuch wzdęty. Obrzęk walcowaty poprzeczny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.*	Część jelita biodrowego wtłoczona w kątnicę. Odprowadzenie trudne, niektóre miejsca podejrzane.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 24 godzin.	Stolec po operacyi.
88*	Jan Kołodziej.	3 dni	Siły słabe. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Guz w okolicy kątnicy.	*Invaginatio.*	*Resectio intest. Entero-rhaphia.*	Jelito biodrowe wgłobione w kątnicę, owrzodzenia dyfterytyczne.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 10 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
89*	Loib Bier, l. 26.	10 dni	Siły słabe. Wymioty. Wzdęcie niejednostajne. Stłumienie w okolicy kątnicy.	*Invaginatio.*	*Resectio intest. Entero-rhaphia.*	Jelito biodrowe wtłoczone w kątnicę, zgorzel 20 cm.	*Invaginatio ileo-coecalis Gangraena Peritonitis.*	*Mors* w 7 godz.	Sekcya: *Peritonitis.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znaleziono przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
90*	Franciszka Ziembowa, l. 43.	14 dni	Siły małe. Czkawka. Wzdęcie niejednostajne. Guz po str. lewej. Ruch jelit wybitny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.*	Jelita bardzo zmienione. Rozpoczynające się zapalenie otrzewnej.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
91	Mojżesz Finkelstein, l. 60.	11 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napadowe. Bolesność mierna. Wzdęcie mierne. Ruch robaczkowy wybitny.	*Strangulatio.*	*Desinvaginatio. Anus praeter naturam.*	Jelito biodrowe wtłoczone w kiszkę wstępującą.	*Invaginatio ileo colica. Peritonitis. Gangraena. int.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
92	Marya Pękalska, l. 68.	3 dni	Stan zły. Bóle napadowe co kilka minut. Wzdęcie kopułowate, nad lewym w. Pouparta charakterystyczny guz. Pętle zarysowane poprzecznie. Ruch jelit wybitny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.* Przy odprowadzeniu otrzewna jelitowa w kilku miejscach pękła. Odprowadzenie trudne.	Jelito cienkie wtłoczone w kiszkę grubą aż do kiszki esowatej.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 36 godzin.	Po operacyi kilka stolców. Sekcya: *Peritonitis.*
93	Marya Paleta, l. 46.	6 dni	Stan ogólny lichy. Nudności. Silne bóle napadowe. Bolesność w okolicy kątnicy. Brzuch wzdęty znacznie, niejednostajnie. Stłumienie nad kątnicą. Rysowanie się pętli a podczas bólu ruchy wybitne. Ciepłota normalna.	*Occlusio mechan. probab. Torsio coeci.*	*dtto*	Jelita silnie przekrwione. Ostry obrzęk gruczołów krezkowych.	*Invaginatio ileo-colica.*	*Mors* w 8 godzin.	Po operacyi stolec. Sekcya: owrzodzenia durowe w jelicie biodrowem.
94	Mendel Bergglas, l. 40.	3 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napad. W stolcu śluz. Brzuch miernie wzdęty. Charakterystyczny guz w okolicy kątnicy. Ruchy wybitne.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Resectio Enterorhaphia.*	Odprowadzić nie było można. Część wpochwiona zgorzelinowa.	*Invaginatio ileo-coecalis* (aż do *colon descendens).*	*Mors* w 5 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
95	Mikołaj Czech, l. 33.	5 dni	Siły słabe. Z początku z otworu stolcowego krew. Wymioty częste. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. Nad pępkiem guz charakterystyczny wielkości 2 pięści.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Resectio* 20 cm. *ilei, coecum, colon ascendens, trans. versum* i *colon descendens.* Za pomocą guzika Murphy'ego implantacya *ilei* do *S Roman.*	Próby odprowadzenia bez skutku.	*Invaginatio ileo-coecalis* (aż do *S Roman).*	*Mors* w 10 godzin.	
96	Arnold Fraenkel, l. 9.	5 dni	Uderzenie w brzuch. Stan b. zły. Wymioty częste, kałowe. Bóle jednostajne. Bolesność znaczna. Brzuch bardzo silnie, jednostajnie wzdęty. W pierwszych dniach choroby miały być wybitne ruchy robaczkowe jelit.	*Peritonitis ad occlusionem mechanicam.*	*Resectio ilei* 30 cm.	Zgorzel części wgłobionej a także częściowo i pochwy. Przedziurawienie szyjki tejże. Kał w jamie otrzewnej. Szczyt wgłobienia tworzył uchyłek Meckela.	*Invaginatio iliaca. Perforatio ilei gangraenosi. Peritonitis.*	*Mors* w 3 godziny.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
97	Teofil Król, l. 39.	5 dni	Stan dość dobry. Wymioty. Bóle napadowe. Brzuch mało bolesny. Wzdęcie niejednostajne znaczne. Ruchów niema.	*Occlusio mechan.*	*Desinvaginatio* trudna, naddarcie otrzewnej jelitowej. Worek Mikulicza	Jelita zaczerwienione.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Pneumonia crouposa.*
98	Zofia Baran, l. 47.	10 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle napadowe, bolesność. Wzdęcie duże, niejednostajne, zarysowanie pętli jelitowych, ruch wśród bólu.	*Occlusio mechan.*	*Resectio Entero-rhaphia.*	Zgorzel części wgłobionej, a na przestrzeni guldena przedziurawienie zgorzelinowej pochwy.	*Invaginatio iliaca. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 15 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
99	Franciszek Piekarczyk, l. 32.	11 dni	Stan zły. Wymioty częste. Silne bóle napadowe. Bolesność. Wzdęcie niejednostajne. Charakterystyczny guz. Ruchy jelit wybitne.	*Invaginatio.*	*Resectio intestin. Anus praeter. natur.*	Zgorzel części wgłobionej. Zapalenie otrzewnej.	*Invaginatio colica. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

W tej gromadzie w przeciwstawieniu do innych statystyk przeważa w naszem zestawieniu wiek dorosły, gdyż na 15 chorych zaledwie 2 liczy poniżej lat 10.

U ludzi przedtem zupełnie zdrowych (wyjątek stanowi chora 93, u której sekcya wykazała owrzodzenia durowe) bez widocznej przyczyny (z wyjątkiem 96-uderzenie w brzuch) nagle występowały gwałtowne bóle, a obok tego częste wymioty. Równocześnie pojawiało się zatrzymanie stolca i wiatrów, trwające przez cały czas choroby, a tem uciążliwsze, że połączone z silnem parciem.

Wydzielanie się z kiszki odchodowej śluzu i krwi, podnoszone zazwyczaj do znaczenia przypadu znamiennego (patognomonicznego) spostrzegaliśmy tylko w 3 przypadkach; wobec tego na podstawie naszych spostrzeżeń, a z drugiej strony ze względu na to, że objaw ten spotykamy i w innych postaciach niedrożności, objawowi temu nie przypisujemy takiego znaczenia. Badanie wykazywało niejednostajne wzdęcie brzucha (14 razy) z zarysowaniem rozdętych pętli jelitowych. Wzdęcie w 7 przypadkach dochodziło znacznych rozmiarów, w 7 zaś miernego stopnia. Ruchy robaczkowe (8 razy na 10 zanotowanych) pojawiały się wśród napadu bólów. Brzuch zazwyczaj był niebolesny, a tylko 4 razy pojawiła się bolesność ograniczona, odpowiadająca miejscu wgłobienia.

W głębi brzucha daje się wybadać guz bardzo znamienny i to w naszej statystyce 8 razy na 14 zanotowanych przypadków; 2 razy tylko stłumienie zdradzało siedzibę wgłobienia, a w 4 przypadkach (91, 96, 97 i 98) ani guza, ani stłumienia nie było można wykazać.

Zestawienie rodzaju wgłobienia wykazuje:

invaginatio ileo-coecalis 7 razy (87, 88, 89, 92, 94, 95, 97)
" *colica* 2 razy (86, 99)
" *ileo-colica* 2 razy (91, 93)
" *iliaca* 2 razy (96, 98)

(W 2 historyach chorób nie podano dokładnie rodzaju wgłobienia).

Zmiany w jelicie występowały bardzo szybko, gdyż 10 razy znaleziono zgorzel jelita, a między tymi w 2 przypadkach zgorzel zajmowała tak część wgłobioną, jak i pochwę. Zapalenie otrzewnej pojawiło się 5 razy, z czego 2 razy (96 i 98) wskutek przedziurawienia jelita.

Wobec tych stosunków odprowadzono wgłobienie 5 razy. Wycięto wgłobienie z założeniem szwu okrężnego 7 razy, w 2 przypadkach założono rzyć sztuczną, a u jednego chorego wycięto część zgorzelinową i wszyto odcinki w ranę brzuszną. To operacyjne leczenie dało nam nadzwyczaj niepomyślny wynik, gdyż wszyscy chorzy zmarli. Wynik taki mógłby odstraszyć od zabiegów operacyjnych i raczej skłonić do taktyki wyczekiwania, względnie leczenia środkami wewnętrznymi, tem więcej, że cały szereg przypadków, w ten sposób pomyślnie leczonych, znany jest w literaturze.

Zważywszy jednakowoż, że takie samo wyleczenie stanowi zaledwie maleńki odsetek wśród przypadków śmiercią zakończonych i z tego też powodu nie ogłaszanych; zważywszy dalej, że działając od zewnątrz, a nie znając dokładnie stanu jelita, możemy bardzo łatwo sprowadzić przedziurawienie zmienionego jelita przez zastosowanie energiczniejszych środków mechanicznych, jak wlewania, nadymania, mięsienie, wreszcie, że nigdy nie możemy mieć pewności skutecznego odprowadzenia, uzyskanego w ten sposób, nie podobna nabrać przekonania do leczenia wewnętrznego, na co się zresztą zgadzają prawie wszyscy wybitni klinicyści.

Przeglądając nasze zestawienie, musimy przyjść do przekonania, iż zły wynik stoi w prostym stosunku do czasu trwania choroby. Następujące zestawienie:

ilość dni choroby	2	3	5	6	8	10	11	14
ilość chorych	1	3	3	1	2	2	2	1

wykazuje, że chorzy nasi zgłaszali się o pomoc lekarską nadzwyczaj późno, gdyż średnio po 6 dniach choroby, a więc wśród zupełnego upadku sił i daleko posuniętych zmian jelit.

Chcąc nabrać jasnego poglądu, czy wcześniejsze operacye dają rzeczywiście pomyślniejszy wynik, musiałem się zwrócić do innych zbiorowych statystyk z dokładnie oznaczonym czasem choroby. W statystyce Rydygiera znalazłem takich przypadków 29 (4, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 26, 42, 43, 44, 48, 51, 52, 53, 55, 63, 65, 66, 67, 72, 74, 75, 76, 78, 82, 86); oprócz tego zestawiłem z piśmiennictwa 21 pojedynczych spostrzeżeń, a mianowicie:

Autor	Płeć, wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Zabieg	Wynik
1) Ainsley	Dziecko 11 m.	$6^1/_2$ godz.	*Invagin. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
2) Pollard	Dziecko 7 m.	22 godz.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
3) Holländer	Kobieta 16 l.	2 dni	*Invag. iliaca.*	*Desinvag.*	*San.*
4) Tenże	Kobieta 21 l.	6 dni	*Invag. iliaca.*	*Resectio* 70 cm. *ilei* Murphy.	*San.*
5) Karolina Esgrolin	?	3 dni	*Invaginatio iliaca.*	*Resectio anus praet. natur.*	*Mors.*
6) Tenże	?	4 dni	*Invag. ileo-coecal.*	*Resectio anus praet. natur.*	*Mors.*
7) A. Lindh	Dziecko 5 m.	Kilka godzin	Kilkakrotne wgłobienie aż do kiszki zstępującej.	*Desinvag.* (taxis).	*San.*
8) Broca	Dziecko 5 m.	6 dni	*Invag.*	*Desinvag.*	*Mors.*
9) Tenże	Dziecko 6 m.	2 dni	*Invag.*	*Desinvag.*	*San.*
10) Poppert	?	2 dni	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
11) Alsberg	Mężczyzna 11 l.	36 godz.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.* ([illegible]).	*San.*
12) Cordua	Dziecko 9 l.	4 dni	*Invag. iliaca.*	*Resectio.*	*Mors.*
13) Tenże	Dziecko $1^1/_2$ roku	7 dni	*Invag. Gangraena. Peritonitis.*	*Ileostomia.*	*Mors.*
14) Tenże	Dziecko $3^1/_4$ roku.	4 dni	*Invag. ileo-coec.*	*Anus praet. natur.*	*Mors.*
15) Tenże 16) „	Dziecko 6 m. 9 m.	48 godz.	*Invag.*	*Desinvag.*	*Mors.*
17) 18) 19) 20) 21) Tenże	Dzieci w wieku od 4 do 16 miesięcy.	48 godz.	*Invag.*	*Desinvag.*	*San.*

Na 50 więc przypadków spotykamy 18 wyleczeń, a mianowicie w zestawieniu Rydygiera 5 (13, 19, 51, 55, 75), w powyższem zaś mojem zestawieniu 13 (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21). W pierwszych 60 godzinach choroby leczono 23 z 16 wyleczeniami czyli 69%; powyżej zaś 30 godzin z 27 przypadków zaledwie 2 wyzdrowiało, co stanowi 7%.

Zestawienie to jasno więc wskazuje, że z chwilą rozpoznania wgłobienia ostrego powinniśmy, nie tracąc czasu na niepewne, a nawet niekiedy szkodliwe stosowanie mechanicznych środków leczniczych, przystąpić do operacyi.

Ogólnie biorąc postępowanie nasze odpowiadało zapatrywaniom Rydygiera z wyjątkiem polecanych przez niego środków mechanicznych, a to z powodów wyżej podanych.

Należy zarazem tutaj podnieść, że jedynie odprowadzenie jelita daje widoki wyleczenia, gdy tak założenie rzyci sztucznej, jak i wycięcie jelita wyjątkowo tylko kończą się pomyślnie. I tak w literaturze zdołałem wynaleść zaledwie trzy przypadki wycięcia jelita z powodu ostrego wgłobienia, uwieńczone wyleczeniem. (C. d. n.).

III. Z kliniki chirurgicznej Wszechnicy Jagiellońskiej pod kierownictwem Dra Rutkowskiego.

O unikaniu zacieku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza.

Podał
Dr. Karol Kaczkowski.

Śmiertelność po cięciu nadłonowem wynosi obecnie około 16%. Jedną z najczęstszych przyczyn śmierci jest zaciek moczowy, przyczyna tak częsta, że Tuffier [1]) twierdzi, iż trzecia część wszystkich przypadków śmierci, wliczając w sumę ogólną przypadki od operacyi nie zależne, jest wywołana przez zaciek. Garcin [2]) w zebranych przez siebie 106 przypadkach cięcia nadłonowego naliczył 23 przypadków śmierci, z tego 11 wskutek zacieku, Tuffier na 120 przypadków, 30 przypadków śmierci, z tego 10 wskutek zacieku; jeszcze gorszą statystykę

---

1) Annales des maladies des voies urin. 1884.

2) Contribution clinique à l'étude de la cystotomie suspubienne etc. Inaug. Diss. Strassburg.

miał Meyer[3]): na 41 przypadków, 8 śmierci, wszystkie skutkiem zacieku.

W ostatnich czasach wobec udoskonalonej aseptyki częstość zacieku zmniejszyła się nieco, jednakże nie zbyt znacznie z łatwo zrozumiałych powodów.

Jeżeli po cięciu nadłonowem rana pęcherza nie została przyszytą do rany powłok brzusznych, to przednia ściana pęcherza opada własnym ciężarem ku dołowi i jeżeli chory leży na wznak, jak to zwykle po operacyi bywa, to między pęcherzem a powłokami brzusznemi tworzy się próżna przestrzeń, jama, którą mocz wypływający przez ranę pęcherza wypełnia. Przestrzeń ta przedpęcherzowa istnieje i w prawidłowych stosunkach, nosi nazwę przestworu przedpęcherzowego Retziusa *(cavum praevesicale Retzii)* i jest wypełniona nadzwyczaj wiotką tkanką łączną. Przy cięciu nadłonowem tkanka ta nawet przy najostrożniejszem przecinaniu jej ostrym nożem rozrywa się, nasiąka krwią, spływającą z powłok i moczem, wypływającym z pęcherza i tak zmieniona stanowi doskonałe środowisko dla drobnoustrojów. Jeżelibyśmy nawet wykluczyli dostanie się drobnoustrojów do tkanki tej od zewnątrz podczas i po operacyi, co przy pewnych wysiłkach osiągnąć można, to nie możemy zapobiedz dostawaniu się ich z moczem, który w tych przypadkach, gdzie cięcie nadłonowe skutkiem schorzenia pęcherza było wskazane, zawiera je prawie zawsze w mniejszej lub większej ilości. Mocz ten dostaje się do przestworu przedpęcherzowego przez ranę w pęcherzu przy każdem zwiększeniu się ciśnienia śródbrzusznego, czyli przy każdym wdechu. Z przestworu przedpęcherzowego wnika w szczeliny i zaułki tkanek, podminowuje otrzewnę, toruje sobie drogi wśród narządów w miednicy małej, drobnoustroje dostają się do krwiobiegu i zakażają ustrój lub wywołują ropienie, i to działanie toksyczne moczu wraz z działaniem drobnoustrojów sprowadza zbiór objawów zwanych „zaciekiem moczowym“ *(infiltratio urinosa)*. Kiedy się cięcie nadłonowe rozpowszechniło, usiłowali chirurdzy, widząc częste występowanie zacieku, zapobiegać mu w rozmaity sposób. Usiłowania zwróciły się w czterech kierunkach. Starano się mianowicie: 1) zamknąć ranę w pęcherzu, 2) uodpornić tkanki przeciw nacieczeniu, 3) ułatwić odpływ moczu, 4) przez ciągły przepływ wody lub roczczynów przeciwgnilnych przez pęcherz zmniejszyć toksyczność moczu i niszczyć drobnoustroje.

1) Szczelne zamknięcie pęcherza zapomocą szwu byłoby w pewnej liczbie przypadków idealnem rozwiązaniem sprawy. Myśl ta już od dawna nasuwała się operatorom. Zastósował ją jednak z powodzeniem jeden z pierwszych Lotzbeck[4]) w r. 1859. Od tego czasu podano mnóstwo sposobów szycia pęcherza, rozmaitymi materyałami, chwytając w szew raz te, raz inne warstwy ściany pęcherza, zakładając szwy ciągłe i węzełkowe, jedno lub kilkupiętrowe, na ranę wśród — i poza otrzewnową, zrobioną w różnych miejscach pęcherza, raz pionowo, to znów poprzecznie, której brzegi w rozmaity sposób ścinano.

Dotychczas żadnego jednak z podanych sposobów szycia nie przyjęto powszechnie, bo każdy z nich nie do wszystkich nadaje się przypadków, nie zawsze dostatecznie spaja brzegi rany. Jeżeli zaś szew pęcherza nie jest zupełnie szczelny, to zamiast odwracać, zwiększa tylko znacznie niebezpieczeństwo zacieku.

Z tego powodu szew pęcherza wielu między poważnymi chirurgami ma przeciwników, że przytoczę tylko Billrotha, Ditla, Guyona, Tuffiera i Thompsona[5]).

Statystyka szwu, zebrana przez Razumowskiego[6]), wykazuje, że rychłozrost po szwie pęcherza w statystykach, obejmujących większą ilość spostrzeżeń, nastąpił w 30—60% przypadków. Dietz[7]) oblicza częstość rychłozrostu na 64.28%. Szew pęcherza może stać się również przyczyną kamieni pęcherzowych, które wytworzyć się mogą koło nitek[8]), założonych nawet nie przez błonę śluzową; wreszcie szew pęcherza, jak to z literatury widać, nie skraca czasu leczenia pooperacyjnego. Obok tego różni autorowie uznają rozmaite przeciwwskazania dla szwu, jak silny nieżyt pęcherza, zmiażdżenie brzegów przy wyjmowaniu kamienia, zabiegi na gruczole krokowym (Robson, Mayr) i t. p. W wielu wreszcie razach wykonuje się cięcie nadłonowe, nie jako operacyę wstępną, ale jako zabieg samoistny w celu leczniczym, aby dać wypoczynek pęcherzowi, aby tą drogą działać przez czas dłuższy na błonę śluzową, lub aby stale pozostawić przetokę, którąby mocz odpływał. W takich przypadkach musimy się uciec do innych sposobów, któreby ranę od działania moczu chroniły przynajmniej przez ten czas, póki rana nie pokryje się ziarniną, stanowiącą najlepszą ochronę dla ustroju.

Tu nasuwa się drugi sposób ochrony przed zaciekiem, mianowicie uodpornienie samej rany.

2) Najprostszym sposobem jest pozostawić to samemu ustrojowi zapomocą cięcia dwuczasowego. Sposób ten, podany przez Vidala de Cassis już w r. 1843, nie wielu znalazł zwolenników. Rozkładanie zabiegu na dłuższy przeciąg czasu nie może się podobać, a oprócz tego, jak twierdzi Ullmann[9]), cięcie dwuczasowe nie zmniejsza śmiertelności. Również nie przyjął się, o ile z literatury sądzić można, zalecany przez Langenbucha sposób cięcia dwuczasowego *(sectio perineoplastica)*.

O innych sposobach uodporniania rany, jak na przykład o przypalaniu termokauterem, pokrywaniu rany maściami lub proszkami przeciwgnilnymi nie warto wspominać. Nie zabezpieczają one od zacieku zupełnie.

3) Ułatwienie odpływu moczu w taki sposób, aby on do rany się nie dostawał, napotyka na wielkie trudności. Zdawałoby się, że najprostsza rzecz odprowadzić mocz drogą, którą natura stworzyła — przez cewkę. Mocz tą drogą odpływa tylko wtedy, kiedy w pęcherzu nie ma rany i wtedy skurcz pęcherza, a także i działanie tłoczni brzusznej zdołają mocz tą drogą wypchnąć. Jeżeli pęcherz jest otwarty,

---

[3]) Ueber die Nachbehandlung des hohen Steinschnittes. Langenbecks Archiv. 1884 B. XXI.

[4]) Bayer. ärztl. Intellig. Blatt 1859 p. 254.

[5]) patrz Kramer. Moderne Wandlungen der Steinoperationen. Langenbecks Archiv. 1886 B. 34 str. 57.

[6]) Sectio alta mit vollständig schliessender Blasennaht und ohne Anwendung des Katheters nach Operation. Langenbecks Archiv. B. 48 str. 442.

[7]) Etude clinique et experimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique. Paris. 1890.

[8]) Zeidler. Harnkonkremente welche sich um bei den hohen Steinschnitt angelegte Seidennähte gebildet hatten. Aus dem Obretowhospital. Separatabdruck. Ref. w Centr. f. Chir. 1895 str. 734.

[9]) Ueber den zweizeitigen hohen Blasenschnitt. (Aus Alberts Klinik) Wiener klin. Wochenschrift 1888 Nr. 36.

to pokonanie zwieracza jest niemożliwe, bo ciecz przy skurczu wypływa w tym kierunku, gdzie nie napotyka na żadną przeszkodę. Zdawałoby się, że wystarczy założyć cewnik na stałe, a w ten sposób otworzy się również wolna droga dla moczu, który nią będzie wypływał; lecz powszechnie znaną jest rzecza, że cewnik taki tylko niekiedy spełnia swe zadanie. Winnem temu jest, na co Marc Sée [10]) kładzie nacisk, parcie śródbrzuszne, które przy otwartym pęcherzu wywołuje przyleganie ścian jego do siebie. Mocz, wypływający z moczowodu, przy istniejącym otworze zostaje party pod działaniem parcia śródbrzusznego ciągle do tego otworu. Powinienby on wpływać i do oczka cewnika, co się jednak nie dzieje, bo ściany pęcherza przylegają do cewnika i powodują zamknięcie okienka, jeżeli tego nie uczyniły już pierwej skrzepy krwi, ropa, śluz, osady moczu lub okruchy kamienia.

Starano się dalej wzmocnić działanie cewnika, założonego na stałe, przez dodanie do niego rurki gumowej, która miała odprowadzać mocz do naczynia, stojącego pod łóżkiem, i działać jak lewar (Löbcker), ale i ten dodatek z łatwo, po tem cośmy powiedzieli, zrozumiałych powodów nie na wiele się przydaje. Lepsze usługi od zwykłych, oddają cewniki Pezzera z czapeczką, lecz trudności w założeniu ich u mężczyzn ograniczają ich użycie.

Cewnik na stałe oprócz tego, że dla wielu chorych przynajmniej w pierwszych dniach jest bardzo przykry i że jest znakomitą drogą dla dostania się drobnoustrojów do pęcherza, wywołuje często nieżyt cewki, rzadziej zapalenie przyjądrzy (Rauh [11]) Garcin [12]) i ropnie w ciałach jamistych prącia (Marc Sée [13]). Dlatego też wielu autorów zupełnie zarzuciło cewnik na stałe, zalecają oni natomiast po szwie pęcherza częste cewnikowanie, czego oczywiście w leczeniu następowem bez szwu nie można zastósować. (C. d. n.)

[10]) Etude sur la taille hypogastrique. Revue de chir. 1887 Nr. 1 i 2.

[11]) Die Steinoperationen in der chirurgischen Universitäts-Poliklinik in München. Münchener med. Wochenschr. 1886 Nr. 9—11.

[12]) l. c.

[13]) l. c.

IV. Wyciągi.

Dr. Ołtuszewski (Z warszawskiego zakładu dla zboczeń mowy, oraz cierpień jamy nosowo-gardzielowej). **O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy.** *(Gazeta Lek.* 1898). W pracy niniejszej opisuje autor, opierając się na własnym materyale klinicznym, objawy i przyczyny porażeń mózgowych wieku dziecięcego, towarzyszace im zboczenia mowy, rozpoznawanie porażeń mózgowych, liczebny stosunek, jaki zajmują w etyologii zboczeń mowy, znaczenie, jakie mają dla wyjaśnienia patogenezy niektórych zboczeń mowy, wreszcie wyniki lecznicze, osiągnięte przy leczeniu tych ostatnich.

Po krótkiej wzmiance, dotyczącej historyi porażeń mózgowych wieku dziecięcego, O. przedewszystkiem zaznacza, że dziś ogólnie przyjęta nazwa: porażenia mózgowe wieku dziecięcego, jest równie nieodpowiednią nazwą, jak niemota, gdyż pod to miano podciągamy zbiór najróżnorodniejszych objawów klinicznych, nie związanych ani wspólną przyczyną, ani tożsamością zmian anatomicznych; poczynając od jedno lub obustronnych porażeń, sztywności ogólnej lub paraplegicznej, atetozy przewlekłej, jedno lub obustronnej pląsawicy, a kończąc na padaczce i zupełnym braku jakichkolwiek zaburzeń ruchowych.

Do znamiennych objawów formy połowiczej należą: niedowład, a w danym razie przykurczenie kończyn, w szczególności górnej, wzmożenie odruchów mniejszego lub większego stopnia, zboczenia w rozwoju psychicznym, padaczka, zaburzenia ruchowe poporażne (objawy skurczowe [spastyczne], bezładowe lub pląsawicze), oraz zmiany odżywcze (zgrubienia czaszki, zagłębienia, zmiany objętości i kształtu czaszki, zaniki mięśni, zatrzymania w rozwoju). Kliniczny obraz obustronnych porażeń mózgowych przedstawia się pod pięcioraką postacią: 1) ogólnej sztywności (choroba Littlea), 2) sztywności poprzecznej, 3) poprzecznego porażenia, 4) obustronnego połowiczego porażenia *(bilateralis hemiplegia)*, 5) ogólnej pląsawicy lub obustronnej atetozy. Typy te mogą się z sobą wikłać w najróżnorodniejszy sposób. Z zaburzeń ruchowych po porażeniach obustronnych zasługuje na uwagę znamienne przykurczenie kończyn dolnych, spaczona mimika, właściwy nieruchomy wyraz twarzy, oraz ruchy przymusowe. Zez, drżenie gałek ocznych, zanik nerwu wzrokowego i niedowład nerwu okoruchowego częściej się trafiają w postaciach obustronnych, aniżeli połowiczych. To samo tyczy się nierozwinięcia psychicznego. Pląsawica jest rzadsza, niż w poprzedniej postaci. Zaburzenia odżywcze są podobne, jak w porażeniach połowiczych.

Co do przyczyn porażeń wogóle zaznacza autor na zasadzie dotychczasowego doświadczenia, że tu zarówno, jak w etyologii zboczeń w rozwoju psychicznym, należy wpływy dziedziczne (usposobienie neuropatyczne) w większości przypadków uważać za najważniejsze, przyczynom zaś przypadkowym, jak utrudniony poród, przebyta choroba zakaźna, uraz itd., przyznawać jedynie rolę drugorzędną.

Zmiany anatomo-patologiczne mogą być jednakowe zarówno w połowiczych, jako też w obustronnych postaciach porażeń mózgowych. Porażenia mózgowe towarzyszą następującym końcowym sprawom: 1) stwardnienie mózgu zanikowe rozlane i ogniskowe, 2) przerostowe stwardnienie mózgu, 3) braki wrodzone częściowe mózgu *(porencephalia)*, 4) powstrzymanie w rozwoju mózgu. Początkowe sprawy, doprowadzające do pomienionych zmian mogą być pochodzenia urazowego, naczyniowego i zapalnego.

W rozpoznawaniu zwraca O. głównie uwagę na stosunek niedołęstwa umysłowego wrodzonego (idyotyzmu) do porażeń mózgowych. Na zasadzie prawie jednakowych zmian anatomicznych (z wyjątkiem niektórych przypadków niedołęstwa umysłowego wrodzonego), jak również wspólnej poniekąd etyologii, oraz tych samych oznak zwyrodnienia, upatruje autor pomiędzy temi zboczeniami widoczny związek, a z tego względu oba odnosi do jednego działu. Cała różnica między wrodzonem niedołęstwem umysłowem, a porażeniami mózgowemi polega w tych ostatnich jedynie na większem zajęciu sfery ruchowej kory, aniżeli psychicznej.

Porażenia mózgowe mogą się łączyć z różnemi zboczeniami mowy, a więc niemotą, bełkotaniem, względnie wadliwem wymawianiem, mową nosową, oraz jąkaniem. Niemota należy do gromady ruchowej. Bełkotanie, względnie wadliwe wymawianie, występuje pod zwykłą postacią i zależy od ustępującej samoistnie niemoty. Mowę nosową, którą autor nazywa wrodzoną, wywołuje upośledzenie czynności ośrodków ruchowych kory lub skrócenie podniebienia twardego, jako jedna z anatomicznych oznak zwyrodnienia. Nakoniec jąkanie oprócz zwykłych typów często występuje pod postacią tak zwanego dawniej bezgłosu skurczowego (afonii spastycznej), który O. zalicza do gromady jąkania głosowego.

Dokładne zdawanie sobie sprawy z patologii porażeń mózgowych rzuca odpowiednie światło na istotę wielu zboczeń mowy, jak niemoty ruchowej, noszącej w Niemczech nazwę *Hörstummheit* lub niemoty wrodzonej, bez uwzględnienia patogenezy tego zboczenia, bełkotania, biorącego tu również swe źródło, mowy nosowej pochodzenia korowego, oraz niektórych postaci jąkania.

Na 1058 przypadków zboczeń mowy, spostrzeganych przez O. od lipca 1892 do lipca 1898 roku, dały się wykazać 42 razy porażenia mózgowe, jako przyczyna zboczeń mowy. Na zasadzie tej okoliczności, że zbieranie wywiadów u tego rodzaju chorych jest nieraz bardzo utrudnione, że porażenia mózgowe, nie pozostawiając po sobie nieraz żadnych śladów zaburzeń w sferze ruchowej, zaliczane bywają często do gromady zboczeń w rozwoju psychicznym, sądzi autor, że podaną powyżej liczbę należy przyjmować jedynie w przybliżeniu, gdyż w rzeczywistości jest ona zapewne daleko większa. Na wspomnianych 42 spostrzeżeń porażeń mózgowych przeprowadził O. systematyczne leczenie towarzyszących im zboczeń mowy w 7 przypadkach z zupełnie dobrym wynikiem (2 dotyczyły niemoty, 2 bełkotania, 2 mowy nosowej i 1 jąkania).

W zakończeniu opisuje autor 20 własnych spostrzeżeń z różnych działów zboczeń mowy, oraz zwraca uwagę na doniosłość leczenia zboczeń mowy, towarzyszących porażeniom, a to tem więcej, że zaburzenia ruchowe często w zupełności znikają, a pozostaje jedynie zboczenie mowy, utrudniające do wysokiego stopnia rozwój umysłowy dzieci. — *(Streszczenie własne).*

Dr. W. Ołtuszewski: **Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy**. *(Medycyna,* 1898). Praca ta stanowi rozumowane sprawozdanie z zakładu za rok 1897/1898. Oprócz naukowo opracowanego materyału klinicznego, obejmującego 171 przypadków zboczeń mowy, uzupełnia autor w przyczynku niniejszym teoretyczną stronę logopatologii (streszczonym wyżej) opisem stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy. Opierając się na wynikach dotychczas ogłoszonych swych prac, opartych na obfitym materyale klinicznym, wynoszącym do lipca 1898 r. 1058 przypadków, wypowiada autor pewien ogólny pogląd w tym przedmiocie, a mianowicie podaje własny podział zboczeń mowy, wyznacza miejsce, jakie logopatologia winna zajmować w szeregu nauk lekarskich, oraz wykazuje jej związek z różnymi ich działami. Uwzględniając najważniejsze czynniki przyczynowe, a mianowicie psychiczne zwyrodnienie w obszernem słowa tego znaczeniu i pewne zmiany w tkance mózgowej, którym nie towarzyszy żadna nieprawidłowość psychiczna, zalicza O. naukę o zboczeniach mowy do dziedziny psychopatologii i neuropatologii, z któremi logopatologia pozostaje w bezpośrednim związku; z nauką o chorobach gardła, nosa, uszu i cierpieniach jamy ustnej łączy się logopatologia jedynie pośrednio.

W ostatnim roku spostrzegał autor 44 przypadki niemoty, 46 bełkotania łącznie z wadliwem wymawianiem, 4 mowy nosowej, oraz 77 jąkania. Z 44 przypadków niemoty dotyczyło 8 dorosłych, a 36 dzieci. W etyologii niemoty u dzieci zapisano mowę opóźnioną w 5 przypadkach, zboczenia w rozwoju psychicznym w 3, porażenia mózgowe wieku dziecięcego w 5, niemotę pozakorową w 4 i głuchoniemotę w 19. W roku bieżącym ukończyła leczenie z zupełnie dobrym wynikiem między innemi 14 l. dziewczyna M. K., dotknięta znacznemi zboczeniami w rozwoju psychicznym łącznie z brakiem mowy. Z działu bełkotania oraz wadliwego wymawiania zasługuje na zaznaczenie wyrobienie pamięci słownych, zmysłowych u 8 l. chłopca T. N., prawie zupełnie nierozumiejącego mowy, a mówiącego w wysokim stopniu niezrozumiale. Stan dziecka przed leczeniem dawał powód rodzicom do uważania go za zupełnego idyotę, niezdolnego do jakiegokolwiek kształcenia umysłu. Niejednokrotnie w dawniejszych „Przyczynkach“ wzmiankowana mowę nosową pochodzenia korowego, stwierdza autor opisem dwóch odnośnych przypadków. Jeden dotyczył dorosłego mężczyzny, u którego po silnem uderzeniu w tylną część głowy wystąpiła mowa nosowa łącznie z lewostronnym połowiczym niedowładem; drugi przypadek, dotyczący 17-letniej panny A. G., leczony z zupełnie dobrym wynikiem, zależał od upośledzenia czynności ośrodków ruchowych kory po przebytem porażeniu mózgowem wieku dziecięcego. Z 13 osób, leczących się z jąkania, wszystkie się wyleczyły prócz jednej, która ukończyła leczenie ze znaczną poprawą. *(Streszczenie własne).*

A. Jesonick: **Przypadek stomatitis gonorrhoica**. *(D Arch. f. kl. Med.* T. 44, 1. 2). Autor opisuje przypadek zapalenia rzeżączkowego spojówek, połączonego z zapaleniem błony śluzowej ust pod postacią obrzęku warg, dziąseł i języka i białawych wyniosłych plam na języku. Z przybłonka ust wychodował J. gonokoki. Przy stosowaniu płókań roztworem kwasu borowego cierpienie szybko ustąpiło. Autor sądzi, że jad dostał się wprost ze spojówek do ust, a nie drogą kanałów łzowych lub przerzutów, przyczynić się jednak musiała ta okoliczność, że chory na krótko przedtem zapadł na zapalenie żuchw. *F. K.*

A. Funke: **Leczenie chronicznych schorzeń narządów miednicy małej u kobiet za pomocą ucisku śrutem**. *(Beitr. z. Geb. u. Gyn.* T. I. Zesz. 2). Autor używał z dobrym skutkiem w całym szeregu przypadków schorzeń przewlekłych, jak wypocin (ekssudatów), starych krwiaków, licznych zrostów, zwężeń pochwy, nieprawidłowego ułożenia macicy i t. p., tamponady pochwy zapomocą śrutu. Tamponady takiej dokonywa się w ten sposób, że na wziernik rurkowy, długości 10 cm., posmarowany wazeliną, naciąga się odpowiednio silny kondom, wciągając jego zamknięty koniec do światła wziernika. Tak osłonięty wziernik wprowadza się do pochwy i przezeń wypełnia się szczelnie pochwę śrutem (nr. 3), ubijając śrut albo palcem, albo odpowiednimi kleszczykami. Ilość śrutu zużytego do jednorazowego wytamponowania waha się od 500—1000 gramów, zależnie od szerokości pochwy. Po wytamponowaniu usuwa się wziernik i pozostawia się przez 2—16 godzin śrut w pochwie. Tamponada ta działa w dwojaki sposób: rozciąga i ugniata otoczenie. Dla wzmocnienia ugniecenia można jeszcze nad spojenie łonowe położyć 1—2 kg. śrutu. Chore tamponadę taką znoszą dobrze. *St. D.*

Bumm: **Przyczynek do techniki przy usuwaniu mięśniaków**. *(Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk.* T. I. Zesz. 1). Autor przy wyłuszczaniu macicy tak drogą pochwy, jak i drogą brzuszną wstrzymuje krwotok z przeciętych więzów szerokich przez podwiązywanie światła pojedynczych naczyń. Przy wyłuszczaniu drogą pochwową okrawuje autor sklepienie, potem usuwa macicę przez rozkawałkowanie, więzy po obu stronach chwyta częściami w drobne kleszczyki, poczem przecina je tuż przy macicy. Po przecięciu okłuwa pojedyncze naczynia cienką igłą, nawleczoną katgutem, w końcu zeszywa otrzewnę. Przy wyłuszczaniu macicy drogą brzuszną chwyta autor każde więzadło szerokie w dwa szeregi coraz niżej zachwytujących krótkich kleszczyków i pomiędzy nimi przecina więzadła. Wyłuszczywszy po przecięciu więzadeł macicę, zyskuje się dużo miejsca do łatwego podwiązania pojedynczych naczyń. *Dr. St. Dobrowolski.*

A. Döderlein: **Bakteryologiczne doświadczenia nad rękawiczkami operacyjnemi**. *(Beiträge z. Geburtsh. und Gynäk.* T. I. Zesz. 1). Autor na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w klinice ginekologicznej w Tybindze, przyszedł do przekonania wbrew zdaniu Mikulicza i Trendelenburg-Perthesa, że użycie rękawiczek wogóle, a w szczególności rękawiczek trykotowych niema żadnych zalet i jest gorsze, niż operowanie bez rękawiczek, gdyż nasiąknięte krwią rękawiczki bardzo łatwo zatrzymują i przechowują bakterye. Operowanie bez rękawiczek rękami nie zakażonemi daje, jak doświadczenia autora wykazują, najlepszą rękojmię czystości. *St. D.*

Z. Monsiorski: **O zewnętrznem badaniu położniczem i obrocie zewnętrznym**. *(Gazeta lekarska,* 1898, Nr. 41). Autor jest gorącym zwolennikiem ograniczania badania wewnętrznego i opisując szczegółowo cały tok badania zewnętrznego, sądzi, że na jego podstawie można w ciąży rozpoznać na pewno ciążę bliźniaczą, nadmierną ilość wód płodowych, ocenić stosunek główki do wymiarów miednicy, a nawet rozpoznać (?) łożysko przodujące przy braku wszelkich innych

objawów, nawet krwawienia, li tylko na podstawie nieustalania się główki w ostatnich 6 tygodniach u pierwiastki, a w ostatnich dwóch tygodniach u wieloródki przy miednicy prawidłowej.

Znalazłszy położenie płodu poprzeczne lub podłużne pośladkowe, radzi autor jeszcze w ciąży, przed ustaleniem się części przodującej, dokonać obrotu zabiegiem zewnętrznym Wieganda i następnie osiągnięte przez to prawidłowe położenie płodu ustalić zapomocą opaski Pinarda, zaopatrzonej podłużnemi poduszeczkami gumowemi, wypełnionemi powietrzem, które, przypadając po obu stronach macicy, niedozwalają płodowi zmienić położenia. *Ww.*

K. Stróżewski: **Kilka słów w kwestyi leczenia wiądu rdzeniowego** *(tabes dorsalis). (Gaz. lek.* 1898). Jak w każdem, tak i w tem cierpieniu ważnem jest poznanie przyczyny. Nie wdając się szczegółowiej w rozbiór przyczyn wiądu, zaznacza autor, że związek wiądu z kiłą nie jest sprawdzony, a wielką część opisów poprawy po leczeniu rtęciowem kładzie na karb niedokładnego rozpoznania i odróżnienia kiły mózgo-rdzeniowej od wiądu; wreszcie skutki leczenia przecenia się, zdaniem autora, niejednokrotnie, gdyż znane są niewątpliwe przypadki wiądu, w których bez leczenia sprawa chorobowa postępowała wolno lub zatrzymywała się chwilowo i w których niektóre zaburzenia czynnościowe znacznie słabły, a nawet zupełnie znikały. Na odparcie twierdzenia, że chorzy dotknięci kiłą po przeprowadzeniu dokładnego, w ciągu paru lat powtarzanego leczenia rtęciowego nie zapadają na wiąd, przytacza autor 2 przypadki, w których mimo ścisłego, przez lat parę powtarzanego leczenia rtęciowego i jodowego wystąpił (w 12 i 14 lat) typowy wiąd rdzeniowy, sądzi więc autor, że nie można szablonowo leczyć wiądu rtęcią, bo nie zawsze kiła jest jego przyczyną i leczenie takie może nieraz choremu przynieść szkodę; na dowód tego przytacza 2 własne przypadki (spostrzeżenie 1 i 3), w których po wcieraniach wystąpiło znaczne osłabienie kończyn dolnych, wybitny bezład, drętwienie i zaburzenia w czuciu dotyku i mięśniowem. Radzi więc autor stosować rtęć tylko w tych przypadkach, gdzie wywiady wskazują niewątpliwie na kiłę, a rozpoznanie waha się między wiądem, a kiłą mózgo-rdzeniową i niema wyraźnego przeciwwskazania przeciw leczeniu rtęciowemu.

Leczenie więc wiądu powinno być objawowe, a zastosowane do przypadku. Powinniśmy poprawić odżywienie chorego, wpływać na stan psychiczny i leczyć istniejące zaburzenia, a więc w bólach: *antineuralgica* unikając morfiny, w razie potrzeby hydropatya, balneoterapia, elektryzowanie. Przeciw zaburzeniom zborności ruchów stosuje autor sposób t. zw. kompenzacyjny, po którym otrzymuje zawsze dodatnie, a często świetne wyniki. Sposobowi temu nie przeszkadza ani ciężkość przypadku, ani zadawnienie choroby, ani rodzaj zaburzeń czuciowych. Wszyscy, którzy go próbowali, wyrażają się o nim z uznaniem. Stosować go powinni tylko lekarze dobrze z nim obznajomieni, przyczem należy unikać męczenia chorego. Na poparcie tego przytacza autor 3 przypadki (z tego 2 wyżej wspomniane) ze znakomitą poprawą tak, że jeden z chorych nawet mógł tańczyć walca. Czas leczenia wynosił 2—4$^1/_2$ miesięcy. *Dr. Flis.*

Prof. Starck (Kiel): **Wessalność hematyny i wartość przetworów hemoglobinowych.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift,* 1898, Nr. 51). Hematyna, najgłówniejszy składnik O-hemoglobiny, posiada wielkie znaczenie dla ustroju ludzkiego. Sprawa wessalności hematyny jednakowoż jest mało dotąd znana. Wprawdzie istnieją prace Koberta i jego uczniów w tym przedmiocie, które dowodzą wessalności hematyny i popierać się zdają przypuszczenie Koberta, że pies, podobnie, jak cała rodzina drapieżnych, czerpie główną ilość żelaza w swojej przemianie materyi z żelaza krwi spożywanego mięsa. W doświadczeniach Koberta obliczano jednak żelazo tylko z moczu, także w niektórych razach z żółci, dlatego nie można doświadczeniom owym przypisać tak rozstrzygającego znaczenia, jak nowszym badaniom w tym względzie, w których do oznaczeń żelaza użyto nietylko moczu, ale i kału. Z doświadczeń tych pokazało się, że hematyny nie wsysa ani żołądek, ani jelita, więc żelazo wprowadzone przez usta w postaci krwi lub hematyny, jest bezużyteczne. Nieorganiczne przetwory żelaza ulegają wessaniu i co do tego niema wątpliwości.

Kliniczne spostrzeżenia nad działaniem rozmaitych przetworów hemoglobinowych, (hemoglobina Pfeuffera, hematogen Hommela, hemalbumin, trefusin d'Emilia i t. d.) brzmią zachęcająco, co jednak nie znaczy, żeby udowodniono klinicznie, iż przetwory hemoglobinowe działają przez swoje żelazo. Autor zamierzył zbadać zachowanie się hematyny w ustroju, bo, jak wiadomo, znaczenie wszystkich przetworów hemoglobinowych można sprowadzić do znaczenia samej hematyny, albowiem tylko w tej postaci znajdują się one w żołądku. Z doświadczeń autora z przetworami hemoglobinowymi *(Hb)* wypadło, że z hematyny nadzwyczaj mało żelaza *(Fe)* wessało się w przewodzie pokarmowym; natomiast wessalność żelaza z połączeń nieorganicznych była bardzo znaczna. *Fe* nieorganiczne i organiczne, karniferryna, ferratyna i *Fe* z pożywienia okazywały również znaczną wessalność. Hematyna powstająca w żołądku z *Hb* opiera się silnie wessaniu i to tak z przewodu pokarmowego, jak również z pod skóry. Jeszcze po 7-u tygodniach po wstrzyknięciu podskórnem hematyny można ją było znaleźć niezmienioną w tkance. Tak samo, wstrzykiwana śródotrzewnowo (u świnek morskich), opierała się hematyna długo wessaniu.

Hematyna jest więc dla ustroju nadzwyczaj trwałem połączeniem organicznem; i nic w tem dziwnego, bo tak silne czynniki poza ustrojem, jak ogrzanie do 180°, gotowanie z zgęszczonym ługiem potasowym lub z zgęszczonym kwasem solnym nic mogą jej rozłożyć. Żyjąca komórka dopiero z największym wysiłkiem zaledwo w końcu zdoła zniszczyć połączenie hematyny i sprowadzić je do prostszego połączenia *Fe* z białkiem. O wiele łatwiej udaje się to komórce, jeżeli ma rozłożyć połączenie *Hb.* Toteż *Hb.*, wstrzyknięta pod skórę, szybko się wchłania. Ponieważ jednak w żołądku nigdy niema komórka wchłaniająca do czynienia z *Hb.*, tylko już z hematyną, więc łatwa wessalność samej *Hb.* w przeciwieństwie do hematyny zupełnie odpada przy podawaniu jakichkolwiek przetworów hemoglobinowych *per os.* Jeżeli już więc chce się w celach leczniczych uciec do *Fe*, zawartego w *Hb.*, to należy jedynie wstrzykiwać podskórnie *Hb.*, jako *O-Hb.* lub w braku jej *Met-Hb.* Ponieważ zaś *Hb.* da się zastosować podskórnie tylko w niektórych przypadkach, a przy stosowaniu wewnętrznem przetworów *Hb.* działanie *Fe* jest bardzo małe (jeżeli o niem wogóle mówić można), przeto, jeżeli podawanie *Fe* jest wskazane, należy używać właściwych przetworów *Fe* (nieorganicznych lub organicznych), których wessalność jest dowiedziona.

Z *Hb.* wprowadzanej wewnętrznie może się wchłaniać białko, w jakim stopniu, niewiadomo; przetwory *Hb.* działają też podniecająco na łaknienie, zresztą innego działania przypisywać im nie można. Nadto są one bardzo drogie, a należy pamiętać, że czysta *Hb.* zawiera tylko 0·43% czystego *Fe*, przetwory zaś *Hb.* składają się jedynie w mniejszej części z *Hb.*

Wszystkie więc przetwory *Hb.*, które mają dopełnić niedostatek krwi w sposób możliwie doskonały, jak to utrzymują opisy do wyrobów tych dodawane, — w rzeczywistości mają dla ustroju zupełnie to samo znaczenie, co krew, która dostała się wskutek krwotoku żołądkowego do żołądka i którą przerabia sok żołądkowy. A wiadomo, że tej krwi nie przypisuje się żadnego znaczenia, przynajmniej wcale nie wpływa ona na poprawę niedokrewności pokrwotocznej. Przetwory *Hb.* nie wyszły poza polecane przez starych lekarzy picie świeżej krwi. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. K. Franz: **Przyczynek do nauki o poronieniu.** *(Beitr. z. Geb. u. Gyn.* Tom I. Zesz. 3). Autor na podstawie 844 przypadków poronienia, spostrzeganych już to poliklinicznie, już też klinicznie daje wskazówki, jak należy postępować przy poronieniach. Mianowicie przy grożącem

poronieniu należy zalecić spokój i *narcotica*. Przy rozpoczynającem się poronieniu użyć należy tamponady szyi i pochwy, jeżeli zaś chora wysoko gorączkuje, należy natychmiast opróżnić macicę po już to bezkrwawem, już też krwawem rozszerzeniu szyi. Przy niezupełnem poronieniu należy resztki jaja wydobyć ręcznie i następnie wyskrobać macicę, lub też, jeżeli ujście nie przepuszcza palca, należy resztki jaja usunąć łyżeczką. Przy zapaleniu błony śluzowej macicy po poronieniu należy wyskrobać macicę i w danym razie przypalić ją 50% rozczynem wyskokowym kwasu karbolowego. Ukleje łożyskowe należy usuwać ręcznie, po wyjęciu ukleja należy macicę wyskrobać. Przy takiem postępowaniu spostrzegał autor tylko 2 przypadki śmierci, przebieg gorączkowy zaś w 12% ze 194 chorych, leczonych w klinice.

St. D.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Przetwory opoterapeutyczne. Ponieważ przyjęty swego czasu stosunek, że 1 część gotowego przetworu równa się 10 częściom świeżej substancyi, okazał się w praktyce przy dawkowaniu niewygodnym, sporządzają więc teraz te przetwory w ten sposób, że jedna ich część odpowiada 5 częściom świeżej substancyi na wagę. Niepodobna w krótkiem streszczeniu wymieniać wszystkich tych przetworów, bo i liczba ich już znaczna i wskazań wiele. Wyrabiają sobie one zwolna prawo bytu, pomówimy więc o nich wkrótce obszerniej.

Orthoformium (basicum). Proszek krystaliczny, biały, lekki, bez smaku i zapachu, w wodzie mało rozpuszczalny. Według licznych badań, środek ten nadaje się wybornie do miejscowych znieczulań, bo jest zupełnie dla ustroju obojętnym i działanie jego trwa długo (nawet przez kilka dni). Do znieczulenia jednak tego potrzeba, by ortoform zadziałał wprost bezpośrednio na zakończenia nerwowe, a więc w miejscu utraty tkanki. Stosowano go przy ranach, oparzeniach, owrzodzeniach kiłowych, żylakowych i rakowatych, także przy bólu zębów. Znieczulenie występuje w 3—5 minut, czy to po posypaniu odpowiedniego miejsca, czy też po użyciu maści (10—20%), a trwa 30 godzin, w niektórych przypadkach 3—4 dni. — Prócz tego przetworu, istnieje drugi podobny: orthoformium hydrochl., łatwo rozpuszczalny, ale z powodu silnego chociaż krótkotrwałego bólu, jaki zaraz po jego wstrzyknięciu powstaje, mało używany. — Hirschbruch dlatego stosuje naprzód 0.002 gr. kokainy, a po chwili wstrzykuje odpowiednią ilość 3% zawiesiny ortoformu we wodzie.

Zapisuje się:

Rp.: Orthoformii basici pulverati 20.0
Detur ad scatulam S.: zewnętrznie pudrować.
Rp.: Orthoformii basici pulverati 5—10.0.
Unguenti Paraffini 45.0
M. f. unguentum Ds. zewnętrznie.

Oxole: *Camphoroxolum, Menthoxolum, Naphthoxolum.* — Są to płynne mieszaniny 3% rozczynu nadtlenku wodoru z 32 do 38% wyskoku, w którym rozpuszczono 1% mentolu, 1% kamfory, lub 2% naftolu. Według Waynera są to doskonałe środki przeciwgnilne, gdyż działają dobrze przy ropiejących ranach, powstrzymują rozkład, pobudzają bujanie ziarniny. Na mniej, lub więcej oczyszczoną ranę przykłada się mały, wyjałowiony wacik napojony 10% rozczynem oxolu i następnie zakłada się czysty opatrunek.

Oxycamphora $C_8H_{14}\left\langle\begin{array}{l}CHOH\\ |\\ CO\end{array}\right.$ Jest to biały, krystaliczny proszek, do 2% w zimnej, łatwiej nieco w gorącej wodzie rozpuszczalny: zresztą rozpuszcza się łatwo prawie we wszystkich organicznych płynach (z wyjątkiem ligroiny). Heinz i Manasse, szukając środka, pochodnego od kamfory, a łatwo rozpuszczalnego, przekonali się, że *oxycamphora* tę własność posiada, ale za to w działaniu różni się wielce od samej kamfory. Nie pobudzając bowiem w zupełności układu nerwowego ośrodkowego, znosi w dużych dawkach pobudliwość ośrodka oddychania. Ponieważ zaś działanie to występuje szybko, nie wywołując objawów ubocznych, stosować ją można przy utrudnionem oddychaniu, czyli duszności (*dyspnoë*). Podaje się 2—3 razy dnia w dawkach po 0.5—1.0 grama.

(Ciąg dalszy nastąpi). *Dr. Żychoń.*

Kaczanowski (*Deutsch. Zts. f. Chirurgie*, Tom 49, Zeszyt 2 i 3) zaleca nadmanganezian potasowy w leczeniu wilka. K. przekonał się mianowicie, że środek ten niszczy tkankę ziarninową, nie działa zaś na zdrowe tkanki, i wpadłszy na myśl wyzyskania tej jego właściwości w leczeniu wilka, stósował go w 34 przypadkach rozmaitych postaci tej choroby (*Lupus vulgaris, exulcerans, fungosus, serpiginosus, hypertrophicus* na twarzy, tułowiu i kończynach). We wszystkich przypadkach wyniki były pomyślne. Sposób stósowania jest prosty. Oczyściwszy miejsce schorzałe ze strupów i osuszywszy je starannie, posypuje się je 2—3 mm. warstwą sproszkowanych kryształków nadmanganezianu i pokrywa warstwą waty wyjałowionej. Opatrunek zmienia się, gdy przesiąknie wydzieliną. Po oczyszczeniu się rany zmienia się opatrunek na zwykły przeciwgnilny. Ból przy tym sposobie jest dość znaczny i trwa dość długo, ale podobno jest mniejszy, niż po innych środkach żrących.

C. H.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu styczniu 1899.

W miesiacu tym szczepiono ogółem 42 osoby; w liczbie tej 9, pozostałych w leczeniu z grudnia 1898 r. i 4 pozostających na miesiąc luty 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 42 leczonych osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	B. [1]	C. [2]	Liczby ogólne
w twarz i głowę	1	1	2
w kończyny górne	24	9	33
w kończyny dolne i tułów	4	3	7
w ciało nagie	23	10	33
przez ubranie	6	3	9
Liczby ogólne	29	13	42

Zwierzęta kąsające były: w 41 przypadkach psy, a w 1 przypadku koń.

Kraków, dnia 1 lutego 1899. *O. Bujwid.*

[1] B oznacza zwierzę, u którego sekcya stwierdziła wściekliznę.
[2] C » » podejrzane o wściekliznę.

— Z końcem grudnia z. r. panowała w Galicyi ospa w miastach Lwowie i Krakowie, oraz 54 gminach, należących do 22 powiatów; dur osutkowy panował równocześnie w 21 gminach 11 powiatów.

— W walce z kasami chorych majstrów ponieśli leka rze wiedeńscy świeżo porażkę. Jedna z tych kas dozwoliła swym członkom udawać się po poradę tylko do pewnej liczby upatrzonych przez siebie lekarzy. Przeciw temu wniosła Izba lekarska wiedeńska przedstawienie do namiestnictwa, żądając nieograniczonego „wolnego wyboru“ lekarzy, skoro z kasami majstrów, jako ze sprawą niestety już istniejącą, liczyć się trzeba. Namiestnictwo jednakże uznało postępowanie owej kasy za poprawne. Nie bez słuszności zauważa z goryczą „*Allg. Wiener. med. Ztg.*“, że lepiej byłoby zupełnie znieść Izby lekarskie, skoro rząd odejmuje im resztki już i tak niesłychanie małych praw i udaremnia przez to wszelką obronę stanu lekarskiego.

Przymus lekarski, ciążący na lekarzach austryackich, opiera się na dekrecie kancelaryi nadwornej z roku jeszcze 1782, opiewającym, że lekarze mają obowiązek leczyć każdego chorego, a ubogim udzielać pomocy bezpłatnie. Przepis ten zaostrzono drugim dekretem z r. 1832, orzekającym, że przeciwko lekarzom, wzbraniającym się udzielić pomocy lekarskiej, wdrożone ma być śledztwo. Przestarzałe

te przepisy nie tylko dotąd obowiązują, lecz co więcej, w nowym projekcie prawa karnego pomieszczono osławiony § 467, stanowiący, że lekarze (akuszerki), odmawiający pomocy w nagłych przypadkach bez wystarczających powodów, lub pomoc tę odwlekający, podlegają karze do wysokości 100 złr. Wszystkie te postanowienia noszą cechę praw wyjątkowych, dotykających wyłącznie jeden jedyny stan lekarski, w ostatnich czasach znajdujący się zresztą w coraz gorszych warunkach. Stanowi to jaskrawe przeciwieństwo z nieodległą jeszcze przeszłością i z położeniem stanu lekarskiego w innych państwach, gdzie do dziś jest on jeszcze stanem uprzywilejowanym. Prośbę o zniesienie przymusu lekarskiego zawiera już memoryał Izb lekarskich, wniesiony zbiorowo do rządu. Obecnie postanowiła Izba lekarska wiedeńska w razie, gdyby memoryał ten w ciągu 3 miesięcy nie znalazł odpowiedzi, wnieść do rządu ponowną prośbę o zniesienie przymusu lekarskiego. Inne Izby pójdą niewątpliwie za tym przykładem.

VII. Korespondencye.

Paryż, w styczniu 1899 r.

(Ciąg dalszy).

Picqué w imieniu Gaudiera (z Lille) przedstawiając przypadek ropnia w móżdżku, pochodzenia usznego, wyleczonego operacyjnie, przypomina, że ropnie w móżdżku i okolicy nie należą bynajmniej do rzadkości, tak iż Paweł Koch zdołał zebrać 122 przypadki. Jedne z nich sadowią się między kością a oponą twardą, inne głębiej; możnaby je podzielić na ropnie okołomóżdżkowe i wewnątrzmóżdżkowe, częściej spotykane. Czasem dwa rodzaje mogą się połączyć i utworzyć ropień *en bissac*, jak w przypadku przedstawianym. Ropnie między kością a oponą nie dają objawów tak zwanych miejscowych; są to przeważnie oznaki podrażnienia lub ucisku mózgu. Ropnie zaś wewnątrzmóżdżkowe objawiają się przez wymioty, zawroty głowy, zwolnienie tętna, drgawki w okresie końcowym (u dorosłego). Ze stanowiska chirurga można ropnie móżdżkowe podzielić na 3 gromady 1) r. przednio-wewnętrzne w sąsiedztwie wierzchołka piramidy kości skalistej (dość częste); 2) r. przednio-zewnętrzne, na poziomie zagięcia zatoki bocznej (zwykle spotykane, najczęstsze), i 3) r. tylno-wewnętrzne, rozwijające się koło zatoki pionowej Herofila (rzadsze). Sposób Wheelera *(procédé sus-attico-antral* lub *mastoïdien partiel)*, doskonale nadający się do leczenia ropni mózgowych, jest, zdaniem Picquégo, nieodpowiednim dla ropni móżdżkowych; daje on bowiem dostęp tylko do ropni przednio-wewnętrznych. Sposób Mignona *(procédé transmastoïdien total)* jest już lepszy, gdyż pozwala dostać się nietylko do ropni móżdżkowych przednio-wewnętrznych, ale i do najczęściej spotykanych przednio-zewnętrznych. Jednak i przy tym sposobie ropnie tylno-wewnętrzne są niedostępne. Picqué zaleca swój sposób *(craniectomie occipitale temporaire)*, podany na ostatnim Zjeździe Chirurgicznym, który jedynie toruje drogę do wszystkich odmian ropni móżdżkowych. Poivier przypomina, iż, chcąc dostać się do móżdżku, należy trepanować w każdym razie na tylnym brzegu wyrostka sutkowego. Broca staje w obronie metody Wheelera. Lejars i Kirmisson, z powodu paru nowych przypadków, kładą nacisk na jak najprędsze utworzenie rzyci drogą operacyjną w przypadkach wrodzonego braku otworu stolcowego. Zakończenia jelita należy zwykle szukać w międzykroczu. Okazuje się z przykładów, iż noworodki doskonale znoszą ten zabieg. Faure przedstawił chorego, u którego wyciął prawie cały żołądek. Reynier dowodzi, że gruźlica jąder nie jest bynajmniej chorobą tak łagodną, jak twierdzą autorowie klasyczni i radzi w tych przypadkach uciekać się zawsze do zabiegu chirurgicznego. Najlepiej dokonać wytrzebienia, zwłaszcza u osobników młodych ze zmianami w jednem tylko jądrze. Jeżeli chory nie chce poddać się wytrzebieniu, to zdaniem autora najlepiej jeszcze usunąć ognisko gruźlicze zapomocą żegadła. Leczenie tężca sposobem Roux i Borrela (wstrzykiwania wewnątrz mózgowe antitetaniny) spowodowało przedstawienie szeregu nowych przypadków. Niestety dziewięć z nich skończyło się śmiercią (od 10 do 36 godzin po wstrzyknięciu); wyzdrowiał tylko jeden chory i to w przypadku tężca chronicznego, w drugim zaś przypadku wyleczonym używano chloralu obok podskórnych wstrzykiwań antitetaniny. Wyniki nie są więc bynajmniej zachęcające, czego się nie spodziewano po doskonałych z początku wynikach tego sposobu, na wiosnę i w lecie roku zeszłego.

W Towarzystwie Lekarzy Szpitalnych przedstawił Rendu następujący przypadek: mężczyzna 32-letni, który przebył w 15 r. życia ostry gościec stawowy, zgłasza się do szpitala z powodu przypadłości sercowych, trwających od 2 tygodni, przedtem nigdy nie dostrzeganych. W chwili przyjęcia stan bardzo groźny; niezmiernie silna duszność udaremniała prawie dokładne osłuchanie serca: po 3 dniach chory zmarł. Sekcya wykazała: całkowite zarośnięcie worka osierdziowego, przerost komory lewej, zanik komory prawej, zwężenie zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawek t. głównej, oraz zwężenie zastawki trójdzielnej, co, jak wiadomo, należy do rzadkości. Netter podał spostrzeżenie, tyczące się dziecka rocznego, u którego początkowo rozpoznano krzywicę, a później wykazano objawy tak zw gnilca dziecinnego czyli choroby Barlowa, (niedokrwewność, osłabienie kończyn dolnych, krwawienia podokostnowe, zapalenie jamy ustnej). Pięciodniowe leczenie dyetetyczne (sok mięsny, sok z pomarańczy, ziemniaki tłuczone i mleko przegotowane) usunęło prawie wszystkie objawy. Ponieważ poprzednio żywiono dziecko głównie mlekiem wyjałowionem, przeto nasuwa się pytanie, czy przyczyną choroby nie było używanie takiego mleka. Trudno jednak na to odpowiedzieć, ze względu na częstość użycia mleka wyjałowionego dla dzieci, a rzadkość choroby Barlowa. Le Gendre przypuszcza, iż choroba ta jest raczej przyrody zakaźnej, a pożywienie odgrywa całkiem podrzędną rolę. Comby przedstawił podobny przypadek, uważany początkowo za ostry gościec stawowy. Przyczynę choroby upatruje on w wyłącznem karmieniu dziecka mlekiem maternizowanem. W parę tygodni później Ausset wystąpił z krytyką poglądów Nettera i Combyego. Twierdzi on, że choroba Barlowa jest właściwie krzywicą krwotoczną *(rachitisme hémorrhagique)* opierając się na opisach Barlowa i innych autorów. Wobec tego nie można winić mleka wyjałowionego, które zdaniem Ausseta jest przeciwnie najlepszym środkiem przeciw chorobie Barlowa. Le Gendre zgadzając się z Aussetem oświadcza, że nie podobna w danych przypadkach odróżnić choroby Barlowa od krzywicy krwotocznej. Netter dowodzi, że Barlow pomieszał w swoich opisach kilka różnych chorób, a mianowicie: gnilec dziecinny, krzywicę, oraz krwotoczne zapalenie okostnej. Tymczasem w rzeczywistości gnilec dziecinny stanowi chorobę odrębną, znamienną przedewszystkiem przez swój szybki rozwój i przez łatwe i szybkie ustępowanie przy stósownem leczeniu. Na następnem posiedzeniu przedstawił Netter jeszcze 3 nowe przypadki gnilca dziecinnego, u dzieci, karmionych mlekiem wyjałowionem i maternizowanem. Ferrand podał spostrzeżenie krwotocznego zapalenia trzustki, dostrzeżonego w 10 miesiącu po urazie w okolicę nadpępkową. Od czasu urazu cierpiał chory na różne zaburzenia w narządzie trawienia: kolkę, wymioty, biegunkę lub zatwardzenie, w końcu silne bóle w okolicy nadpępkowej. Śmierć nastąpiła nagle. Przy sekcyi znaleziono w otrzewnej krwawy płyn, krezki nacieknie krwią, wreszcie powiększenie trzustki, wywołane przez naciek krwawy. Był to więc przypadek „udaru“ trzustki. Przytem w trzustce i w wątrobie znaleziono marskość. Ferrand szuka przyczyny choroby w pierwotnym urazie. Rendu jednak sądząc, że uraz był zbyt dawnym, odnosi przyczynę choroby raczej do zakrzepu jednej z żył trzustkowych, wywołanego przez marskość trzu-

stki. Danlos przytoczył 3 przypadki zaburzeń, wywołanych przez zażycie jodku potasowego. W pierwszym, po zażyciu 0,50 centigr. jodku jednego dnia i 1 gr. na drugi dzień, a w drugim po wstrzyknięciu tylko 0,20 centigr. nastąpiło silne obrzmienie gruczołów podżuchwowych; w trzecim przypadku, liszajowate zapalenie skóry, wywołane przez jodek potasowy, trwało 6 tygodni, choć natychmiast po jego wystąpieniu usunięto lekarstwo. Chantemesse i Millet opisali przypadek nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, w którym wykryli drobnoustroje, różniące się zarówno od pneumokoków, jak i od meningokoków wewnątrzkomórkowych Weichselbauma. Są to dwoinki (diplokoki) lancetowate, posiadające otoczkę i leżące zawsze poza komórkami, a barwiące się sposobem Grama i rosnące na pożywkach w sposób znamienny. — Jacquet i Sambon przedstawili chorego, który w 18 miesiącu życia uległ silnemu oparzeniu lewego ramienia. Obecnie chory przedstawia cały szereg zaburzeń neuro-troficznych, zwolna powstałych, jako to: zanik mięśni na twarzy, szyi i barku z lewej strony, oraz przykurczenie powięzi dłoniowej prawej. Przypadek ten potwierdza doświadczenia różnych autorów, dowodzące, iż zmiany, powstające w rdzeniu po urazach nerwów obwodowych, są tem wybitniejsze, w im młodszym wieku uraz zadziałał. (Dok. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 16 lutego 1899 r.

We środę dnia 15 b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak., na którem kol. Doc. Baurowicz przedstawił szereg chorych z kliniki laryngologicznej, a kol. Spira wyłożył rzecz: „O nerwobólu usznym".

— Walne Zgromadzenie Delegatów Towarz. lekarzy galicyjskich odbędzie się we Lwowie dnia 24 lutego 1899 w piątek, o godzinie 6-tej wieczorem, w domu Towarzystwa ul. Dominikańska L. 11, na dole.

* Odbieramy następujące pismo:

»Odpowiedź na zarzut, jakoby ś. p. prof. Rydel zeszedł ze świata bez śladów naukowej działalności.

W sprawozdaniu z otwarcia nowej kliniki okulistycznej w Krakowie, umieszczonem w »Wiadomościach bieżących« 49 numeru *Przeglądu lekarskiego* z r. 1898 czytamy między innemi następujący ustęp: »Budynek dotychczasowej kliniki, w którym nieodżałowany ś. p. Lucyan Rydel nauczał i pracował, nie posiadał żadnych warunków do rozwinięcia pracy naukowej; temu tylko zaiste należy przypisać, że taki człowiek, jak ś. p. Lucyan Rydel, obdarzony głęboką wiedzą, wielką zdolnością i szczerym zapałem, zeszedł ze świata bez śladów naukowej działalności«.

W mniemaniu, że to zdanie wkradło się tylko przez pomyłkę do sprawozdania, czekałem przez kilka tygodni cierpliwie, chociaż niestety daremnie, rychło też nastąpi sprostowanie. Wobec tego, że nie nastąpiło dotychczas, uważam za swój obowiązek, a sądzę, że mam też prawo do tego, jako były uczeń ś. p. prof. Rydla, zabrać głos w tej sprawie i wykazać, jak wysoce się to zdanie mija z rzeczywistością.

Nie będę mówił o jego zaletach, jako człowieka, o nieskazitelności i prawości charakteru, pieczołowitości i poświęceniu dla chorych, żelaznej wytrwałości w pełnieniu swoich obowiązków, boć wszyscy go pamiętamy i wielbimy takim, jakimeśmy Go znali, a kraj cały nauczył się cenić i błogosławić olbrzymie Jego pod tym względem zasługi, ale powiem słów kilka o ściśle naukowej Jego działalności.

Kto chociaż pobieżnie zna historyę rozwoju okulistyki polskiej [1]) w Uniwersytecie Jagiellońskiem, nie może tego nie wiedzieć, że ś. p. Rydel był pierwszym profesorem okulistyki w Krakowie, który stanął na wysokości współczesnej nauki. Objąwszy w październiku 1870 r. katedrę po prof. Sławikowskim, właściwie bez kliniki, gdyż tych 10 łóżek, mieszczących się w 3 szczupłych pokoikach, nie zasługiwały chyba na tę nazwę, zwrócił pierwsze swoje usiłowania w tym kierunku. Jego też niezmordowanej, a uczciwej i sumiennej pracy i Jego zapobiegliwości zawdzięcza Uniwersytet Jagielloński stworzenie pierwszej swej kliniki okulistycznej. A chociaż nie mogła być ona, z powodu nader szczupłych dotacyi, doskonałością pod względem urządzeń i obszaru, była jednak niewątpliwie na owe czasy wielkim krokiem naprzód. Bez przesady też można za Sroczyńskim powiedzieć, że „wszelkie niedostatki w zewnętrznych stosunkach zakładu równoważyło w dwójnasób pewne, charakterystyczne zacięcie i werwa pedagogiczna profesora", a nadto gorący zapał do pracy i nauki, nie opuszczający go do ostatnich chwil życia, zapał, który umiał także wszczepić i przelać w swoich asystentów i uczniów. To też zakład pod takim wodzem, stał się wkrótce nietylko źródłem, z którego setki lekarzy praktycznych czerpało obficie wiedzę — i to z takim skutkiem, że ogólny poziom wiedzy okulistycznej u ogółu lekarzy w naszym kraju odbija nader korzystnie od innych krajów Austryi, lecz także stał się ogniskiem ścisłej nauki, z którego wychodziły poważne, cenne a przedewszystkiem sumienne prace naukowe. Sam ś. p. prof. Rydel ogłosił drukiem 30 poważnych prac, których spis podaje Doc. Sroczyński w nekrologu drukowanym w 18-tym numerze »Przeglądu lekarskiego« z r. 1895. A są między niemi prace wprost pierwszorzędnej wartości naukowej, jako to: prace o operacyi zaćmy, o zaćmie warstwowej, o samoistnem wyjaśnianiu się zaćmy urazowej, albo też dotychczas obowiązujące wytłómaczenie »niektórych zjawisk jaskry ze stosunków anatomicznych i zasad fizyologicznych". Wszystko prace, o których nietylko wspominają, ale na które się powołują najpoważniejsi autorowie.

Nie podobna też w tem miejscu nie podnieść olbrzymich zasług prof. Rydla około polskiego słownictwa okulistycznego, — nad czem niema potrzeby dłużej się rozwodzić, bo wszyscy je znają.

Zdaje się, że to wcale pokaźny »ślad« naukowej działalności.

Ale nie koniec na tem; ś. p. prof. Rydel, jeden z najpoważniejszych i najdzielniejszych dydaktów, stworzył u nas i pozostawił po sobie szkołę, której naturalnie przed nim wcale nie było, pozostawił cały zastęp swoich byłych asystentów, którzy słusznie »z chlubą noszą nazwisko uczniów ś. p. prof. Rydla« [2]). Najstarszy dr. Józef Kilarski dobrze się zasłużył, jako długoletni prymaryusz oddziału ocznego kraj. szpitala powszechnego we Lwowie, z innych: prof. dr. Machek, Doc. dr. Sroczyński, dr. Wurst (obecnie lekarz pow. w Kałuszu) dr. Marcisiewicz, dr. Langie, zajmują wybitne i najwybitniejsze stanowiska w naszym świecie okulistycznym i naukowym, a każdy z nich ogłosił w czasie pobytu na klinice Rydla szereg poważnych prac okulistycznych.

Doprawdy, jeśli się to wszystko zważy, niepodobna zrozumieć, przez jaką nieszczęsną pomyłkę mógł się wkraść taki zarzut, uwłaczający pamięci jednego z najzasłużeńszych — i to właśnie w sprawozdaniu z otwarcia tej kliniki, której obmyślenie i powstanie było ostatnią i wielką zasługą ś. p. prof. Rydla?

Niechajże mi wolno będzie, oddając cześć pamięci rzeczywiście nieodżałowanego profesora, wyrazić na tem miejscu życzenie, aby w interesie polskiej nauki wielu znalazło się takich, którzyby dorównali Mu pod względem stanowiska naukowego, jakie zajmował swojego czasu, pod względem dydaktycznym i aby wydali tylu zasłużonych uczniów, co ś. p. prof. Rydel.

We Lwowie w styczniu 1898 r.

Dr. Adam Szulisławski."

Wysokie przymioty umysłu i serca ś. p. prof. Rydla, jego zasługi nauczycielskie i naukowe, o których wspomina w wyżej przytoczonym liście Dr. Szulisławski, nie tylko nie ulegają zaprzeczeniu, lecz pomimo, że bieg czasu oddala od nas tę wzniosłą postać, są one żywo odczuwane i powszechnie uznawane. Ktokolwiek zetknął się na jakiemkolwiek polu z nieodżałowanym profesorem, przyznać musi charakterystyce jego, podanej przez Dr. Sz., niezaprzeczoną słuszność.

Nie innego też zdania był i jest prof. Wicherkiewicz, o którego przemówienie podczas uroczystego otwarcia kliniki okulistycznej w Krakowie chodzi Dr. Szulisławskiemu. Mając na oku nie ocenę samoistnej twórczości naukowej swych poprzedników, lecz udział ich w rozwoju zakładu kliniki okulistycznej i zaznaczywszy, że i w czasach śp. prof. Rydla nie było w klinice okulistycznej warunków do pracy naukowej, powiedział prof. Wicherkiewicz, o ile zapamiętał sprawozdawca, że nawet „taki człowiek, jak śp. prof. Lucyan Rydel, obdarzony głęboką wiedzą, wielką zdolnością i szczerym zapałem, zeszedł bez wybitniejszych śladów naukowej działalności". Wyraz wybitniejszych,

[1]) Księga jubileuszowa Szokalskiego. Warszawa 1884.

[2]) Sroczyński. Przegl. lek. Nr. 18, r. 1895.

wypowiedziany przez prof. Wicherkiewicza, opuszczony został w druku. Brak tego wyrazu był może przyczyną, że treść notatki zrozumiał Dr. Szulisławski na swój sposób i uważał za stósowne wystąpić publicznie z przytoczonem wyżej pismem. A jednak nawet bez tego wyrazu całość notatki tłómaczyła się chyba dość jasno, skoro żaden z czytelników »Przeglądu« nie dopatrzył w niej dotychczas żadnego uchybienia pamięci nieodżałowanego prof. Rydla i nie wystąpił ze sprostowaniem; ubolewać należy, że Dr. Szulisławski zrozumiał notatkę właśnie inaczej i nie uwzględniając całości, oparł swoje sprostowanie na jednem, luźnie z niej wyjętem zdaniu.

W dalszym ciągu swej mowy, ogłoszonej w osobnej broszurce, powiada prof. Wicherkiewicz: »Nowa klinika, której budowa w ostatnich latach była postanowioną, planowaną, stała się przedmiotem marzeń, którym się mój Szanowny poprzednik z lubością oddawał w nadziei, że jednak przecież kiedyś przyjdzie mu działać w dogodniejszym i stosowniejszym zakładzie. I plany sam kreślił i z przyjaciołmi o tem mówił często, ale urzeczywistnienie budowy odkładano i nie było danem prof. Rydlowi doczekać się celu swych dążeń i zabiegów; legł on w uczciwej pracy, jako dzielny lekarz, znakomity i poważany nauczyciel, kochany kolega«. Słowa te świadczą ile ma prof. Wicherkiewicz czci i uznania dla działalności ś. p. prof. Rydla i jak zbędną jest z tej strony wszelka obrona pamięci i zasług nieodżałowanego profesora.

Dr. Szulisławski mówi w swym liście o charakterze ś. p. prof. Rydla i o doniosłości jego pedagogicznego działania; ta część listu Dra Sz. nie należy zupełnie do rzeczy, jako dotykająca sprawy, nie poruszonej w zaczepionem sprawozdaniu kronikarskiem. Gdyby kto czytał list Dra Sz., a nie znał wspomnianego sprawozdania, mógłby nabrać podejrzenia, że w niem analizowano i te strony życia ś. p. prof. Rydla. Sądy o tym nieskazitelnym człowieku i gorliwym nauczycielu wydali we właściwym czasie biografowie[1]) zmarłego przed 3 laty profesora; stoi On dziś ponad wyrokami ludzkimi. Tę więc część listu Dra Szulisławskiego pozostawiamy bez odpowiedzi, jako dla nas w całości bezprzedmiotową, wypływającą z niezrozumiałych zgoła motywów i wykraczającą z granic niezbędnej w polemice ścisłości.

Tym sposobem uważamy sprawę, poruszoną przez Dra Szulisławskiego, za wyczerpująco wyjaśnioną a tem samem ostatecznie zamkniętą.

— Zapatrywania obecne na surowicę przeciwbłoniczą opierają się wprawdzie na spostrzeżeniach bardzo licznych, posiadających jednak tę wadę, że pochodzą z różnych źródeł i stąd też bardzo nierówną posiadając wartość, z trudnością nadają się do wysnucia szczegółowych wniosków. Tem chętniej dzielimy się z czytelnikami wiadomością, że prof. Jakubowski w najbliższym czasie umieści w „Przeglądzie lekarskim" pogląd na leczenie surowicą przeciwbłoniczą, oparty na materyale jednolitym, pochodzącym wyłącznie ze szpitala św. Ludwika w Krakowie, a bardzo poważnym, gdyż dosięgającym właśnie tysiąca spostrzeżeń. Tysiączny przypadek dotyczył 15-miesięcznej dziewczynki, Wiktoryi Domagała, którą w dniu 6-go b. m. przywieziono do szpitala po sześciu dniach choroby, z rozległymi nalotami błoniczymi na migdałkach, języczku i błonie śluzowej nosa. Uwzględniając złe warunki i niepewne rokowanie, wstrzyknięto odrazu 2000 jednostek uodporniających surowicy (z zakładu higienicznego prof. Bujwida w Krakowie), a następnie w ciągu tygodnia jeszcze trzykrotnie po tysiąc jednostek. Ten w swoim rodzaju „jubileuszowy" przypadek przebiegał dzięki energicznemu leczeniu pomyślnie i rekonwalescentka opuszcza szpital po 10 dniach pobytu, obdarzona przez Dyrektora szpitala odzieżą i „pamiątkowym" dukatem.

Λ Ministerstwo Wyznań i Oświecenia reskryptem z dnia 22-go Grudnia 1898 L. 29071 zatwierdziło plany i kosztorysy na budowę nowej kliniki chorób wewnętrznych w Uniw. Jag. i przeznaczyło na ten cel kwotę 202.500 złr., z której 164.500 złr. przypada na budowę pawilonu klinicznego i pawilonu dla chorób zakaźnych, zaś 38.000 złr na urządzenie wewnętrzne obydwu budynków. Na ogrodzenie, założenie ogrodu i uporządkowanie placu budowlanego przeznaczoną będzie później odpowiednia suma. Koszta budowy zostały więc zmniejszone przez Ministerstwo o 26.000 złr w porównaniu z pierwotnym kosztorysem wypracowanym przez c. k. Radcę Budownictwa JW. Pana Saarego na podstawie projektu obecnego kierownika kliniki lek. Radcy Dworu Prof. Dr. Korczyńskiego, popartego przez Wydział lekarski. Budowa rozpocznie się natychmiast, skoro tylko grunt pod budowę oddany zostanie Rządowi przez Wydział krajowy. Nowa klinika chorób wewn. stanie bowiem na gruncie szpitalnym w sąsiedztwie pawilonu szpitalnego dla chorób wewnętrznych na obszernym gruncie, który Wysoki Sejm krajowy Rządowi pod budowę kliniki bezpłatnie ustąpił. Jeżeli nie zajdzie jakaś nieprzewidziana przeszkoda, to nowa klinika wykończoną zostanie na jesień 1900 roku. W ten sposób tyloletnie starania Władz Uniwersyteckich i obecnego kierownika kliniki chorób wewn. zbliżają się do urzeczywistnienia, a tylokrotnie przy budowie gmachów uniwersyteckich stwierdzona energia, talent i poświęcenie c. k. Radcy budownictwa JW. Pana Saarego będą najlepszą rękojmią, że i ten nowy gmach odpowiadać będzie wszelkim wymogom spółczesnego budownictwa zakładów klinicznych.

[1]) a między nimi prof. Wicherkiewicz w »Nowinach lekarskich«.

— »Gazeta lekarska« donosi, że między kandydatami na wakującą katedrę dermatologii w Uniw. warsz. figurują koll. Elsenberg i Watraszewski.

— Towarzystwo lek. lubelskie, istniejące 24 lat, liczyło w roku 1897/8 członków czynnych 35, towarzystwo łódzkie — 54 (i 4 korespondentów), — towarzystwo kaliskie — 21 (5). —

— Asystentom uniwersytetów austryackich podwyższono wynagrodzenie roczne na 700 złr.

— Konkurs Unny na temat: „Zbadać, czy i o ile wszystkie swoiste sposoby barwienia elastiny barwią także elacinę" nie wydał w roku zeszłym pożądanego wyniku; dlatego w r. b. rozpisuje go Unna ponownie, podnosząc nagrodę do 900 M. Prace z zachowaniem zwykłych form konkursowych przesyłać należy do dnia 1-go grudnia 1899 pod adresem księgarni nakładowej L. Vossa w Hamburgu, Hohe Bleichen 34. Sąd konkursowy składają: Prof. Hoyer (Warszawa), Krause (Berlin) i Stöhr (Würzburg). — Udział w konkursie nieograniczony. — Objaśnienia, dotyczące zadania konkursowego, zawierają czasopisma dermatologiczne.

Mianowania. Profesorowie nadzwyczajni: Dr. O. Bujwid (Kraków), Dr. Kabrhel (Praga) i Dr. Prausnitz (Graz) mianowani zwyczajnymi profesorami higieny; — Doc. Dr. Enderlen profesorem nadzw. chirurgii w Marburgu; Doc. Dr. Combe profesorem nadzw. pedyatryi w Lozannie. Dr. T. Carbone prof. nadzw. anatomii patol. w Modenie.

— Znany prof. Snellen zamierza ustąpić z katedry okulistyki w Utrechcie.

Zmarli: Radca dworu Dr. Maschka, emerytowany profesor medycyny sądowej w Pradze, autor wielu znakomitych prac na tem polu; znany jest zwłaszcza jego podręcznik i zbiór orzeczeń, obfitujący w ciekawe spostrzeżenia. Prof. K. Schoenlein ze stacyi zoologicznej w Neapolu, niegdyś docent fizyologii w Halle i Würzburgu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 6: Dzierzgowski S.: Przyczynek do nauki o dezynfekcyi mieszkań. Dr. Kossakowski Wł.: Rumień lombardzki. (c. d.). W *Medycynie* Nr 6: Neugebauer: Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalij zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. Marcinkowski: Przyczynek do nauki o przepuklinach ściany brzucha. M. Kraushar: Kilka słów o krzywicy w Warszawie. W *Kronice Lekarskiej* Zeszyt 3: Seidemann: Operacyjne leczenie silnego krótkowidztwa. Dr. O. Hewelke: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych (dok.). W *Czasopiśmie lekarskiem* (Łódź) Zeszyt 2: Dr. B. Handelsmann: Mięsak śródpiersia przedniego. Dr. K. Ciągliński: Kilka słów o »śwince«. Dr. A. Troczewski. Przyczynek do leczenia przepuklin pachwinowych według sposobu Bassiniego (dok.). Dr. A. Wojnicz: Dwa przypadki zboczenia w rozwoju macicy. W *Zdrowiu* Nr. 2: Merecki: Niedosyt powietrza w Królestwie Polskiem, w zachodnich gubernijach cesarstwa i w Galicyi. Dr. Polak J.: Poszukiwania nad brukiem drewnianym.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ołtuszewski: 1) Psychologia oraz filozofia mowy Warszawa 1899. 2) O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryi zboczeń mowy. Warszawa 1898. Odbitka. 3) Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Warszawa 1898. Odbitka.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki**

L. 5791/99.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państw. z siedzibą *w Tarnowie* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Tarnowie przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 59·3 do kilometra 93·4 na linii Kraków-Podwołoczyska i od kilometra 0·0 do kilometra 0·47 na linii Tarnów-Orło, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Biadoliny, Bogumiłowice, Tarnów i Wola Rzędzińska. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jako też wykonania innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 800 złr. i 120 złr. ryczałtu na dorożki rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 maja 1899 r.

Kraków, dnia 7 lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 4545/90.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą *w Węgierskiej Górce* lub też ewentualnie *w Milówce* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Węgierskiej Górce przydzielona jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 28·0 na linii Zwardoń-Nowy Sącz, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Zwardoń, Sól, Raycza, Milówka i Węgierska Górka. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków Kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdującycb, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich', dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 600 złr. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgać można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od dnia 1-go kwietnia 1899 roku.

Kraków, dnia 6-go lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Lutego 1899. Nr. 8.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowiecz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Lutego 1899. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

TABLICA VIII.

Wgłobienie przewlekłe. ***Invaginatio chronica.*** **Przypadków 9.**

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
100	Antonina Wójcik, l. 29.	7 dni	Stan dobry. Nudności. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. W okolicy kątnicy charakterystyczny guz. Ruchy jelit wybitne.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Dość znaczny obrzęk części wgłobionej.	*Invagin. ileo-colica.*	*Sanat.* w 4 tygodnie.	W przebiegu pooperacyjnym zapalenie płuc.
101	Józef Kozobudzki, l. 47.	6 dni	Stan dobry. Wymioty raz tylko. Bóle napadowe. Wzdęcie brzucha mierne. Guz poprzeczny, charakterystyczny. Ruch jelit wybitny.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Obrzęk części wgłobionej a zwłaszcza kątnicy.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	
102	Wiktorya Pająkowska, l. 42.	8 dni	Stan dobry. Nudności. Bóle silne napadowe. Wzdęcie małe. Guz charakterystyczny. Stawianie się guza wśród bólów obok ruchów jelit.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Kątnica, stanowiąca szczyt wgłobienia, znacznie obrzękła.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 5 tygodni.	W 6 godzin po operacyi obfite stolce, zmieszane z krwią, utrzymujące się przez 4 dni.
103*	Mojżesz Buchsbaum,	35 dni	Wymioty. Bóle b. silne napadowe. Wzdęcie mierne. Guz wielkości pięści po stronie lewej.	*Invag.*	*Desinvag.*	Blisko połowa jelit cienkich wraz z kątnicą wtłoczona do grubych.	*Invag. ileo-coec.*	*Mors* w 4 dni.	Bóle po operacyi ustąpiły.
104	Teodor Koziarz, l. 56.	70 dni	Stan dość dobry. Stolce co kilka dni ze śluzem. Bóle napadowe b. silne. Wzdęcie mierne. Pod łukiem żebrowym lewym guz wielkości główki noworodka. Stawianie się guza obok ruchów jelit.	*Invag.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Dość znaczny obrzęk części wgłobionej.	*Invag. ileo-coec.* aż do *flex. lienal.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	
105	Franciszek Zabawa, l. 22.	90 dni	Znaczne wynędznienie. Przez cały czas biegunka, w stolcach śluz i krew. Bóle b. silne napadowe. Wymioty z początku choroby. Wzdęcie mierne. Guz charakterystyczny od zatoki biodrowej prawej do lewej nad pępkiem. Stawianie się guza obok ruchu jelit.	*Invag. ileo-coec.*	Po nieudałych próbach odprowadzenia *Implantatio ilei in flexur. sigmoideam.* W 3 miesiące później *resectio invaginationis* t. j. około 1 m.	Wgłobienie sięga aż do kiszki esowatej. Przy następnej operacyi zgorzel szczytu wgłobienia i znaczne zrosty między częścią wgłobioną a pochwą.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.*	Operacya dwuczasowa z powodu znacznego osłabienia.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
106	Klemens Salonek, l. 35.	63 dni	Stan mierny. Nudności. Stolce co kilka dni. Bóle napadowe b. silne. Wzdęcie mierne. Poprzeczny guz nad pępkiem. Ruch jelit wybitny.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Obrzęk części wgłobionej. Szczyt wgłobienia tj. kątnica okazuje jakby owrzodzenie.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 8 tyg.	Wytworzenie się przetoki kałowej w kątnicy; przetokę zaszyto. Wyleczenie zupełne.
107	Agnieszka Włoch, l. 40.	60 dni	Stan dobry. Co kilka dni stolec, czasami z krwią. Nudności. Silne bóle napadowo. Wzdęcia niema. Charakterystyczny guz poprzeczny tuż nad spojeniem łonowem. Ruch jelit wzmożony.	*Invag. ileo-coec. chronica.*	*Resectio int. ilei, coeci, coli ascendentis, transversi nec non descendentis.* Worek Mikulicza.	Zrosty między częścią wgłobioną a pochwą. Zgorzel szczytu wgłobienia.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Sanat.* w 4 tyg.	
108	Wojciech Szczurek, l. 17.	90 dni	Znaczne wynędznienie. Czasami zaparcie, to znów rozwolnienie. Bóle silne napadowe. Wzdęcie mierne. Guz od zatoki biodrowej prawej do łuku żebrowego prawego. Ruchy jelit wybitne.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Desinvag. resectio coeci.* Worek Mikulicza.	Znaczny obrzęk jelita biodr. i ślepego. Jelito ślepe zgorzelinowe.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Sanat.*	

Wgłobienie przewlekłe mieliśmy sposobność spostrzegać od 6, 7 względnie 8 aż do 90 dnia choroby. Przypadki 100, 101 i 102 (czas choroby 6, 7 i 8 dni) zaliczam do przewlekłych ze względu na przebieg kliniczny, jak i stosunki anatomiczne, znalezione wśród operacyi, a nie wykazujące znaczniejszych zaburzeń w krążeniu, pochodzących z uciśnięcia krezki.

Początek choroby u ludzi, dotychczas zdrowych, był dość nagły. Pierwszym objawem był silny ból, napadowo występujący stale w jednem miejscu. Bóle początkowo częste, później pojawiają się w dłuższych odstępach, nie tracą jednak nic na sile. Wymioty wystąpiły tylko w 3 przypadkach i to albo jednorazowo, albo kilkakrotnie z dłuższemi przerwami; u 4 chorych były tylko nudności, w pozostałych zaś 2 przypadkach nie pojawiły się ani nudności, ani wymioty. W żadnym z tych przypadków nie było zupełnego zatrzymania stolca i wiatrów, a tylko stosownie do zwężenia światła jelita raz pojawiało się zatwardzenie, to znów biegunka. 3 razy ze stolcem odchodziły śluz i krew. Stan ogólny chorych, początkowo zupełnie dobry, podupadł i pogarszał się odpowiednio do przewlekania się cierpienia.

Badanie brzucha wykazywało we wszystkich przypadkach prawie zupełny brak wzdęcia. Wśród bólów pojawiały się napadowo gwałtowne ruchy robaczkowe jelit, które wogóle były wybitniejsze, niż w przypadkach ostrych. Brzuch był niebolesny, a zawsze można było wybadać charakterystyczny guz. Rozpoznanie wgłobienia i to wgłobienia przewlekłego nie napotykało też u nas na żadne trudności.

Co do rodzaju wgłobienia, to 8 razy spotkaliśmy się z *invaginatio ileo-coecalis* a raz (100) z *ileo-colica*. Zmiany anatomo-patologiczne polegały w pierwszym rzędzie na znacznym obrzęku części wgłobionej; 2 razy (105 i 107) wytworzyły się silne zrosty pomiędzy pochwą a częścią wgłobioną; w 4 przypadkach (105, 106, 107 i 108) powstała zgorzel szczytu wgłobienia. Powyżej wgłobienia ściana jelita przerastała.

Leczenie polegało na zabiegu krwawym. W pierwszym rzędzie starano się po otwarciu jamy brzusznej odprowadzić wgłobienie, co się też powiodło 6 razy (100, 101, 102, 103, 104, 106) z większemi lub mniejszemi trudnościami, zależnemi głównie od obrzęku części wgłobionej. Czas trwania choroby w tych przypadkach wynosił 6, 7, 8, 35, 63, 70 dni.

W przypadkach *invaginatio ileo-coecalis*, w których ściana kątnicy z ujściem wyrostka robaczkowego stanowiła szczyt wgłobienia, zauważono przy odprowadzaniu dążność jej do natychmiastowego wpuklania się, co naturalnie musi usposabiać do nawrotu, jeżeli istnieją, dokładnie dotychczas nam nieznane, warunki powstawania wgłobienia. Toteż, aby temu zapobiedz, a z drugiej strony aby wykluczyć z jamy brzusznej niezupełnie zdrową ścianę jelita (106, w którym wytworzyła się po pewnym czasie przetoka kałowa) wszyto 5 razy (100, 101, 102, 104, 106) ścianę jelita, stanowiącą szczyt wgłobienia, w ranę brzuszną. Z tych 6 chorych 1 umarł (brak sekcyi), co stanowi 83·3% wyzdrowień. W przypadku 108 musiano po odprowadzeniu wgłobienia wyciąć kątnicę z powodu zgorzeli. W przypadku 105 z powodu, że chory był nadzwyczaj wyniszczony, a odprowadzenie się nie powiodło, postąpiono dwuczasowo, a mianowicie najpierw połączono jelito, leżące powyżej wgłobienia, z kiszką, położoną poniżej wgłobienia, a dopiero w 3 miesiące później, kiedy stan chorego znacznie się poprawił, wycięto całe wgłobienie. Wreszcie w przypadku 107 wycięto odrazu całe wgłobienie, czyli część jelita biodrowego, kątnicę, kiszkę wstępującą, poprzeczną i zstępującą. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie tak, że ogólnie odsetek wyleczenia wgłobienia przewlekłego wynosi w naszem zestawieniu 88·8%.

Na podstawie przeto tego musimy wypowiedzieć zdanie, że i w przypadkach wgłobienia przewlekłego powinniśmy

nie zwlekając przystąpić do operacyi, gdyż jedynie przez odprowadzenie wgłobienia możemy doprowadzić ustrój *ad integrum*, a jakkolwiek odprowadzenie udaje się i po dłuższym czasie, to jednakowoż jest ono wtedy znacznie trudniejsze; z drugiej zaś strony nie mając żadnej pewności, kiedy wystąpią zmiany w odżywieniu jelita, przez wyczekiwanie narażamy tylko chorego na znacznie cięższy zabieg. Postępowaniu zaś bezkrwawemu ufać nie możemy, uprzytomniwszy sobie wszystkie trudności istniejące przy bezpośredniem nawet odprowadzaniu, a powtóre ze względu na łatwość nawrotu. Zasady więc nasze, któremiśmy się kierowali, są prawie w zupełnej zgodzie z zapatrywaniami Rydygiera z wyjątkiem tylko zastosowania enteroanastomozy, którą Obaliński słusznie uważał za wskazaną w przypadkach znacznego upadku sił, jako zabieg względnie łagodny a stwarzający korzystne warunki dla podniesienia sił chorego i przygotowania ustroju do znacznie cięższego zabiegu, jakim jest wycięcie jelita.

TABLICA IX.

Zagięcie kątowate. *Infractio.* Przypadków 10.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
109*	Antonina Nowakowska, l. 19.	20 dni	Przebyła dawniej dur brzuszny. Wymioty kałowe, silne bóle. Wzdęcie duże jednostajne.	*Strictura ex ulcere post typh.*	*Lysis.*	Blizna kolista, z jednej strony przyrośnięta taśmą do ściany brzusznej.	*Infractio angular.*	*Sanat.*	
110*	Rozalia Ibrzycka, l. 60.	2 dni	Od 3 tygodni dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Przepuklina wolna. Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Wybitne ruchy jelit.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Kątowate przyrośnięcie jelita do wewnętrznego pierścienia przepukliny.	*Infractio angul.*	*Sanat.*	
111*	Sara Kirsch, l. 49.	6 dni	Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie duże. Torbiel jajnika wielkości głowy dorosłego człowieka.	*Infractio intest. ad Kystoma ovarii.*	*Ovariotomia. Lysis.*	Torbiel jajnika lewego skręcony. Przyrośnięcie i zagięcie jelita.	*Infractio angularis intest. ad Kystoma ovarii tors.*	*Sanat.*	
112*	Piotr Tamilin, l. 33.	Kilka tygod.	Wymioty co kilka dni. Bóle napadowe.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Sieć przyrośnięta do jelita zagiętego.	*Infractio angular.*	*Mors* w 9 dni.	Wskutek silnego kaszlu rozstąpienie się powłok brzusznych. *Peritonitis.*
113	Jakób Bernadzik, l. 24.	4 dni	Stan lichy. Wymioty kałowe. Bóle napad. Wzdęcie mierne. Nad talerzem biodrow. prawym większa wypukłość. Ruch jelit wybitny.	*Infractio intest.*	*Enteroanastomosis.*	Pętla jelita biodr. pozrastana i w 2 miejscach zagięta. Powyżej i sama pętla rozdęta.	*Infractio angul.*	*Mors* w 24 godzin.	
114	Agnieszka Uroda, l. 30.	5 dni	Wymioty częste. Bóle napadowe obok stałego bólu nad talerzem biodrow. praw. Wzdęcie mierne; nad talerzem biodr. praw. większa wypukłość. Wybitny ruch jelit.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Końcowa część jelita biodrowego zagięta przez postronek.	*Infractio angular.*	*Sanat.*	
115	Marya Zając, l. 50.	10 godzin	Przed 2 dniami *herniotomia* i *resectio intest.* Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Pętle zarysowane poprzecznie. Silny ruch jelit.	*Infractio intest.*	*Lysis. Enterotom.*	Jelito cienkie zaczerwienione, rozdęte. W miejscu szwu jelitowego zagięcie kątowe. Poniżej jelito zapadłe.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
116	Józef Gross, l. 30.	3 dni	Wymioty częste. Bóle napadowe głównie w dolnej części brzucha. Znaczne wzdęcie, głównie w dolnej części brzucha. Pętle jelita poprzecznie zarysowane. Ruch jelit.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Jelito biodrowe tuż przy przejściu w kątnicę zagięte kątowato przez postronek przyrośnięty w okolicy kanału udowego praw. Jelito powyżej zagięcia przekrwione, znacznie rozdęte.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	
117	Marya Wójcik, l. 65.	24 godzin	Zapad. Wymioty częste. Silne bóle napad. Wzdęcie mierne. Wybitny ruch robaczkowy.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Jelito cienkie zagięte kątowato z powodu zrostu z torbielem jajnikowym.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	
118	Bronisława Sarna, l. 32.	2 dni	Przed 2 dniami *gastroenterostomia* z powodu raka żołądka. Zapad. Od 24 godzin wymioty kałowe. Bóle ciągłe. Wzdęcie w górnej części brzucha.	Niedrożność części odprowadzającej.	*Lysis.*	Jelito czcze na 20 cm. od przetoki żołądkowo-jelitowej zagięte kątowato przez sieć.	*Infractio int. jejuni.*	*Sanat.*	

Zagięcie kątowate jelit występowało głównie w wieku średnim t. j. pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Chorobę tę mieliśmy sposobność spostrzegać od jej wystąpienia aż do 20 dnia. Przebieg bywał względnie łagodny. 2 razy poprzedziły niedrożność przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, a 2 razy operacye w zakresie jamy brzusznej. Wymioty bywały zazwyczaj częste, a 3 razy (109, 113, 118) kałowe i to po 2, 4 i 20 dniach choroby. Pomiędzy tymi przypadkami należy podkreślić przypadek 118, w którym na drugi dzień po wykonaniu gastroenterostomii z powodu raka żołądka pojawiły się typowe wymioty kałowe. Po otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że przeszkoda tkwiła w ramieniu odprowadzającem pętli połączonej z żołądkiem mniej więcej na 20 cm. poniżej przetoki żołądkowo-jelitowej. W miejscu tem istniało zagięcie jelita czczego z powodu zlepu z siecią. Żołądek i jelito czcze powyżej zagięcia były bardzo znacznie rozdęte.

W przypadkach naszych bóle występowały przeważnie napadowo. Wzdęcie, zazwyczaj miernego stopnia, 4 razy było niejednostajne, a raz pętle jelitowe silnie zarysowały się przez powłoki brzuszne. Ruch robaczkowy spostrzegaliśmy 6 razy. Raz ruchu nie było, a w 3 przypadkach brak dokładnych zapisków. W powstawaniu tej postaci zamknięcia jelita ważną rolę odgrywa zapalenie otrzewnej, które daje powód do wytworzenia się nieprawidłowych zrostów jelita ze ścianą brzuszną, z siecią, z innym odcinkiem jelita, lub wreszcie z innymi narządami jamy brzusznej. Tłomaczy to nam też częstość tej postaci niedrożności jelit u kobiet, na które przypada wedle naszego zestawienia 70%.

Zabieg leczniczy polega w pierwszym rzędzie na usunięciu zrostów, względnie zlepów, i wyprostowaniu zgiętego jelita. W jednym przypadku (113) zagięcia z powodu zrostów między ramionami pętli założono u jej podstawy przetokę międzyjelitową *(entero-anastomosis)*. Wynik leczenia przedstawia się korzystnie, gdyż osiągnęliśmy 80% wyleczeń.

TABLICA X.

Rozległe zrosty. *Accretiones diffusae.* Przypadków 7.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania operacyi	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
119*	Rozalia Schuster, l. 63.	8 dni	Czerwonka przed 30 laty. Stan lichy. Wymioty ciągłe. Bóle silne. Wzdęcie balonowate.	*Occlusio mechan.*	*Resectio intest. ilei et crassi*	Zrosty między kątnicą a kiszką esowatą. Zgorzel kiszki esowatej.	*Accretiones diffus. intest.*	*Mors* w kilka godzin.	*Peritonitis.*
120*	Magdalena Banasik, l. 70.	14 dni	Przebyła dawniej dur brzuszny. Stan mierny. Bóle silne. Wzdęcie kuliste. Ruchy jelit wybitne.	*Cicatrix post ulcus typh.*	*Lysis.*	Dolna część jelita biodrowego ze ścianą brzuszną i między sobą pozrastana. Powyżej jelito rozdęte.	*Accretion. diffus.*	*Mors* w 24 godzin.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
121*	Anna Liszkiewicz, l. 29.	8 dni	Przed 3 laty jakaś choroba brzuszna. Stan dobry. Wymioty i czkawka. Silne bóle. Wzdęcie mierne, kuliste.	*Accretion. diffus.*	*Lysis.*	Jelito czcze, biodrowe i poprzecznica taśmami pozrastane.	*Accretiones diffus.*	*Sanata* w 21 dni.	
122*	Elżbieta Janotka, l. 33.	4 dni	Przed 6 tygodniami resekcya jelita. Stan dość dobry. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie kuliste. Ruchy jelit wybitne.	*Accretiones diffus.*	*Resectio intest. Entero-rhaphia.*	Jelito w miejscu dawnej resekcyi zrośnięte w kłębek ze sobą, z siecią i ze ścianą.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 20 godzin.	
123*	Małgorzata Krawczyk, l. 60.	6 dni	Przed 40 laty dur brzuszny, przed 20 ropa pępkiem. Stan dość dobry. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie kuliste. Ruchy wybitne.	*Accretiones diffus.*	*Lysis.*	Bardzo wiele zrostów między jelitami i ze ścianą brzuszną.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 3 dni.	
124*	Jan Krzyszczyniak, l. 3.	28 dni	Stan lichy. Wymioty częste. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	?	*Enterostom.*	Tak znaczne zrosty między jelitami i ze ścianą brzuszną, że o uwolnieniu nie było mowy.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 5 godz.	
125	Wojciech Jeleń, l. 30.	5 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle znaczne napadowe. Wzdęcie niejednostajne, pętlę jelit zarysowane. Ruch wybitny.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Znaczne zrosty między pętlami jelita biodrowego, pozaginanego i znacznie rozdętego.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 36 godz.	

Rozległe zrosty stanowią właściwie tę samą postać niedrożności, co i zgięcie kątowate, różnica jest jedynie ilościowa. To też w głównych zarysach da się o tej postaci zamknięcia jelita to samo powiedzieć, co o zagięciu kątowatem, zwłaszcza co do przyczyny powstawania.

Choroba trwała średnio dni dziesięć, a dotyczyła 5 kobiet, a 2 mężczyzn. Wymioty były częste, a 2 razy kałowe. Bóle bywały silne, napadowe. Wzdęcie znacznego zazwyczaj stopnia, 5 razy było niejednostajne. Ruchy robaczkowe pojawiły się bardzo wybitnie w 4 przypadkach. Zrosty najczęściej zajmowały jelita na znacznej przestrzeni, zbijając je w kłębek tak, że mieliśmy właściwie do czynienia z całym szeregiem kątowatych zagięć. Z powodu, że powyżej każdej przeszkody wytworzyć się może wzdęcie zastoinowe, możemy otrzymać niekiedy obraz, przybierający postać wzdęcia miejscowego, coby nas oczywiście łatwo mogło sprowadzić z właściwej drogi, wiodącej do ścisłego rozpoznania.

W jednym przypadku z powodu nadmiernego rozdęcia powstała zgorzel jelita i zapalenie otrzewnej.

Operacya wobec rozległych zrostów jest bardzo trudną, już choćby ze względu na trudności w dokładnem ocenieniu stosunków anatomicznych.

Zdołano usunąć zrosty i w ten sposób przywrócić drożność 4 razy. Raz musiano pozrastaną pętlę wyciąć, raz zaś zadowolnić się założeniem przetoki kałowej. W przypadku zgorzeli jelita usunięto część zgorzelinową. Wszystkie te 3 przypadki zakończyły się niepomyślnie. Wogóle wynik przedstawia się nadzwyczaj smutnie, zdołaliśmy bowiem osiągnąć wyleczenie tylko w jednym przypadku t. j. 14·28%.

(C. d. n.).

II. O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju.

Podał

Prof. Dr. Mars.

(Wykład wstępny przy otwarciu kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899).

(Dokończenie).

Ponieważ ludność Galicyi jest trzy razy liczniejsza, niż na Morawach, będę zatem tę okoliczność uwzględniał w obliczeniach.

Na Morawach w roku 1895 odbyło się 89.068 porodów, z tych 97·34% przy pomocy akuszerek egzaminowanych, zatem tylko **2·66**% bez takiej pomocy.

W Galicyi w roku 1896 odbyło się 322.010 porodów, z tych zaledwo 19·4% odbyło się przy pomocy akuszerek egzaminowanych, zatem **80·6**% bez takiej pomocy.

Najniekorzystniej na Morawach przedstawia się powiat Neustadl, gdzie tylko 81·39% porodów odbyło się przy pomocy akuszerek egzaminowanych, a 18·61% bez tej pomocy.

Najniekorzystniej w Galicyi przedstawia się Turka, gdzie 1·8% porodów odbyło się przy pomocy akuszerek egzaminowanych, a 98·2% bez tej pomocy. Stosunek taki istnieje w Europie tylko w głębokiej Rosyi. Prócz Turki, w 16 powiatach odbywa się przy pomocy akuszerek mniej, niż 10% porodów, a między tymi w dwu powiatach, t. j. w strzyżowskim i limanowskim, niżej 5% porodów.

Jakie to ma znaczenie? bardzo wielkie.

Każdy z Panów, chociaż nie słuchał wykładów położnictwa, wie, że tylko nadzwyczajna czystość we wszystkiem, co wchodzi podczas porodu w zetknięcie z częściami rodnemi kobiecemi, zapewnia pomyślny przebieg połogu i powrót do stanu prawidłowego po porodzie.

Ustawy dla akuszerek pod karami przepisują ściśle: jak się akuszerka ma myć, czem, i jakich środków używać, żeby mieć ręce czyste, — ale ustawa ta dotyczy tylko akuszerek; wiejskie babki i sąsiadki, które przy porodach asystują, nie mają o tem wyobrażenia, przepisom tym nie podlegają. Jakież tego następstwo? oto, że u nas musi więcej kobiet chorować i umierać w połogu, niż gdzieindziej; i tak jest istotnie.

Porównując Galicyę z Morawami, widzimy, że na Morawach z 89.068 rodzących w roku 1895 zmarło 152 osób, czyli 1·7 na tysiąc rodzących, podczas kiedy w roku 1896 w Galicyi na 322.010 zmarło 1363, czyli 4 na tysiąc. Czyli w porównaniu Galicya straciła w tym roku 2·3 na tysiąc więcej, niż Morawy. Strata ta wynika wprost z braku dostatecznej, należytej pomocy przy porodach. Znaczy to, że Galicya z powodu tego braku wobec Moraw straciła 644 kobiet, zdolnych do pracy; ile zostało drobnych, niezaopatrzonych sierot? ile strat cichych?

O tę stratę jednak mniejsza, da ona się odzyskać większą płodnością, czyli szybszym przyrostem ludności.

Zdaje mi się, że te cyfry były wymowne, a przecież one nie malują istotnego stanu rzeczy. Główna strata leży jeszcze gdzieindziej. Liczne choroby połogowe przebiegają ze względu na niebezpieczeństwo utraty życia stosunkowo jeszcze pomyślnie, czyli, że z pomiędzy tych kobiet, które chorują, nie umiera zbyt wiele, ale wiele z nich choruje tygodnie i wiele wychodzi kalekami, niezdolnemi do pracy.

Nie mam do rozporządzenia statystyki chorobliwości w czasie porodu i połogu w Galicyi; w naszych dzisiejszych stosunkach zebranie podobnej statystyki jest niemożliwością, bo, jak to już wyżej nadmieniłem, przypadki te są dla władz niedostępne. Możemy się jednak bez tego obejść i dojść drogą pośrednią do obliczenia. — Wiadomem jest, bo to stwierdzają wszystkie statystyki, że chorobliwość w połogu przydarza się wszędzie w pewnym stosunku do liczby przypadków zejścia śmiertelnego, tak, że z liczby przypadków śmierci możemy w przybliżeniu obliczyć chorobliwość. Naturalnem jest, że im wyższa śmiertelność, to i niekorzystniejszy jest stosunek chorobliwości, ale to możemy pominąć, a nawet, aby na pewno uniknąć wszelkiej przesady, obliczymy stosunek według najkorzystniejszych statystyk, jakie istnieją.

Najkorzystniejszą, istniejącą dziś, jest statystyka Hofmaiera z kliniki w Würzburgu. Otóż w tej statystyce przy 2‰ śmiertelności z gorączki połogowej chorowało z zakażenia 59 na tysiąc, a z tego ciężko 21 na tysiąc rodzących.

Weźmy zatem chorobliwość na Morawach i w Galicyi w przybliżeniu w tym stosunku, w jakim się przedstawia w Würzburgu, to otrzymamy następujący wynik: ponieważ na Morawach śmiertelność wynosi 1·7‰, to znaczy to, że chorowało na gorączkę połogową 50‰, a z tego ciężko 17·8‰ rodzących, co obliczywszy na ilość osób, wypada, że na Morawach w roku 1895 chorowało na gorączkę połogową 4450, a między temi ciężko 1450 osób.

Ponieważ zaś w Galicyi mamy wykazaną śmiertelność 4‰, to znaczy to, że chorowało na gorączkę połogową 118‰, a między temi ciężko 42‰ rodzących, co obliczywszy na ilość osób, wypada, że w Galicyi w roku 1896 chorowało na gorączkę połogową 37.996 kobiet, a między temi ciężko 13.524 kobiet.

Uwzględniwszy teraz, że liczba porodów na Morawach ma się do liczby porodów w Galicyi, jak 1:3·6, musimy pomnożyć liczby na Morawach przez 3·6, i w tym stosunku otrzymamy liczbę chorych na gorączkę połogową na Morawach 16.020, a przypadków ciężkich 5220. Liczby te, tak pomnożone, możemy teraz porównać z liczbami w Galicyi, z czego wynika, że w Galicyi chorowało w r. 1896 z braku należytej opieki przy porodach w porównaniu do Moraw więcej o 21.976 osób, a między temi ciężko więcej o 8344 osób. Chcąc zupełnie ściśle rachować, należy od tej cyfry odjąć liczbę zmarłych w Galicyi, t. j. 1363, co uczyniwszy, wypada okrągło, że, pominąwszy stratę w zmarłych, 7000 kobiet więcej niż na Morawach rocznie ciężko u nas choruje na choroby połogowe.

Z liczb tych ogólna liczba 21.976 nie tyle nas obchodzi, ile liczba 7000. W liczbie 21.976 chorych po odliczeniu zmarłych, znajduje się rocznie 13.632, które, przypuśćmy, zupełnie wyzdrowiały, kraj stracił tylko ich pracę. Czas choroby liczmy przeciętnie po 10 dni, to znaczy 136.020 dni, a licząc dzień po 25 kr., wynosi to 68.160 koron. Cyfra ta, to fraszki. Ważniejszą jest druga cyfra: 7000 ciężko chorych. Co to znaczy, Panowie, ciężko chora w języku lekarskim, podana do statystyki? — to znaczy, że ta osoba walczyła ze śmiercią, że jeżeli się podniosła z łóżka, to tylko z życiem, ale zdrowie i siły jej przepadły, albo wyszła kaleką, niezdolną do pracy.

Aby nawet cień przesady usunąć, skreślmy z tej liczby połowę, powiedzmy, że jeszcze połowa powróciła do jakiego takiego zdrowia i od biedy pracuje, to w każdym razie przybyło w jednym roku 3500 osób niezdolnych do pracy, które jako kaleki muszą być utrzymywane. Jeżeli policzymy na rok wartość straconej pracy jednostki 150 koron, a koszt utrzymania tejże jednostki tylko 150 koron, wypada, że rocznie traci kraj na każdej kalece 300 koron. To znaczy, że po wszelkich straceniach, uwzględniając tylko połowę ciężko chorych i zapatrując się jak najbardziej różowo na stosunki nasze krajowe, stwierdzamy, iż krajowi co roku przybywa nowej straty co najmniej milion koron.

Wierzajcie mi, Panowie, że obliczenie to zbyt skromne, leży daleko poniżej rzeczywistości, bo u nas choruje wogóle w połogu i ciężko daleko więcej osób; stosunki są opłakane. Słowa te wypowiadam na podstawie sprawozdania krajowej Rady zdrowia, która w zestawieniu za rok 1895 stwierdza, „że pod tym względem u nas stosunki są najgorsze ze wszystkich krajów koronnych, a przyczyna leży w braku pomocy położniczej przy porodach“.

Chcąc Panom przedstawić istotny stan rzeczy, musiałbym chyba odczytywać szeregi liczb i zestawień statystycznych, czego w ramy dzisiejszego wykładu ująć mi niepodobna; mogę tylko stwierdzić, że w sprawozdaniach krajowej Rady zdrowia mamy nagromadzony bardzo cenny i ciekawy materyał, a szczególniej w sprawozdaniu za rok 1896, które obejmuje pogląd na ubiegłych lat 24.

Że stosunki u nas takie, to dzieje się dlatego, że u nas za mało akuszerek, za mało lekarzy, a między tymi ostatnimi za mało akuszerów.

Dość powiedzieć, że są u nas powiaty, w których je-

den lekarz wypada na 15.000, a jedna akuszerka na 30.000 ludności. A jakaż część tych lekarzy nie zajmuje się zupełnie położnictwem!

Ze słów moich zdaje mi się, Panowie, że wyłania się doniosłość powstania nowej szkoły położniczej dla kraju. Tu nie chodzi o ten tysiąc lub dwa porodów, które się odbywają w zakładach położniczych krajowych, bo te nikną wobec kilkukroćstotysięcy porodów, jakie w Galicyi rocznie maja miejsce; tu nie chodzi o naukę samą, bo i skądinąd przyjść może, ale chodzi o cele dydaktyczne, chodzi o lekarzy, wydoskonalonych w położnictwie i ginekologii.

Utartem jest zdanie, że wydatki w budżecie krajowym na cele sanitarne, a w szczególności na szpitale, uważać należy jako ciężar, jako wydatek nieproduktywny, jako ofiarę na ołtarzu humanitaryzmu. Otóż, Panowie, co do tego jestem odmiennego zdania i co do zakładów położniczych przynajmniej muszę tu dzisiaj założyć protest.

Wobec olbrzymich strat, jakie kraj z powodu braku akuszerek i położników rocznie ponosi i jakie co roku przybywają, powstanie nowego ogniska dla celów dydaktycznych w położnictwie i ginekologii jest bardzo dobrem umieszczeniem kapitału, które tylko zyski przynieść musi.

Kraj potrzebuje należycie wydoskonalonych akuszerów, którzyby nietylko byli dobrymi położnikami, niosącymi skutecznie pomoc wśród ciężkich porodów, ale potrzebuje położników, którzyby odczuwali potrzeby krajowe i byli posłannikami cywilizacyjnej idei, dotarli do każdego zacisza domowego i oświecili o potrzebie pomocy położniczej. Potrzebuje nietylko położników, ale pionierów położnictwa i ginekologii.

Nadto niezbędnie potrzebuje całych zastępów akuszerek, jużto jako siły roboczej do spełnienia zadania, jużteż do pośredniczenia w zamierzonem posłannictwie.

Kraj tego potrzebuje koniecznie, jeżeli ma się zrównać pod omawianym względem z resztą krajów koronnych.

Uczyć się i uczyć położnictwa i ginekologii, to, Panowie, rzecz niełatwa. Położnictwo i ginekologia, to najtrudniejsza nauka ze stanowiska dydaktycznego ze wszystkich nauk lekarskich, a to dlatego, że pole naszej działalności, pole dydaktyczne, to pole bardzo niedostępne dla nauki i nauczania, bo to narząd płciowy kobiecy.

Pomyślcie, Panowie, jaka to przykrość dla każdej kobiety, jeżeli widzi, że cierpienie jej kobiece, dotyczące narządu płciowego, jest przedmiotem nauki, jeżeli tajemnice pożycia małżeńskiego wychodzą na jaw wobec zgromadzenia mężczyzn.

Jak mnie doświadczenie nauczyło, Polki odczuwają to daleko więcej, aniżeli kobiety innych narodowości.

Jest to fakt poważny, z którym się muszą liczyć władze decydujące, słuchacze i nauczyciele. Tylko przy wspólnem wyczerpującem działaniu tych trzech czynników dobre prowadzenie nauki z korzyścią dla kraju jest możebne.

Jak należy postępować, licząc się z tym faktem, niełatwo powiedzieć, bo każdy człowiek ma nieco odrębny sposób postępowania i wzięcia się w stosunkach towarzyskich. Takt właściwy wobec kobiet, które badać i obserwować będziemy, jest konieczny. Jak postępować, nie powiem, ale powiem, jak ja się starałem postępować wobec moich pacyentek i radzę to Panom naśladować, skoro mam Panów do kliniki wprowadzić. Otóż, Panowie, w każdej kobiecie, z którą się jako lekarz stykałem, starałem się uszanować moją matkę staruszkę, moje siostry, a w ostatnich czasach moją żonę i moje córki.

Omawiając ten przedmiot, wypowiedziałem moje dążenia i cele.

Panowie! kraj hojną ręką rzucił grosz ciężko złożony, rzucił marmur, brąz, ciosy, wodociągi, elektryczność, gaz i to wszystko, co cywilizacya niesie. Myślą i pracą prof. Czyżewicza wzniósł się gmach wspaniały. Gmach ten nie dla mnie, nie dla Was Panowie i nie dla tych osób, które w nim rodzą, ale dla celów dydaktycznych i dla nauki.

Zaznaczywszy moje poglądy, gdyż na rozprowadzenie czasu nie starczy, powtarzam teraz jako zobowiązanie to, co już powiedziałem: „nietylko chcę, ale pracować będę z Panami dla Panów, przez Panów dla kraju, przez katedrę dla nauki“.

Niechże to ognisko nauki odpowie słusznym oczekiwaniom; temi słowy otwieram dzisiaj klinikę położniczo-ginekologiczną lwowską.

III. Z kliniki chirurgicznej Wszechnicy Jagiellońskiej pod kierownictwem Dra Rutkowskiego.

O unikaniu zacieku moczowego po cięciu nadłonowem i o nowym sposobie sączkowania pęcherza.

Podał

Dr. Karol Kaczkowski.

(Dokończenie).

Wobec tego zwrócono się w inną stronę i starano się odprowadzić mocz sączkiem, wprowadzonym przez ranę tak, aby mocz nie opłókiwał rany. J. Boeckel[14]) użył w tym celu sączka kauczukowego, który prowadził z pęcherza przez ranę do naczynia, stojącego między udami. Mocz jednak, zamiast przez sączek, przepływał obok niego. Trendelenburg[15]) nadał sączkowi kształt litery T, ale widocznie sam przekonał się o małej wartości swego sposobu, skoro obok tego zaleca ułożenie na brzuchu. Lichtenberg[16]) dodał do rurki Trendelenburga drugą, która sięgała tylko do przestworu przedpęcherzowego, a przez którą więcej odpływało moczu. Rurkę taką stósował także Schmitz[17]). — Despres, Demon, Guyon i inni[18]), a także Ssokolow[19]) łączyli cewnik z sączkiem, wprowadzonym przez ranę do pęcherza lub zakładali jedną rurkę z bocznemi otworkami, której jeden koniec wychodził przez cewkę, drugi przez ranę. Rurka taka *(tube uretro-hypogastrique)* także nie działa; mocz obok niej prze-

[14]) Patrz Garcin l. c. str. 96.

[15]) Ueber Drainage der Blase nach dem Steinschnitt insbesondere nach dem hohen Steinschnitt. Berlin. klin. Wochschr. 1881. Nr. 1.

[16]) Lancet 1886 cytowany przez Schmitsa: Vergleichende Beurtheilung der verschiedenen Methoden des Steinschnitts bei Männern. Inaugural. Dissertation Berlin 1887.

[17]) Erfahrungen über die Steinoperationen an Kindern. Archiv f. kl. Ch. B 33.

[18]) Patrz Marc See l. c.

[19]) 4 Fälle von hohem Steinschnitt (Chir. Westnik 1886). Ref. w Centr. f. Chir. 18 6 p. 833.

chodzi przez ranę. Bloodgood z Baltimore [20]) zastósował rurkę gumową, którą na $1^1/_2$ centimetra od końca opatrzył płytką metalową z czterema otworkami. Po wprowadzeniu końca rurki do pęcherza przyszywa Bloodgood ścianę pęcherza czterema szwami do płytki. Przez to miał on otrzymać pewne zamknięcie rany pęcherza około rurki. Obok tego jednak zaleca on tamponadę przestworu przedpęcherzowego, widocznie nie będąc zupełnie pewnym dobrego działania. Cathcart [21]) użył do odprowadzania moczu z pęcherza sączka, który łączy z ramieniem górnem rurki w kształcie litery Y. Drugie ramię rurki łączy z irygatorem, z którego ciecz wypływając, wytwarza „ciśnienie ujemne“ w sączku odprowadzającym, przez co mocz zostaje wciągnięty do zbiornika.

Kiedy wszystkie sposoby sączkowania pęcherza zawodziły, uciekli się chirurdzy do innych sposobów.

Jak już wyżej wspomniałem, zalecał Trendelenburg ułożenie na brzuchu, teoretycznie bardzo właściwy sposób unikania zacieku, bo rzeczywiście najprostszy sposób odprowadzenia moczu. Niestety sposób ten wymaga dużo zachodów, jest dla chorego uciążliwy i nie zawsze da się przeprowadzić. Dzieci trudno skłonić do ciągłego leżenia w tak niewygodnem położeniu, co się jednak powiodło Schmitzowi [22]). König [23]) jednak sądzi, „że właśnie tam, gdzieby ułożenie to było najpotrzebniejsze, jak u wyniszczonych starców z zapaleniem miedniczek nerkowych i z otłuszczeniem serca tylko wyjątkowo da się przez czas dłuższy utrzymać to męczące ułożenie“.

Później sam Trendelenburg zarzucił to ułożenie [24]) i układa chorego na boku raz prawym, raz lewym.

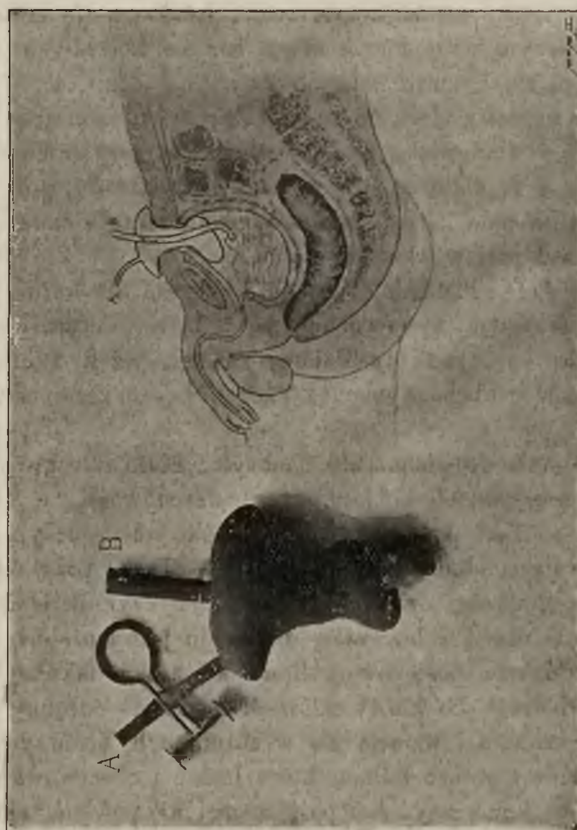
Keyes [25]) i Burckhardt [26]) starali się wprowadzić postępowanie, zresztą nie nowe, bo polecane przez braci Côme już w 18 stuleciu, a mianowicie po cięciu nadłonowem wykonują jeszcze rozcięcie cewki (uretrotomię) zewnętrzne *(boutonière)* przecinając cewkę na 1 c/m. Tą drogą wprowadzają sączek do pęcherza. Mimo, że i tu ściana pęcherza może zamknąć otwór w sączku tak, że ciecz do pęcherza wstrzyknąć się da, ale z pęcherza wypływać nie będzie, to jednak otwiera się nowa droga dla moczu, odpływającego nawet obok drenu, w której niebezpieczeństwo zacieku, jak twierdzi König [27]), wskutek zbitości tkanki jest znacznie mniejsze. Postępowanie to, znacznie przedłużające leczenie, dobre usługi oddawać może przy szwie pęcherza.

4) Obok sączkowania pęcherza usiłowali chirurdzy w inny sposób zapobiegać zaciekowi. Starano się mianowicie o to, aby nie dozwolić na zastój i rozkład moczu w pęcherzu, a także usunąć lub przynajmniej zmniejszyć jego trujące działanie na ranę przez obfity przepływ wody. Najprostszym sposobem jest zastosowanie ciągłych kąpieli. W ten sposób przeprowadził leczenie następowe po cięciu nadłonowem Sonnenburg [28]), który trzymał chorego 25 dni w wodzie. Rana zagoiła się, ale w głębi utworzył się ropień.

Do tego celu służą także rozmaite sposoby przemywania pęcherza. Sposobów tych jest wiele, nie różnią się one jednak zbytnio od siebie.

Woda przepływająca wpływa do pęcherza sączkiem przez ranę, wypływa cewnikiem, założonym do cewki, lub odwrotnie; lub też wpływa i wypływa przez ranę dwoma sączkami; lub wreszcie wpływa jednym sączkiem przez ranę, wypływa drugim i równocześnie cewnikiem. Również stosowano do przemywań pęcherza cewnik *à double courant.* Wszystkie te jednak sposoby przepłókiwania mają tę złą stronę, że uregulowanie przypływu i odpływu jest bardzo trudne i wymaga ciągłego dozoru. Bo jeżeli tylko przypływ będzie obfitszy od wypływu, to ciecz będzie wypływać przez ranę oblewając chorego i łóżko.

Sadzę, że aby zapobiedz zupełnie pewnie zaciekowi, nie należy posługiwać się tylko jednym z wyżej podanych sposobów, lecz łączyć je razem, a mianowicie przez pierwsze kilka dni używać pierwszego, trzeciego i czwartego sposobu, aby otrzymać drugi, czyli zamknąć ranę w pęcherzu, odprowadzać mocz i w razie potrzeby przemywać pęcherz, aby przyspieszyć bujanie ziarniny i w ten sposób uodpornić samą ranę. Zadania te można wykonać z łatwością przy pomocy dwóch prostych przyrządów: balonika gumowego i aspiratora Bunsena (pompki powietrznej).



[20]) A new apparatus for immediate and permanent drainage of. the urinary bladder after suprapubic cystotomy. Johns Hopkins Hospital Bulletin 1896 Nr. 61. Ref. w Centr. f. Chir. 1897 str. 238.

[21]) A simple form of exhaustion pump for use after suprapubic cystotomy. Brit. med. jour. 1895 ref. w Centr. f. Chir. 1896 str. 280.

[22]) l. c.

[23]) Ueber die Wahl der Voroperationen zur Entfernung der Blasensteine beim Manne. Archiv f. klin. Chir. B. 34 1886 str. 72.

[24]) Patrz Eigenbrodt: Ueber den hohen Blasenschnitt (Aus der Klinik des Prof. Trendelenburg zu Bonn) Deutsche Zeitschrift f. Chir. B. 28 p. 61—168.

[25]) Suprapubic cystotomy for vesical tumors and large calculus. Three cases. Journ. of. cut and gen-urin diseases. 1883 Nr. 7. Ref. w Centr. f. Chir. 1888 str. 533.

[26]) Ueber Blasendrainage nach Sectio alta Centr. f. Chir. 1889 str. 737; praca oryginalną.

[27]) l. c.

[28]) Patrz Smits l. c. str. 92.

Kształt balonika jest pomyślany na podstawie całej seryi odlewów gipsowych pęcherza i rany po cięciu nadłonowem, wykonanych na zwłokach. Balonik składa się z 2-ch części: dolnej, którą się wkłada do pęcherza i górnej, która leży wśród i na powłokach brzusznych. Obie te części są połączone zapomocą smukłego trzonka. Balonik jest gumowy i daje się przez rurkę A. przy pomocy zwyczajnej większej strzykawki wydąć powietrzem. Przez cały balonik przechodzi szeroka rurka (B) o grubych ścianach, która po przejściu dolnej części zagina się ku przodowi. Na zagiętej tej części znajduje się otworek, umieszczony na powierzchni rurki, zwróconej ku górze.

Użycie balonika jest następujące: wyjałowiony, zwinięty balonik wprowadza się do rany po cięciu wysokiem tak, aby część dolna znajdowała się w pęcherzu, niższą swą częścią i końcem rurki zwrócona do spojenia łonowego, a aby część górna znajdowała się wśród rany powłok brzusznych. Teraz zapomocą strzykawki nadyma się balonik. Część dolna wypełnia górną część pęcherza, podnosi ścianę pęcherza ku górze i przyciska do powłok brzusznych, część górna wysuwa się z rany na powłoki brzuszne. Przez zbliżenie ściany pęcherza do powłok brzusznych otrzymujemy szczelne zamknięcie przestworu przedpęcherzowego Retziusa, co umożliwia zrost ściany pęcherza z powłokami. Rurkę B, która służy do odprowadzania moczu, łączymy wężem gumowym z wielką flaszką, z której wychodzi nadto druga rurka połączona z aspiratorem Bunsena. Dzięki różnicy ciśnień w aspiratorze i pęcherzu prąd moczu kieruje się do aspiratora, względnie do flaszki. Przez zastósowanie takiego przyrządu „ssącego“, mocz z pęcherza zostaje kropla za kroplą wessany do flaszki. Kiedy pęcherz jest już próżny, ściany jego zaciskają się około balonika. I tu stałoby się to, co dzieje się zawsze po zastosowaniu cewnika na stałe t. j. błona śluzowa przylegałaby tak szczelnie do okienka, że zamknęłaby je; tutaj jednak otworek znajduje się w rurce zwróconej ku dolnej ścianie balonika. Pęcherz skurcza się naokoło balonika, lecz między balonikiem a rurką zostaje stale wolna przestrzeń, nad którą, jak namiot podparty dziobem rurki, rozpina się pęcherz. Z przestrzeni tej każda kropelka moczu zostaje wessaną, o ile ciśnienie w pęcherzu nie jest znacznie większe od atmosferycznego, co zdarza się przy napadzie silnego kaszlu. W tych wyjątkowych razach bardzo mała ilość moczu może się przedostać obok balonika, jednakże także nie do przestworu przedpęcherzowego, gdzie ciśnienie się również zwiększy, ale na zewnątrz. W ten sposób balonik spełnia dwa zadania: zamyka pęcherz tak, że prawdopodobieństwo dostania się moczu do przestworu przedpęcherzowego jest bardzo małe, i odprowadza mocz z pęcherza. Jeżeli w danym przypadku potrzebne jest ciągłe przemywanie (irrygacya) pęcherza, to wystarcza przez cewkę założyć cewnik na stałe i połączyć go cienkim wężem z naczyniem, zawierającem letni rozczyn kwasu borowego. Wpływający do pęcherza kwas borowy po opłókaniu ścian pęcherza zostanie natychmiast wydalony przez rurkę.

Balonik ten połączony z aspiratorem spełnia następujące zadania: 1) zamyka ranę pęcherza i w ten sposób zabezpiecza pęcherz od zakażenia od zewnątrz, 2) nie dopuszcza moczu do rany i przestworu przedpęcherzowego, 3) podnosi pęcherz do powłok brzusznych i ułatwia zrost ściany pęcherza z powłokami, 4) odprowadza mocz na zewnątrz w zupełności tak, że opatrunek, założony na balonik, pozostaje zupełnie suchy, czego przy innych sposobach sączkowania pęcherza otrzymać nie można, 5) dozwala na stałe przepłukiwanie pęcherza, przez co w piewszym rzędzie zapobiega zaciekowi, daje zupełny wypoczynek pęcherzowi; a jeżeli przyjmiemy, że zastój rozkładającego się moczu w pęcherzu sprzyja powstaniu zapalenia miedniczek i nerek *(pyelonephritis)*, która po zacieku jest najczęstszą przyczyną śmierci przy cięciu nadłonowem, to i w tym kierunku działa zapobiegawczo.

Balonik ten miałem sposobność zastosować w jednym tylko przypadku; doskonałe wyniki, jakie przy użyciu balonika otrzymaliśmy, ośmielają mnie do ogłoszenia ich już teraz.

Za zezwoleniem mego Szefa, któremu za łaskawe odstąpienie mi przypadku i za cenne rady, których mi przy tej pracy nie szczędził, serdeczne składam podziękowanie, zastosowałem balonik u 50-letniego mężczyzny w przypadku nader silnego nieżytu pęcherza z owrzodzeniami *(cystitis ulcerosa)*, wywołanego wprowadzeniem ciała obcego do pęcherza.

Po cięciu nadłonowem założono balonik do rany; rurkę balonika, przechodzącą przez aseptyczny opatrunek, połączono z aspiratorem, przez który przepływała woda z wodociągu. Kiedy nader silne bóle i parcie, istniejące przed operacyą, po operacyi nie ustawały, założono do cewki cewnik na stałe i połączono go z rurką gumową, której drugi koniec zanurzony był w naczyniu z ciepłym rozczynem kwasu borowego. Wkrótce po zastósowaniu przemywania (irygacyi), bóle ustały, chory przepłókiwanie odczuwał przyjemnie. Opatrunek pozostał zupełnie suchy. Przemywanie pęcherza trwało dzień i noc bez przerwy, przyrząd działał dobrze, bez dozoru. Co kilka godzin trzeba było tylko wylewać ze zbiornika mocz zmieszany z rozczynem kw. borowego, wypływającym z pęcherza i dolewać do drugiego zbiornika świeżego rozczynu. Po 4 dniach zaprzestano przemywań i zadowolono się tylko odprowadzaniem moczu. Jeżeli aspirator działał silnie, to obok balonika dostawało się do pęcherza powietrze i wywoływało kotłowanie się cieczy bez żadnych nieprzyjemnych uczuć dla chorego. Zresztą przyrząd działał bardzo dobrze.

Rana przez cały czas była zupełnie czysta, nie pokryła się osadem z moczu, jak to zazwyczaj zdarza się po cięciu nadłonowem, strzępy obumarłej tkaniny nie oddzielały się i już trzeciego dnia poczęła rana pokrywać się ziarniną. Dziewiątego dnia rana była pokryta bardzo bujną ziarniną tak, że bez obawy zacieku można było balonik wyjąć. Ponieważ po wyjęciu mocz oblewał chorego i chory domagał się znów założenia balonika, więc, aby nie przeszkadzać zaciąganiu się rany, wprowadzono cewnik Pezzera przez ranę i również połączono go z aspiratorem i w ten sposób odprowadzano mocz, aczkolwiek przy tym sposobie trudno było utrzymać opatrunek w suchości. W 4 dni po wyjęciu balonika rana zaciągnęła się w tym stopniu, że ściśle objęła cewnik, który z tego powodu wyjęto. Przez dwa dni jeszcze mocz odchodził przez ranę, siedemnastego dnia po operacyi chory oddawał mocz już tylko przez cewkę. W 31 dniu po operacyi chory opuścił klinikę w zupełności wyleczony.

Baloniki według nadesłanego modelu wyrabia i sprzedaje po cenie 3 złr. 30 ct. firma Dr. Block w Podmoblem (Bodenbach) w Czechach, aspiratory (Luftpumpe) szklane i metalowe różnych systemów sprzedaje Rohrbeck w Wiedniu po cenie od 80 centów do kilku złr.

IV. Oceny i sprawozdania.

I. Doc. L. Casper: **Cewnikowanie moczowodów w celach leczniczych.**

II. Prof J. Israel: **Co nam daje cewnikowanie moczowodów w chirurgii nerek?**

III. Dr. T. Landau: **Cewnikowanie moczowodów w ginekologii.** *(Berl. klin. Wchschr.*, 1899, Nr. 2).

I. Opisane przez C. przed kilkoma laty cewnikowanie moczowodów w celach rozpoznawczych, znalazło już kilkakrotnie zastosowanie lecznicze, przeważnie w leczeniu zapaleń miedniczek nerkowych i puchliny nerki. Do istniejących już, nielicznych spostrzeżeń dodaje autor 3 nowe przypadki, z których zwłaszcza pierwszy na uwagę zasługuje U rzekomo zupełnie zdrowego mężczyzny wystąpił nagle bezmocz. Skargi podmiotowe chorego kazały się domyślać, że przyczyna tkwi w prawej nerce. Cewnik wprowadzony do prawego moczowodu wykazał w nieznacznej odległości od jego ujścia do pęcherza nieprzezwyciężoną przeszkodę. Rozpoznano uwięzgnięcie kamyka w moczowodzie i przez cewnik wstrzyknięto do moczowodu 50 gr. ciepłej oliwy. W pół godziny później chory obficie począł oddawać mocz, a po kilku dniach wykryto cystoskopem kamyk w pęcherzu, który po skruszeniu wydobyto. Dwa następne spostrzeżenia odnoszą się do puchliny nerki, którą C. wyleczył przez systematyczne przemywanie miedniczek nerkowych roztworem 1‰ azotanu srebrowego. W drugim uporczywym przypadku pozostawił C. stale cewnik w rozszerzonej miedniczce przez dłuższy czas.

Pomijając już wartość lecznicza pierwszego przypadku, która przecież zawieść może, C. wysoce sobie ceni szczegóły rozpoznawcze, jakie w podobnych przypadkach tym sposobem uzyskać możemy. Bo po 1) kamica nerkowa nierzadko bywa obustronną, a w razie nagłego bezmoczu nie łatwo rozstrzygnąć, która z nerek stała się jego przyczyną. A ta niepewność była już kilkakrotnie przyczyną, że odsłaniano i nacinano nerkę fałszywa. A potem 2) wiele zyskujemy, gdy wiemy, gdzie kamyk ugrzązł, czy w górze moczowodu, czy w pobliżu ujścia: w pierwszym przypadku, aby usunąć przeszkodę pójdziemy od strony nerki, w drugim przez pęcherz. Autor nie łudzi się, że przez przemywanie miedniczek przez moczowody każdy przypadek puchliny nerkowej lub ropienia w miedniczkach da się wyleczyć. Tylko takie przypadki są przystępne dla tego sposobu leczenia, w których jama, czy jamy patologiczne pozostają w swobodnym i bezpośrednim związku z miedniczką, aby płyn tam wlewany mógł się dokładnie zetknąć ze wszystkiemi ścianami. Tak korzystne warunki nie zawsze spotkamy. Nie powinniśmy się jednak zniechęcać do prób, zwłaszcza, że to jedynie pewna droga przekonania się o stanie danej nerki i jej miedniczki. Korzyść z tego nie mała. Czem prędzej rozpoznamy kamicę miedniczek i czem energiczniej przeciw niej wystąpimy, tem lepiej dla chorego. Bo nie jeden przypadek puchliny nerkowej i ropienia w miedniczkach miał swój początek z kamicy miedniczek. I znów przed każdem wycięciem nerki, powinniśmy się przekonać dokładnie o stanie drugiej nerki. Obmacaniem, badaniem cystoskopowem nie zawsze dochodzimy do pewnych wyników. Zawodzi nawet ilościowe oznaczenie mocznika, chlorków etc. Israel podał zasadę, że tylko wówczas przystąpić można do wyjęcia chorej nerki, gdy ilość mocznika w moczu z całej doby wynosi najmniej pół ilości normalnej. Tymczasem zdarzyło się, że chory, któremu na podstawie takich obliczeń wyjęto chorą nerkę, zmarł niedługo po zabiegu wśród objawów mocznicy. Sekcya wykazała, że nerka pozostawiona uległa w całości zwyrodnieniu skrobiowatemu, a właśnie owa wyjęta i za chorą uważana nerka, wydzielała przez dobę 18 gr. mocznika. Uniknąć można tych niespodzianek, kiedy cewnikami C. osączkuje się każdą nerkę oddzielnie i osobno bada się mocz każdej z nich. Zdarzyć się może, że uda się wprowadzić cewnik tylko do jednego moczowodu, lecz wówczas mocz gromadzący się w pęcherzu pochodzić będzie wyłącznie z drugiej nerki, skorośmy tylko cewnik dostatecznie głęboko do moczowodu wprowadzili, tak, aby swem okienkiem tkwił w jamie miedniczki, gdyż wtedy mocz nie będzie obok cewnika spływał do pęcherza. Autor nie przeczy bynajmniej, że ten sposób badania może wśród pewnych warunków przynieść szkodę choremu np. sprowadzić zakażenie miedniczek. Jednak, któryż sposób badania jest pozbawionym zupełnie jakichś, możliwych niebezpieczeństw? Autor, Albarran, Pasteau cewnikując moczowody parę tysięcy razy, nie widzieli złych następstw. Trzeba tylko rzecz tę wykonywać z dostateczną wprawą, wśród dokładnej aseptyki i dla ścisłych wskazań. C. przyznaje równocześnie, że w gruźlicy nerki i w chorobach przebiegających z podniesioną ciepłotą, ten sposób badania może wywołać niekorzystne objawy.

II. Przeciwko wywodom Caspra ostro i bezwzględnie występuje J. Zapatrywania jego krótko streścić można w tych słowach: Cewnikowanie moczowodów nie przynosi żadnych korzyści ani pod względem leczniczym, ani też rozpoznawczym. Twierdzenie to uzasadnia J. w długim wywodzie, objaśnionym przykładami z praktyki. Samo cewnikowanie moczowodów jest trudnem i dla najwprawniejszego, a często niemożliwe do przeprowadzenia. Gdy się wreszcie uda cewnik wprowadzić i ten wykaże przeszkodę w moczowodzie, nie można jeszcze ocenić dokładnie jej przyrody t. j. czy przeszkoda zależy od kamienia, czy od blizn, czy może od przemieszczenia moczowodów. Cewnikowanie moczowodów nie pozbawione jest niebezpieczeństw. J. leczył byłych pacyentów C., u których groźne zakażenie dróg moczowych pochodziło właśnie od cewnikowania moczowodów, wykonanego przez C. Nadzieja C., że takiem cewnikowaniem miedniczek będzie można leczyć puchlinę nerek lub nieżyt miedniczek, jest co najmniej mało prawdopodobna, bo wyjątkowo tylko napotkamy w puchlinie nerek zupełnie odpowiednie warunki. Tam bowiem tak często spotykamy albo oddzielne, nie łączące się ze sobą jamy, albo treść je wypełniająca jest tak gęsta, albo obok płynów spotykamy tak zbite i grube skrzepy włóknika, lub też złogi i stężyny mineralne, że mowy nie ma, aby przez tak cienki cewnik treść z jam wydobyć się udało. J. przejrzał swoje spostrzeżenia dokładnie i znalazł, że z jego 81 przypadków zaledwie w trzech możnaby się łudzić, że w nich cewnikowanie moczowodów doprowadziłoby do jakichś dodatnich wyników. A jak też sobie C. wyobraża możność wyleczenia tych przypadków puchliny nerkowej, których przyczyna polega na istniejących zastawkach i patologicznych przemieszczeniach moczowodów? Również wątpliwem jest znaczenie rozpoznawcze cewnikowania moczowodów. Badanie chemiczne i drobnowidowe moczu pozwala nam nabrać pewnego wyobrażenia o stanie drugiej nerki, uważanej za zdrową, względnie pozostać mającej po wyjęciu drugiej nerki. J. zastrzega się, że wskazania lub przeciwwskazania do operacyi nie zawisły bynajmniej od bezwzględnego zdrowia, lub też zmian chorobowych drugiej nerki. Do wyjęcia nerki potrzeba, aby druga nerka dostatecznie działała, co czynić może i zmieniona. J. nie przeczy, że cewnikowanie sposobem C. doprowadziłoby do pewnych i niedwuznacznych wyników, gdyby można cewnikiem zbierać mocz z nerki przez 24 g. — i doświadczenie to kilkakrotnie w różnych warunkach powtórzyć. Ale, czy to możliwe? Lecz i wtedy nawet zdarzyćby się mogło, że co do pochodzenia pewnych składników bylibyśmy w niepewności. Np. domieszka krwi w takim moczu, zebranym przez cewnik, tkwiący w miedniczce, może pochodzić tak dobrze z nerki, jak i z miedniczek lub moczowodu, zranionych podczas wprowadzania cewnika To wszystko zważywszy i dodawszy jeszcze, że ten sposób badania może naprawdę sprowadzić poważne zaburzenia w ustroju powierzającego się nam chorego, J. nie zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

III. Landau oceniając cewnikowanie moczowodów ze stanowiska ginekologicznego, nie może mu odmówić pewnych

zalet. Przedewszystkiem sposób Caspra przewyższa sposoby Pawlika i inne, a zaleca się przed innymi głównie łatwością wykonania. Stąd częściej może być używanym i to tak do celów leczniczych, jak i rozpoznawczych. Mianowicie: 1) Raz powiodło się autorowi wyleczyć systematycznem cewnikowaniem puchlinę nerek przemijającą, zależną od przeciągnięcia moczowodu przez blizny. 2) Dalej spodziewa się L., że w przyszłości uda się może przez założenie cewnika C. do miedniczki na stałe, wyleczyć przetoki moczowodowe. 3) Cewniki C. włożone do obu moczowodów przed rozpoczęciem operacyi wycięcia macicy, czy to z powodu raka, czy też włókniaków, pozwolą w ciągu zabiegu stwierdzić każdej chwili przebieg moczowodów i chronić będą od ich uszkodzenia. 4) A gdy się zdarzy, że w czasie zabiegu rzeczywiście moczowód zostanie podwiązany, cewnikiem C. można będzie odkryć, gdzie podwiązanie nastąpiło. *Herman.*

V. Wyciągi.

Fütterer (Chicago): **Jak szybko dostają się drobnoustroje z żyły wrotnej do wielkiego krążenia i kiedy zaczyna się wydalanie ich przez wątrobę i nerki?** Rozstrzygnięciem tych pytań zajmował się autor, przy sposobności większej pracy nad wątrobą, przewodami żółciowymi i żółcią. Pytania to nadzwyczaj ważne ze względów klinicznych od czasu, gdy Kocher pierwszy w roku 1878 zauważył, iż w ustroju może powstać ognisko zapalne, spowodowane przez drobnoustroje, które się tam dostały z przewodu pokarmowego. Chodziło wówczas o zapalenie wola *(strumitis)* z równoczesnem zajęciem zapalnem żołądka. Od tego czasu namnożyło się podobnych spostrzeżeń, a na ich podstawie można twierdzić, że drobnoustroje przechodzą przez ściany jelit i dostają się do krążenia ogólnego, mimo, że jelita nie okazują znaczniejszych zmian chorobowych.

Jak zachowuje się wobec drobnoustrojów wątroba? Za pomocą doświadczeń na psach doszedł autor do ciekawych wyników. Wstrzykiwał drobnoustroje *(bacillus pyocyaneus, b. prodigiosus)*, zawieszone w fizyologicznym roztworze solnym do żyły wrotnej, a badał krew z żyły szyjnej. Okazało się, że drobnoustroje, które z krwią żyły wrotnej wchodzą do wątroby, przechodzą przez nią bez trudności i przebywają w ciągu mniej niż jednej minuty krążenie wielkie. Prawidłowa wątroba przepuszcza więc przez siebie drobnoustroje. Dlaczego takie same doświadczenia z hodowlami prątków gruźliczych dały wyniki ujemne (u małpy, cielęcia, psów i królików), nie umie autor wytłómaczyć i zamierza w tym kierunku czynić dalsze próby.

Drugie pytanie co do wydalania drobnoustrojów z krążenia przez wątrobę i nerki rozstrzygnął autor w taki sposób. Do żyły wrotnej psa wstrzykiwał drobnoustroje, a z podwiązanego przewodu żółciowego wyciągał strzykawką żółć. Podobnie podwiązał moczowód i z niego dobywał cewnikiem mocz, wstrzykując drobnoustroje do żyły szyjnej. Okazało się z tych doświadczeń, że drobnoustroje, które weszły do żyły wrotnej, dostają się natychmiast do krążenia wielkiego, a wydalanie ich przez wątrobę i przewody żółciowe i przez nerki następuje już po upływie kilku minut. Są więc drogi w ustroju, któremi drobnoustroje go opuszczają. Jeżeli ilość zakaźnych cząstek jest za duża, a sączek narządów zatkany, albo jeżeli istnieją tak zwane usposabiające przyczyny *(praedispositio)*, wówczas przychodzi do usadowienia się drobnoustrojów w tkaninach. Zakażenie przez krew następuje prawdopodobnie wskutek zaburzeń w przesączaniu, a te znowu z powodu zmian w krążeniu, krwotoków, zapaleń, stanów rozrostowych *(hyperplasia)*.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Prof. Schauta: **Zakażenie rzeżączkowe a ciąża.** *(Allg. Wien. Med. Zeitung*, 1899, Nr. 2). Autor podaje przypadek ciąży pięciomiesięcznej u chorej dotkniętej obustronnem rzeżączkowem zapaleniem gruczołów Bartoliniego. W wywodach swoich dochodzi autor do wniosku, że zastąpienie przy zakażeniu rzeżączkowem jest możliwe, jeżeli obie sprawy rozdziela krótki odstęp czasu. Jeżeli zakażenie rzeżączkowe dojdzie do błony śluzowej macicy, występuje poronienie; jednakowoż może ono się tam nie dostać, gdyż szybki zrost doczesnej prawdziwej z zagiętą znosi niejako jamę macicy, a wtedy rzeżączka ogranicza się do dalszych części przewodu rodnego. Rzeżączkowe zapalenie gruczołów Bartolniego należy leczyć operacyjnie dopiero pod koniec ciąży, gdyż ta operacya zawsze wywołuje poród. *St. D.*

Orthmann: **Dwa przypadki bardzo wczesnego przerwania ciąży trąbkowej wraz z uwagami leczniczemi.** *(Deut. med. Woch.*, 1899, Nr. 2). Autor podaje 2 przypadki ciąży trąbkowej wczesnej, z których jedna przerwała się przez pęknięcie trąbki, druga przez poronienie trąbkowe. Uderza w obu przypadkach brak zatrzymania się regularności, w drugim brak krwisteku zamacicznego, różnica w przebiegu obu przypadków; podczas gdy pierwszy przebiegał z gwałtownymi objawami, drugi prawie niepostrzeżenie; w pierwszym przyczyną tak wczesnego pęknięcia trąbki był zrost z jajnikiem, który odsznurował krótki odcinek brzuszny od reszty trąbki i z jednej strony wywołał wytworzenie się ciąży trąbkowej, z drugiej wczesne pęknięcie trąbki.

Co do leczenia, to autor sądzi, że we wszystkich przypadkach przerwania ciąży trąbkowej należy operować drogą brzuszną, przy utrzymanej zaś ciąży trąbkowej można operować przez pochwę; a operować powinno się tak, by usunąć tylko jajo, względnie jego resztki, o ile zaś to jest możliwe, należy utrzymać trąbkę. *St. D.*

K. Kraków: **Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacyi kleszczy porodowych.** *(Medycyna* 1898. Nr. 41). Podczas pociągania kleszczy najczęściej pęka błona śluzowa pochwy po obu stronach wejścia, a pęknięcia te zbiegają się pod kątem u wędzidełka. Skutkiem tego błona śluzowa tylnej ściany pochwy oddziela się od warstw podśluzowych na przestrzeni trójkąta, którego boki stanowią linie pęknięć, a podstawa zwrócona jest ku pochwie. Samo międzykrocze pęka zazwyczaj przy przerzynaniu się główki na zewnątrz, lub przy wytaczaniu barków płodu.

Autor jest zwolennikiem szycia pęknięć natychmiast po porodzie, nie czekając nawet odejścia łożyska, jeżeli się ono wkrótce nie wydaliło. W razie całkowitego pęknięcia międzykrocza wraz z odbytnicą, spaja autor naprzód jej brzegi, nie zachwytując błony śluzowej, by brzegi na szerszej przestrzeni przylegały do siebie. Następnie, odciągnąwszy kulociągiem ku górze trójkątny płatek błony śluzowej tylnej ściany pochwy, zakłada autor kilka szwów węzełkowych, poczynając od dolnego kąta rany; pierwszy szew przechodzi przez podstawę trójkątnego płatka, nie przekłówając jednak błony śluzowej na wylot, drugi o 1 ctm. wyżej i t. d., ostatni szew przejdzie przez wierzchołek tego trójkąta. Po ściągnięciu niezbyt mocnem szwów otrzymuje autor wysokie międzykrocze, przykryte od strony pochwy owym płatkiem trójkątnym, który zabezpiecza całość międzykrocza, nawet gdyby niektóre szwy przecięły tkankę i rana skórna się rozeszła. Szwy wyjmuje autor szóstego lub siódmego dnia.

Chcąc uniknąć rozdarcia krocza przy zabiegach kleszczowych, poprawił autor kleszcze Simpsona w ten sposób, że szyjki łyżek, przebiegające równolegle do siebie w odstępie 2—3 ctm., zagiął ku wewnątrz, dzięki czemu nie zajmują one na szerokość tyle miejsca, co przedtem i nie narażają międzykrocza na przedarcie. Załączone do pracy Krakowa ryciny objaśniają rzecz całą należycie. *W. W.*

P. J. Möbius: **O operacyi w chorobie Basedowa.** *(Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 1). Teorya, która każe domyślać się przyczyny choroby B. w zatruciu ustroju wytworami przerosłego gruczołu tarczykowego, brak środka, któryby pewnie leczył to cierpienie (autor bowiem widział tylko małe zelżenie objawów po solach bromowych), uporczywość cierpienia i niebezpieczeństwa właściwe tej choro-

bie, a grożące ze strony serca (porażenie), mózgu, oczu itd., wszystkie te względy każą w przypadkach ciężkich uciekać się do częściowego wycięcia wola i to tem chętniej, że już niejednokrotnie spostrzegano niewątpliwą poprawę w przebiegu choroby po operacyi. M. przeto w jednym ciężkim i uporczywym przypadku nakłonił chorą do operacyi, którą wykonał Kölliker, odpalając żegadłem platynowem prawą połowę wola. Po operacyi nastąpił stanowczy zwrot ku lepszemu (wyleczenia zupełnego nie było) mimo niekorzystnych warunków. Nie da się jednak zaprzeczyć, że operacya połączona jest z pewnemi niebezpieczeństwami. Spostrzegano po niej 15% śmiertelności. Śmierć następuje skutkiem porażenia wyczerpanego chorobą serca (czemu możnaby zapobiedz wysyłając chorych wcześnie do operacyi; jednak zwykle do niej wskazań nie ma, więc tworzy się *circulus vitiosus*, „gdyż albo chory nie jest dostatecznie chorym do operacyi, albo... już za słaby"), lub też operowany kończy wśród objawów *„Basedowismus acutissimus"*, zatem należy podczas operacyi gruczoł jak najbardziej oszczędzać i odcinać nie nożem lub nożycami, lecz żegadłem Pacquelina. *Herman.*

A. Fraenkel: **Znaczenie objawu Olivera w rozpoznaniu tętniaków tętnicy głównej piersiowej.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 1). W r. 1878 ogłosił Oliver, lekarz angielski, nowy objaw, dotąd pomijany, który ma służyć do rozpoznania tętniaków lub nawet prostych rozstrzeni tętnicy głównej piersiowej, jeżeli zmiany te dotyczą ramienia wstępującego lub początku łuku tej tętnicy. Chodzi tu mianowicie o tętnienie tchawicy i krtani tego rodzaju, że podczas każdego skurczu narządy te popychane są ku dołowi. Nie trzeba jednak tego ruchu ku dołowi mięszać ze zwyczajnem wstrząśnieniem owych narządów, jakie się czasem wydarza, n. p. wskutek żywego tętna tętnic szyjnych lub rozstrzeni, czy nieprawidłowości tętnic tarczykowych, trafiających się przy wolu, lub i bez niego.

Oliver poleca dla lepszego uwydatnienia tego objawu kazać choremu przegiąć mocno w tył głowę i zamknąć usta, a chwyciwszy chrząstkę tarczykową pomiędzy wskaziciel i palec średni, naciskać na nią lekko z dołu ku górze. Wówczas czuje się wyraźnie ruch krtani ku dołowi, rozłożony na pojedyncze pchnięcia.

Cardarelli, klinicysta włoski, który równocześnie z Oliverem i zupełnie niezależnie od niego zwrócił uwagę na omawiany objaw (z tego powodu należy też nazywać go w przyszłości objawem Oliver-Cardarelliego), dla uwydatnienia używa nieco innego sposobu. Mianowicie nie uciekając się weale do przeginania głowy w tył, należy ujawszy krtań w opisany sposób palcami, lekko przesunąć ją na lewo, u wtedy spostrzeże się wyraźne tętnienie krtani i tchawicy w kierunku z lewej strony ku prawej. W wielu jednak przypadkach można wprost bez pomocy tych sposobów zauważyć ruch wybitny.

Następnie wyrobiło się zdanie wbrew zapatrywaniu pierwotnemu Olivera, który się pod tym względem pomylił, że objaw omawiany przychodzi do skutku najczęściej lub wyłącznie tylko wtedy, jeżeli idzie o tętniak tylnego odcinka łuku tętnicy głównej. Jestto ta część tętnicy głównej, która, jak się zwykle wyrażamy, jedzie okrakiem na oskrzelu lewem. Zrozumieć łatwo, że tętniak, choćby mały, w tem miejscu łuku usadowiony, musi w czasie każdego skurczu naciskać, czy uderzać na oskrzele, znajdujące się tuż pod nim. Sposoby uwydatnienia objawu, podane przez Olivera i Cardarelliego, napinają tchawicę i przez to wzmacniają siłę tego uderzenia.

Prócz tego może objaw Olivera, podług spostrzeżenia autora, powstać także czasem przy tętniaku przedniej części łuku tętnicy głównej, ale tylko pod tym warunkiem, że pomiędzy tętniakiem a tchawicą istnieją zrosty. Taki jeden ciekawy przypadek z bardzo wyraźnym objawem Olivera miał sposobność spostrzegać autor i spostrzeżenia swe utwierdzić rozbiorem zwłok. W tym przypadku tętniak przebił do tchawicy i chory się śmiertelnie zakrwawił. Szczegół ważny, bo stanowi przestrogę przed używaniem sposobów uwydatnienia objawu, podanych przez Olivera i Cardarelliego, a przynajmniej przed wykonywaniem ich z większą siłą, ponieważ w odpowiednich warunkach można się przyczynić do przerwania zrośniętego z tchawicą tętniaka.

Należy więc przyjąć na mocy dotychczasowych spostrzeżeń, że skurczowe obniżanie się krtani i tchawicy czyli t. zw. objaw Oliver-Cardarelliego wówczas tylko powstaje, jeżeli tętniak znajduje się dokładnie na skrzyżowaniu się tętnicy głównej z oskrzelem lub jeżeli tętniak rozwinął się na początku łuku, ale zrósł się z tchawicą.

Czy objaw Oliver-Cardarelliego jest wyłącznie i jedynie znamiennym dla wspomnianych tętniaków? Pod tym względem wydaje się autorowi, że tylko guzy śródpiersia przedniego mogłyby czasami wywołać ten objaw, oczywiście w szczególnych tylko warunkach. I tak znane są przypadki guzów przełyku, wychodzących z przedniej jego ściany, które uciskając na tchawicę wywoływały jej tętnienie. Ruch ten jednakowoż przy głębokim wdechu wcale się nie zmieniał. Czy tę ostatnią cechę można uważać za podstawę rozróżnienia tych guzów od tętniaków łuku, niewiadomo, bo mało na to wogóle zwracano dotychczas uwagi. W każdym razie guzy śródpiersiowe rosnąc szybko unieruchomiają narządy sąsiednie, a więc w dalszym przebiegu choroby ustają i ruchy tchawicy.

Wogóle więc można powiedzieć, że objaw Oliver-Cardarelliego stanowi, jeżeli nie nieomylny, to prawie pewny znak rozpoznawczy niektórych tętniaków łuku.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

A. C. Wiener (Chicago): **„Fiber", idealny materyał na szyny.** *(Ctrbl. für Chir.*, 1899, Nr. 1). Autor zaleca gorąco „fiber", (materyał o tajemniczym składzie, w bardzo dobrym gatunku wyrabiany w Ameryce jako tak zw. *„flexible Sheet Kartavest"*, i powszechnie używany przez elektrotechników w postaci płyt do odosobniania przewodników) do sporządzania ochraniaczy, szyn etc. w chirurgii i ortopedyi. Celowi odpowiadają zupełnie płyty $1^1/_2$ mm. grube, które, zanurzone we wrzącej wodzie, stają się miękie i podatne, przyjmują wszelki nadany im kształt, a po ostygnięciu twardniejąc, zachowują wiernie nadany im kształt. Prócz tego lekkie i wytrzymałe, zalecają się do powszechnego użycia w chirurgii. *Herman.*

Langemack: **W sprawie zastosowania glinki jako środka przeciw- i bezgnilnego do opatrywania ran.** — *(Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 4). Autor używał glinki *(bolus alba s. argilla)*, zaleconej przez Stumpfa (rf. *Przegl. lek.*, 1899, str. 23) przez dwa miesiące i dochodzi do wniosku, że środka tego powinno się używać, gdyż jest: tani, zupełnie nietrujący, wysusza dobrze rany, bezwonny i odwaniający, ran nie drażni, skutkiem swych własności wysuszających przybliża brzegi rany. Lecz środek ten ma także strony ujemne, bo wywołując tworzenie się strupków na brzegu rany przeszkadza rozsiewaniu się naskórka i ziarnina pod glinką wyrastająca jest słaba. Na wyprysk, rany pokryte przez przeszczepienie naskórka i powierzchowne owrzodzenia lepiej używać pasty: *Rp. Argillae, Glicerini aa 12,50, Vaselini 25,00*, M. f. *pasta.* *Herman.*

C. Koch: **O otwieraniu ropni w małej miednicy, tworzących się w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, cięciem pozasakralnem.** *(Münch. med. Wochenschrift*, 1899, Nr. 1). Otwieranie ropni towarzyszących zapaleniu wyrostka robaczkowego, a usadawiających się w sposób wyjątkowy w małej miednicy (t. j. w jamie Douglasa) napotyka na pewne trudności, gdyż dostęp do nich jest utrudnionym. Droga przez jamę brzuszną (od przodu) niebezpieczna ze względu na łatwość zakażenia jamy otrzewnej, przez lędźwie za długa, a przez odbytnicę lub pochwę niepewna i nieodpowiednia. K. użył zatem w trzech swoich przypadkach z jak najlepszem powodzeniem drogi przez międzykrocze do *cavum-ischio rectale*; potem na tępo oddziela cewkę od prostnicy i tak dostawszy się w pobliże jamy Douglasa przebija ją na tępo

a potem kleszczykami rozszerza otwór, przez który po wypuszczeniu ropy, jamę dokładnie tamponuje. *Herman.*

J. Strasburger: **Ropne zapalenie przyjądrza jako powikłanie duru.** *(Münch. med. Wochenschrift*, 1899, Nr. 1). Wiemy na pewno, że prątki Eberth-Gaffkyego mogą wywoływać w ustroju sprawy ropne przerzutowe. Do rzadkich usadowień takiego ropienia należy zajęcie przyjądrza. Autor miał sposobność spostrzegać ropne zapalenie w tym narządzie u młodego ozdrowieńca w 3 tygodniu po ustąpieniu gorączki w przebiegu duru brzusznego. Z ropy uzyskanej przez nacięcie ogniska wyhodował autor czyste hodowle prątka durowego. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Taenzer używał nowego środka przeciwgnilnego, difluordiphenylu przy wrzodach różnego rodzaju i stwierdził, że ma własność szybkiego osuszania ran, szybko pobudza ziarninę i sprowadza w krótkim czasie pokrycie przyskórkiem *(Monhf. f. pr. Derm.* T. 28. 1). *F. K.*

Heller (Berlin) opisuje *(Deut. m. Woch.* 1898. 52) trzy przypadki łuszczycy zwycz., powstałej w miejscach drażnionych, raz skutkiem drapania, w 2-gim przyp. około i w miejscu tatuowania, w trzecim w miejscu szczepienia ospy. Ten ostatni przypadek pouczający ze względu na to, że otoczenie chorego uważało szczepienie za przyczynę choroby. *F. K.*

Brenta zaleca przy zapaleniach skóry na tle pasorzytniczem i to tak świata zwierzęcego *(pediculosis)* jak i roślinnego *(pityriasis, erythrasma, favus, trichophytiasis)* używanie trójchlorku żelaza suchego z gliceryną, traumatycyną, lanoliną lub wazeliną w stosunku 25—30%. Wyniki otrzymane w 47 przypadkach powyższych chorób są zachęcające. *(Annal. d. derm. et syphil.* 1898. 11). *F. K.*

Brewer (New York) podaje z bardzo dobrym i szybkim skutkiem urotropinę przy zapaleniach pęcherza i moczowodów w dawce 1,0 gr. 3 r. dnia. Mocz już w paru dniach bardzo znacznie się oczyszcza. *F. K.*

Golding-Bird *(Brit. med. Journ.* 1898) wyjął zapomocą cięcia pęcherzowego 130 kamyczków z gruczołu krokowego, ważących 20,75 gr., złożonych z soli fosforowych: największy ważył 3,75 gr. Cierpienia chorego przez długie lata były bardzo znaczne z powodu częstego przechodzenia kamieni przez cewkę i nieżytu pęcherza. *F. K.*

Jullien zauważył *(Rev. intern. d. thér. et d. pharm.* 1898) częste powstawanie w początku okresu 3-go rzędu. kiły wysypki, podobnej do półpaśca, i sądzi, że jest ona następstwem zatrucia układu nerwowego, czyli zalicza ją do objawów tak zw. parasyfilitycznych. *F. K.*

Hebra zalecał na posiedz. tow. lek. w Wiedniu w *lupus erythematosus* następujące leczenie: Chore miejsca skóry zmywa się (lecz nie wciera) wyskokiem bezwodnym co 2 godziny; wynik ma być w krótkim czasie w tem nieuleczalnem prawie cierpieniu zadziwiający. *F. K.*

Gerdeck przepisuje następujące leczenie w poceniu się nóg: Rano, w południe, wieczór i 4 raz dnia następnego rano, smaruje się zapomocą pędzla formaliną palce i stopę, do czego zużywa się około 10,0; jeżeli jeszcze przykra woń w części pozostaje, wystarcza 1—2-krotne zapędzlowanie 10% roztworem formaliny dla zupełnego usunięcia pocenia, które potem nawet w parowej łaźni trudno wywołać i to zwykle dopiero po 3—4 tygodniach. Dla odkażenia butów wlewa się po parę kropli formaliny do każdego. Nawrót nadmiernego pocenia występuje dopiero po 2—3 miesiącach, ale słabiej niż przed leczeniem. *(Militärärzt. Ztg.* 1898. 4). *F. K.*

Surowcew używa na wzór Jacksona w leczeniu rzeżączki rozcz. sublimatu 1:8—10000 rozcz. 1% węglanu potasowego, wstrzykując 5—7 razy dziennie zapomocą strzykawki Guyona. Już po kilku dniach gonokoki ginęły, a wypływ znacznie się zmniejszał; przeciętny czas do wyleczenia wynosił 16·7 dni. *(Med. prib. k. mor. sb.).* *F. K.*

Ortoform i nirwanina, nowe środki znieczulające zyskują sobie coraz więcej zwolenników. Witkowski (Berlin) i Rotenberger (Monachium) opisują nader pomyślne wyniki przy bólach po wyjęciu zęba, przy odsłoniętej zębowinie i ropniach okołozębowych, zachwalając nie tylko szybko następujące znieczulenie, ale i działanie przeciwgnilne. R. używał nirwaniny w rozcz. 5% do wstrzykiwań w dziąsła przy wyjmowaniu zębów i przekonał się, że znieczula dokładnie, a nie jest szkodliwą nawet dla dzieci. Lipowski *(Th. Mon.* 1898. 12) stosował ortoform z dermatolem na owrzodzenia w krtani; Teisseire (Paryż) na mocy 29 przyp. rozpadlinowych owrzodzeń na sutkach u karmiących, u których stosował ortoform, przychodzi do wniosku, że środek ten uśmierza ból na 12—24 godz., działając przytem przeciwgnilnie i gojąco, gdyż przeważnie po 4 dniach rany się zabliźniały. *F. K.*

Conitzer opisuje *(Münch med. Woch.* 1899. 3) kilka przypadków rozpadliny odbytu, *(fissura ani)* leczonej ichtyolem, który wciera raz dziennie; — wyniki nader zachęcające, gdyż ulga w cierpieniu następowała nader szybko, a wyleczenie w 6—7 dniach. *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 1 lutego 1899 roku.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Pieniążek. — Obecnych 28 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Maks. Rutkowski przedstawił 8 chorych, u których w klinice chirurgicznej wykonał z pomyślnym skutkiem laparotomię. W pierwszym przypadku skręcenie sieci i przyrośnięcie jednej jej części w okolicy kiszki ślepej, a uwięźnięcie drugiej w przepuklinie pachwinowej sprowadziło objawy niedrożności jelit. Sieć oddzielono, względnie odprowadzono i wycięto. W drugim przypadku, gdzie na tle blizny w przewodzie pęcherzykowym powstała puchlina pęcherzyka żółciowego, wykonano wycięcie tegoż. W trzecim rozległego raka odbytnicy usunięto (w 3 tygodnie po założeniu sztucznej rzyci na jelicie esowatem) od tyłu sposobem Kraskego. W czwartym śródbłoniaka kiszki ślepej wycięto, a jelito biodrowe wszczepiono w okrężnicę poprzeczną. W piątym objawy, powstałe skutkiem zwężenia bliznowatego odźwiernika usunięto wykonaniem gastroenterostomii. Podobnie postąpiono przy rozległym raku wychodzącym z krzywizny mniejszej żołądka. W siódmym przypadku raka odźwiernika wycięto, i wykonano gastroenterostomią. Wreszcie w ostatnim przypadku bliznę odźwiernika (podczas operacyi przypuszczano jednak raka) usunięto przez wycięcie odźwiernika, odcinki zaopatrzono sposobem własnym, zbliżonym do sposobu Doyena; jelito cienkie tuż za dwunastnicą przecięto, odcinek odprowadzający wszczepiono do żołądka, doprowadzający zaszyto, oba zaś odcinki połączono ze sobą (enteroanastomoza). Uniknięto w ten sposób kątowatego zagięcia, jakie powstaje w jelicie przy gastoenterostomii i umożliwiono wlewanie się treści dwunastnicy wprost do jelita czczego.

W dyskusyi zabierali głos kol Surzycki, Ciechanowski i Kryński.

Kol. prof. Bujwid mówił: »O nowym sposobie wykrywania arsenu zapomocą pleśniowca«. (Rzecz przeznaczona w całej rozciągłości do druku w »Przeglądzie lek.«). Sprawą tą zajmowali się Gozio i Abba. Pewne pleśnie, mianowicie zaś *penicillium brevicaule* wytwarzają ze związków arsenu arsenowodór, co przejawia się zapachem czosnkowym (demonstracya). Zjawisko to może być zużytkowane do wykrywania arsenu.

W dyskusyi kol. Seńkowski zaznacza, że próba nie może zastąpić ani w części przyrządu Marsha. Zapach nie zawsze można demonstrować, a nie można go przechować jako dowodu. Kol. Seńkowski wątpi w czułość próby zwracając uwagę, że przy zatruciu arszenikiem, gdy cały organizm zawiera zaledwie 0·1—0·5 gr. trucizny, kropla wyciągu nie będzie zawierała 0·01 mg. i nie da odczynu z pleśniowcem; badanie zaś przyrządem Marsha wykaże tu arsen bez trudności. W innym przypadku, gdy chodzi o badanie przedwstępne, wystarczy np. zwinąć podejrzany tapet. zapalić, a woń czosnkowa wskaże na obecność arsenu. Woń czosnkowa nie jest dowodem obecności arsenowodoru, gdyż może zależeć od rozmaitych połączeń organicznych arsenu.

Kol. Bujwid oświadcza w odpowiedzi, że wcale nie myślał twierdzić, iżby próba z pleśniowcem mogła zastąpić próbę Marsha: chodziło mu przedewszystkiem o zwrócenie uwagi na ciekawe zjawisko biologiczne, które nam tłómaczy, w jaki sposób obicia zawierające barwiki arsenowe stają się szkodliwemi dla zdrowia. Co do jakości powstającego gazu, to według badań Gozia ma to być rzeczywiście arsenowodór.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos p. Wróblewski, kolega Ciechanowski i Gertler.

Dr. Ksawery Lewkowicz,
sekretarz doroczny.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe dnia 13 stycznia 1899 r.
Przewodniczący: kol. Prof. Machek. Obecnych członków 36.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Kol. Ballaban opisał »rzadką zmianę dna oka przy błednicy«. (Odczyt przeznaczony do druku).

W dyskusyi zabierali głos koll.: Machek, Bednarski, Gluziński i prelegent.

3. Wybrano członków Komisyi przedwyborczej.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

Sekcya lwowska Tow. lekarsk. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 10 lutego 1899 r.
Przewodniczący kol. Sielski — Członków obecnych 48.

1. Kol. przewodniczący poświęca kilka słów wspomnienia zmarłemu długoletniemu członkowi Tow. drowi Karolowi Berthleffowi. Obecni uczcili Jego pamięć przez powstanie.
2. Kol. przewodniczący składa podziękowanie kol. Drowi Janowi Rosnerowi ze Lwowa za złożenie 450 zła. na fundusz wdów i sierot po lekarzach, jako wywalczone honoraryum od p. S. G.
3. Kol. Skałkowski przedstawia przypadek ciąży w 5 miesiącu u osoby z utrzymaną błoną dziewiczą.
4. Kol. Uhma wygłosił odczyt p. t.: »Kilka danych statystycznych o chorobach płciowych na podstawie własnych spostrzeżeń«. (Rzecz będzie w całości drukiem ogłoszona).
5. Kol. Doc. Wehr wygłosił rzecz: »O szwie sercowym i o resekcyi ściany serca« z demonstracyami. Prelegent zdał sprawę ze swoich doświadczeń, przedsięwziętych nad zeszywaniem i wycinaniem ścian serca i demonstrował swoją metodę odsłonięcia klatki piersiowej celem zaszywania ran sercowych. (Rzecz będzie ogłoszona w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi nad tym odczytem kol. prof. Rydygier przedstawił na zwłokach zalety swojego sposobu operowania.

Kol. Doc. Bar ącz zapytuje prelegenta, czy zakładając szew sercowy szył wszystkie warstwy serca, czy też starał się brać w szew tylko osierdzie i mięsień sercowy jak to poleca Elsberg, starając się uniknąć przebiegu szwu przez wsierdzie (endocardium). Wsierdzie ma być kruchem, a nadto mogą nastąpić zaburzenia w akcyi serca przy drażnieniu go szwem. Dalej zapytuje prelegenta, czy nie próbował zadawać ran wąskim skalpelem i wyczekująco wobec nich się zachowywać. Na dowód, że rany worka sercowego i serca mogą przy wyczekującem leczeniu przebiegać korzystnie, przytacza kol. B. przypadek z praktyki prywatnej przed 5 laty obserwowany z kolegą Lesławem Gluzińskim. Przyniesiono do niego 20-letniego chorego w silnym zapadzie z raną przeszywającą klatkę piersiową, zadaną w pojedynku w okolicę serca w 4 przestworze międzyżebrowym. Po rozwarciu rany wypadło płuco i wylewała się ciemna krew z jamy opłucnowej. Ponieważ B. nie znalazł krwawiącego naczynia (*mammaria interna*), zaszył ranę głębokimi szwami. W chwili badania znaczna odma podskórna i *pneumohaemothorax*. Drugiego dnia po zranieniu wybitne objawy *pneumopericardii:* charakterystyczny szmer młyńskiego koła (Morel-Lavallée), utrzymujący się tylko przez jeden dzień. W 2 tygodniu po zranieniu ponowna wybroczyna w jamie opłucnowej, stłumienie sięgało do kąta łopatki, a punkcya próbna stwierdziła płynną krew. Przy zachowaniu spokoju, stósowaniu worka lodowego i narkotyków, nastąpiło trwałe wyleczenie bez powikłań. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że i w tym przypadku serce było nakłóte. (Streszczenie własne). Po odpowiedzi prelegenta posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VIII. Korespondencye.

Paryż, w styczniu 1899 r.
(Dokończenie).

W Towarzystwie Lekarsko-Chirurgicznem mówił Depierris o wlewaniach do nosa, które zmierzają do tego, aby błona śluzowa jam nosowych i noso-gardzielowej przez czas jakiś stykała się z rozczynami środków lekarskich. Rozczyny takie wprowadza się przez jedno z nozdrzy, przechyliwszy w tył głowę. Przytem należy, aby ciecz nie dostała się do jamy gardłowej, albo oddychać spokojnie przez usta otwarte, lub też, jak radzi autor, wstrzymać oddech przy otwartych ustach. Gdy choremu braknie już oddechu, przechyla głowę naprzód i ciecz wypływa przez nozdrza. Do tych wlewań używać można różnych przyborów, choćby nawet zwyczajnej łyżki.

W Towarzystwie Medycyny i Chirurgii praktycznej zalecał Carron de la Carrière następujący sposób leczenia nieżytu jelit t. zw. *entérite mucomembraneuse* u dzieci: 1) zwalczać zatwardzenie zapomocą środków przeczyszczających oleistych i codziennych wlewań, oraz mięsienia; 2) jako pożywienie podawać pokarmy dobrze wygotowane lub tłuczone *(purée)*, a także surową baraninę skrobaną; 3) działać uspakajająco na ogólny stan nerwowy zapomocą ciepłych natrysków; 4) unikać różnych przyczyn, mogących sprawę zaostrzyć, jako to: błędów w dyecie i przeziębienia; 5) łagodzić przewlekłe podrażnienie jelit zapomocą okładów nabrzusznych z ropy solnej *(eaux mères)* z Salles-de-Béarn; 6) przeprowadzić leczenie wodą w Plombiéres (dla dzieci nerwowych) lub w Châtel-Guyon (dla dzieci limfatycznych). — André Martin, opierając się na szeregu spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że *colite muco-membraneuse* jest jedną z postaci skazy, zwanej *neuro-arthritisme* i wskutek tego, oprócz usunięcia przyczyny wywołującej (niestrawność, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie macicy lub jajników i t. d.), niezbędnem jest zawsze leczenie ogólne, zwrócone przeciw wspomnianej skazie ustroju.

W Towarzystwie Terapeutycznem doradzał Gallois zapobiegać ciągłemu wyciekaniu płynu po nakłóciu w puchlinie brzusznej w sposób następujący: 1) zaraz po nakłóciu wysuszyć dobrze skórę dokoła otworu nakłócia; 2) posypać skórę dokoła krochmalem w proszku; 3) na samym otworku ułożyć trzy coraz większe kwadraciki hubki, jeden na drugim; 4) przytrzymując hubkę, nałożyć na nią dwa podłużne kawałki waty, krzyżujące się na hubce i przymocować je zapomocą kollodium; 5) na to wszystko nalać kollodium na 3 cm. wokoło. — Fournier twierdzi, iż miał pomyślne wyniki w 10 przypadkach przewlekłej gruźlicy płucnej po wstrzykiwaniach podskórnych 2% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie, dochodzących do 0·37 kwasu dziennie. Wstrzykiwania są mało bolesne i wogóle dobrze znoszone. — Blondel zaleca przeciwko upławom, mającym swe źródło w stanie zapalnym szyjki macicznej, następujący sposób: przez pięć minut przemywa jamę szyjki zapomocą cienkiej kaniuli 3% rozczynem dwuwęglanu sodowego. Następnie chwyta szyjkę w łyżki wziernika i gniotąc ją zlekka wyciska zawartość gruczołów szyjki, poczem ponownie ją przemywa. O ile szyjka nie jest wskutek przewlekłego zapalenia zwyrodniałą włóknisto, to wyleczenie następuje szybko w ciągu 1 do 2 tygodni. — Gabriel Maurange podaje, iż od lat trzech leczy kiłę głównie wstrzykiwaniem sublimatu w mięśnie pośladkowe (0,01 na 4 gr. roztworu fizyologicznego NaCl). Wstrzykiwania te powtarza co 2 dni przez dni 40 (czyli ogółem 20 wstrzyknięć). Następnie przez 2—4 tygodni przerwa w leczeniu, poczem znowu 10 wstrzyknięć w ciągu 20 dni. W rzadkich przypadkach zachodzi potrzeba

powtórzenia jeszcze jednej takiej seryi z 10 wstrzyknięć. Leczenie to nie sprawia choremu znaczniejszych bólów, nie przeszkadza mu w zajęciach, a wyniki mają być najzupełniej zadawalniające.

W Towarzystwie Dermatologicznem przedstawił Lenglet czyste hodowle prątka Ducreya (drobnoustrój wrzodu miękiego), których dotąd nie udawało się otrzymać. Składu pożywki, w jakiej hodowle te się rozwinęły, autor dokładnie nie podał; wspomniał tylko, iż zwrócił się do składników skóry ludzkiej, aby wytworzyć pożywkę, zbliżoną do przyrodzonego podłoża, w jakiem prątek Ducreya się rozwija. Zapomocą swoich czystych hodowli zdołał L. wywołać wrzód miękі u ludzi i z niego znowu otrzymać hodowle czyste, które jednak wogóle giną już po 3 dniach. Szczepienia na zwierzętach nie udają się. Również nie udało się autorowi wyhodować prątków na zwykłych pożywkach. Gastou i Haury przedstawili wypadek nabłoniaka nosa, wyleczonego zapomocą sposobu Černego i Truneceka. W przypadku tym wykazało badanie drobnowidowe, że komórki rakowe były otoczone i oddzielone od siebie przez obfity naciek komórek pochodzenia limfatycznego. Ze zbadania 5 podobnych przypadków wynika, że im więcej w nowotworze komórek tego rodzaju, tem łatwiej można go wyleczyć wspomnianym sposobem. — Balzer podał następujące spostrzeżenie: u młodej dziewczyny rozwinął się po operacyi w okolicy ucha bliznowiec (keloid), który, raz usunięty, powrócił i dosięgnął rozmiarów jaja kurzego. Chora jest zołzowatą, a w rodzinie jej było wiele przypadków gruźlicy. Wobec tego przeprowadził Balzer leczenie, doradzane już przez Marie'go, t. j. wstrzyknął do bliznowca 1 cm.³ 20% oliwy kreozotowej, co wywołało silny proces zapalny. Potem 9 razy jeszcze powtórzono podobne wstrzyknięcia, co sprowadziło ostatecznie zupełny zanik bliznowca. — Jacquet radzi leczyć wyłysienie w sposób następujący: szczotką z ostrej szczeciny nakłówać kilkakrotnie miejsca wyłysiałe i ich brzegi, powtarzając ten zabieg przynajmniej rano i wieczór; części zaś jeszcze nie wyłysiałe nacierać silnie także szczotką 2 razy na dzień. Celem podobnych zabiegów jest wzbudzenie lekkiej sprawy zapalnej, która mogłaby pobudzić czynności życiowe skóry. W samej rzeczy zdołał Jacquet w ten sposób w kilku przypadkach osiągnąć wyleczenie nader uporczywego wyłysienia w ciągu kilku miesięcy. Zabiegów tych należy dokonywać aseptycznie. Szczotkę trzeba wygotować, a przed każdem nakłówaniem zanurzać w następującej mieszaninie: *Alcoh. 96%—80·0, Ol. Ricini 20·0, Sublim. corros 0·10. Ext. opoponax, Trae Cochenillae aa gut. XX* i dobrze obtrząsnąć przed użyciem.

W Towarzystwie Położników Paryskich przedstawili Bar i Keim zajmujące spostrzeżenie. Kobieta z miednicą zwężoną ogólnie, główka wysoko; na mieście 2 razy zakładano kleszcze bez skutku. Przywieziono chorą do kliniki, gdzie powiodło się z łatwością założyć kleszcze. Podczas pociągania usłyszano trzaśnięcie, poczem główka natychmiast zeszła do próżni miednicy; dziecko wydobyto żywe. Natychmiastowe badanie wykazało pęknięcie spojenia łonowego; części miękie, pod niem się znajdujące, uległy rozdarciu. Pochwa była rozdartą na całej prawie wysokości z prawej strony i mocno krwawiła. Ranę sromu zaraz zeszyto, w cewce moczowej pozostawiono cewnik, a po rozwiązaniu wytamponowano szczelnie macicę i pochwę. Mimo to krwawienie nie ustawało, a stan chorej zaczął się pogarszać. Wobec tego wyjęto tampony i założono gazę jodoformową, napojoną 10% roztworem żelatyny, poczem krwotok ustał. Stan chorej wciąż jednak był groźnym, wystąpiła gorączka, a na piąty dzień chora zmarła z oznakami ostrego zakażenia. W przypadku tym żelatyna działała tamująco, autorowie zapytują jednak, czy nie przyczyniła się ona pod pewnym względem do zakażenia, jako ogólnie dobra pożywka dla drobnoustrojów? — Demelin i Leroy podali przypadek śmierci z ostrego zakażenia połogowego, w którym sekcya wykryła galaretowaty obrzęk więzów szerokich, wywołany, jak się okazało, przez prątki wąglikowe. Zmarła pracowała w fabryce obuwia.

W Towarzystwie Położniczo-Ginekologicznem zalecają Maygrier i Blondel leczyć rozpadliny brodawki sutkowej zapomocą ortoformu w proszku lub w roztworze wyskokowym. — Porak i Durante opisywali przypadek macicy dwudzielnej, w którym po porodzie stan był dobry, lecz 9-go dnia nagle nastąpiła śmierć. Przy sekcyi znaleziono wrodzony brak nerki; jajniki cienkie, wydłużone w formie pałeczek; w tętnicy płucnej 3 świeże zatory, które spowodowały śmierć nagłą. Przyczyną ich było zakaźne zapalenie żyły miednicowej prawej, datujące od jakich 4—5 dni. Przy badaniu bakteryologicznem znaleziono w ognisku zapalnem krótkie prątki, przypominające *bacterium coli*. We krwi nie można było ich wykryć. Chora przed śmiercią nie przedstawiała żadnych oznak zakażenia. *W. Kania.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 lutego 1899 r.

† Dr. LUDWIK WISZNIEWSKI

D. 18 b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Ludwik Wiszniewski, wielkiego wzięcia lekarz praktyczny, radny miasta Krakowa, członek Towarz. lekar. krak. i Towarz. ginekologicznego, konsulent sanitarny dyrekcyi kolei państw., lekarz Zakładu dla nieuleczalnych im. Helclów, członek wielu innych towarzystw naukowych i dobroczynnych.

Ś. p. Ludwik Wiszniewski przyszedł na świat r. 1847 w Niepołomicach, szkoły średnie i nauki lekarskie odbył w Krakowie; następnie wiedzę swą pogłębiał i rozszerzał w Wiedniu, specyalnie poświęcając się pedyatryi i ginekologii. Po powrocie do Krakowa pracował w szpitalu św. Łazarza i w owym czasie ogłosił 8 prac z dziedziny pedyatryi i chirurgii.

Niezmordowaną pracą, skrzętną zapobiegliwością, sumiennem traktowaniem zawodu, czynami względności, wyrozumiałości i miłosierdzia, zjednał sobie ś. p. Ludwik Wiszniewski nie tylko wielką wziętość, lecz i szczere uznanie szerokiego ogółu. W kołach koleżeńskich posiadał poważanie i wiele sympatyi, w dowód czego powierzano mu urząd wiceprezesa Tow. lek. krak., a później godność wiceprezesa Tow. ginekologicznego, którą do końca życia piastował. W radzie miejskiej pracował gorliwie w sekcyach sanitarnej i dobroczynnej i wiele zasług położył w Towarzystwie dobroczynności, jako jego wiceprezes. Najlepszy kolega, szlachetny człowiek, światły lekarz, dobroczynny i miłosierny, zeszedł do grobu wśród głębokiego żalu i błogosławieństw społeczeństwa, któremu poświęcił swój pracowity żywot.

Zmarł z duru brzusznego w 52 roku życia.

Cześć Jego pamięci!

— Otrzymujemy następujące pismo:

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe.

»Jednem z głównych zadań pogotowia ratunkowego, utrzymywanego we dnie i w nocy przez Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe, jest oprócz udzielania pierwszej pomocy w przypadkach nagłych chorób, także w specyalnych na ten cel urządzonych wozach przewożenie chorych. Dotychczas z powodu braku odpowiednich urządzeń, nie mogło pogotowie ratunkowe przewozić osób, dotkniętych chorobami zakaźnemi, jak ospą, płonicą, odrą, durem, różą itp., co narażało społeczeństwo na bardzo wielkie niedogodności, a było dla Towarzystwa Ratunkowego znacznem ograniczeniem w usługach, jakie winno było oddawać cierpiącej ludzkości. To też od lat kilku pragnął Wydział Towarzystwa Ratunkowego uzupełnić w tym kierunku działalność pogotowia ratunkowego, lecz zamiary jego rozbijały się o brak potrzebnych na ten cel funduszów. Nareszcie obecnie, wprawdzie nie z ofiar publiczności, jak dotąd niezbyt dla Towarzystwa Ratunkowego hojnej, ale z samopomocy, mógł Wydział zaopatrzyć pogotowie ratunkowe we wszystko to, co do przewożenia takich chorych jest konieczne, a głównie w umyślnie na ten cel urządzony wóz, dający się po każdem użyciu doszczętnie odkazić. Równocześnie wygotował Wydział dla personalu, przy przewożeniu takich chorych zajętego,

dokładną instrukcyą, na prawidłach nauki opartą, i zarządził wszystko w najdrobniejszych szczegółach, co uważał za potrzebne, aby jak największe zyskać bezpieczeństwo co do zupełnego uchronienia publiczności przed temi zarazami.

Podając zarządzenia te Wydziału Towarzystwa Rat. do wiadomości społeczeństwa naszego, zapewniamy równocześnie, że wóz ratunkowy dla zakaźnych chorych przeznaczony, nigdy do przewożenia innych chorych używany nie będzie, intelligentny zaś i sumiennie do przepisów stosujący się personal pogotowia ratunkowego, bo z młodych lekarzy się składający, daje rękojmią, że wóz po każdem użyciu według prawideł nauki odkażeniu poddany, będzie zupełnie bezpiecznym.

Przy tej sposobności przypominając publiczności Towarzystwo Ratunkowe polecamy aż nadto skromne fundusze Towarzystwa opiece tego społeczeństwa, któremu Towarzystwo Ratunkowe chętnie a zawsze bezinteresownie i dodatnio służy.

Kraków, dnia 17/2 1899.

Sekretarz: Prezes:

Dr. Michał Sliwiński. *Prof. Dr. Bol. Wicherkiewicz.*

— WP. Dr. Władysław Ściborowski ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. następujące dary: 1) »Rocznik Towarzystwa naukowego krakowskiego«, Ser. I. T. 1—15, S. II. T. 2—8, S. III. T. 1—21, ogółem komplet, złożony z 44 tomów. 2) »Zbiór wiadomości do antropologii krajowej« — komplet, złożony z 18 tomów. 3) »Sprawozdania komisyi fizyograficznej Akademii Umiejętności w Krakowie«, całkowity zbiór, złożony z 33 tomów. 4) Wielką encyklopedyę Orgelbranda w 28 tomach. Zbogacając księgozbiór Towarzystwa obecnie 122 wykwintnie oprawnymi tomami cennych, w znacznej części w obiegu wyczerpanych, a kompletnych wydawnictw, nie po raz pierwszy objawia Szanowny Ofiarodawca tak wielką życzliwość dla Biblioteki, gdyż już przed kilku laty obdarzył Bibliotekę Tow. podobnym zbiorem »Pamiętnika Akad. Umiej.«, »Rozpraw Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii«, »Tygodnika lekarskiego«, »Przeglądu lekarskiego« i t. d. Za te hojne dary składam Mu w imieniu Zarządu Towarzystwa najgorętsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza konkurs na nagrodę, ustanowioną przez Dra Jonatana Warschauera, wyznaczając na temat pracy konkursowej: »Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń«. Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii, oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem, autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek. Nagroda konkursowa wynosi 1.200 złr. w. a. Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31 grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samem godłem. Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901 r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy, w rocznicę zgonu Dra J. Warschauera, to jest 10 listopada.

— V. Zjazd francuskich internistów rozpocznie się 2 lipca b. r. w Lille. Przedmiotem obrad będą: »Myocarditis« (ref. Huchard i Renaut) »Bielica« (ref. Denis i Sabrazès) i »Przywykanie do leków« (ref. Simon i Heymans). Informacyi udziela sekretarz zjazdu, Dr. Combemale w Lille, Boul. de la Liberté, 128.

— Międzynarodowa konferencya w sprawie zapobiegania szerzeniu się kiły i chorób płciowych zbierze się w Brukseli w dniu 4-go września b. r.

— VII. międzynarodowy zjazd w sprawie zwalczania alkoholizmu ma się odbyć w Paryżu 4—9 kwietnia 1899.

— We wrześniu 1899 ma się odbyć w Budapeszcie zjazd międzynarodowy w sprawie opieki nad dziećmi. Oprócz sekcyi prawniczej, wychowawczej i dobroczynnej będzie obradować na zjeździe sekcya lekarska nad następującemi sprawami: hygiena dzieci, opieka nad podrzutkami, opieka nad kalekami, zabawy i gry dziecinne, hygiena szkolna, hygiena młodocianych robotników, alkoholizm u dzieci.

— W Paryżu powstać ma towarzystwo pedyatryczne.

— Sprawa zakładów ludowych dla suchotników postępuje w Niemczech bardzo szybko naprzód. W Saarbrücken powstaje zakład na 100 łóżek kosztem przedsiębiorstw przemysłowych okolicznych, które złożyły 200000 M.; drugą połowę kosztów pokryje pożyczka z zakładów ubezpieczeń na życie. W okręgu Essen i Mülheim nałożono na utrzymanie zakładów na ludność po 1 feniku rocznie na głowę. Centralny zarząd Towarzystwa budowy takich zakładów udziela mniej zamożnym okolicom odpowiednich pożyczek. W Würtembergii zapewnił sobie miejscowy komitet z jednorazowych składek już 74.000 M. — a z rocznych — 5000 M. Kasa oszczędności ofiarowała pożyczkę 300000 M. na 1%, zwrotną w 50 latach itp. Wogóle istnieje w Niemczech 33 towarzystw, budujących zakłady, a 20 zakładów jest już czynnych. Żywy ruch w tym kierunku rozwija się w Rosyi, gdzie przodują Inflanty. W Warszawie, jak donosiliśmy, wzięto się raźno do dzieła. W Galicyi ma powstać zakład w Zakopanem, pod kierunkiem Dra Dłuskiego, ale o ludowych uzdrowiskach dotąd głucho....

— Zdaje się, że w Niemczech zanosi się nareszcie na ograniczenie nad miarę wybujałego partactwa lekarskiego; przemawiałaby za tem przynajmniej okoliczność, że ministeryum oświaty zażądało od Izb lekarskich tamtejszych orzeczeń, określających szkody, wyrządzone przez partactwo.

— W Odessie ma być w jesieni b. r. otwarty wydział lekarski.

— Dość dziwna sprawa sądowa rozegrała się niedawno w Pau we Francyi. Pewnego lekarza oskarżono o to, że stał się sprawcą śmierci operowanej przez siebie chorej, a to pozostawiając przez nieuwagę kleszczyki zaciskowe w jamie brzusznej. Lekarz oświadczył, że niepodobna, aby to było przyczyną śmierci, która nastąpiła już w 3 godziny po operacyi i utrzymywał, iż chora została otrutą. Wobec tego mąż chorej oskarżył lekarza jeszcze o potwarz i oszczerstwo. Przed sądem zażądał lekarz ekshumacyi zwłok i sekcyi sądowo-lekarskiej. Sąd wydał wyrok co najmniej zagadkowy, a mianowicie — nie zezwolił na ekshumacyę..., lecz uwolnił zarazem lekarza od wszelkiej odpowiedzialności.... (»Med. moderne«, 1899, Nr. 11).

— W Chinach poczęło wychodzić w Hongkong pierwsze pismo lekarskie. W Japonii jest ich już 30.

— Nowe prawo o szczepieniu w Anglii wydało w ciągu trzech miesięcy taki wynik, że 275.000 dzieci uchyliło się od szczepienia.

Mianowania. Doc. Dr. Kümmel mianowany profesorem nadzwyczajnym otyatryi i laryngologii w Wrocławiu; Dr. Held profesorem nadzwycz. anatomii w Lipsku; prof. Garrè z Rostocku powołany został na katedrę chirurgii w Bazylei na miejsce zmarłego Socina. Dr. Czermak mianowany zwycz. prof. anatomii porów. i embryologii w Dorpacie.

Zmarli: Dr. Józef Maciulski w Rudkach. Dr. Monier, prof. chemii biologicznej w Genewie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Nowinach lekarskich* Z. 2: Dr. Szuman L.: Spostrzeżenia dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, z przerostu gruczołu krokowego wynikających. Dr. Flatau E.: Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań. Dr. Sędziak Jan: Kilka uwag w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani (dok.). W *Medycynie* Nr. 7: Dr. Funk J.: O cierpieniach skóry, towarzyszących błednicy. Kraushar M.: Kilka słów o krzywicy w Warszawie (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Paschkis: Agenda therapeutica. Wiedeń, 1899. (Zestawienie nowszych środków i przepisów lekarskich).

— Radca dworu prof. Rydygier: 1) Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie (odb. z »Gaz. lek.«). To samo po niemiecku (odb. z „Wr. klin. Woch.“). 2) Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran (odb. z »Medycyny«). 3) Einige Bemerkungen über die auf unserer klinik geübte Methode der Anti- u. Asepsis (odb. z »Wr. klin. Woch.«). 4) Mittheilungen aus der chirurg. Klinik in Lemberg (odb. z „Wr. klin. Woch.“).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie we środę, dnia 1 marca b. r. o godzinie 6-tej wieczór w sali Śniadeckich (Collegium novum) z następującym porządkiem dziennym:

Kol. Bier wypowie rzecz: „O nowszych sposobach odkażania przestrzeni“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 5791/99.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państw. z siedzibą *w Tarnowie* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Tarnowie przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 59·3 do kilometra 93·4 na linii Kraków-Podwołoczyska i od kilometra 0·0 do kilometra 0·47 na linii Tarnów-Orlo, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Biadoliny, Bogumiłowice, Tarnów i Wola rzędzińska. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jako też wykonania innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 800 złr. i 120 złr. ryczałtu na dorożki rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 maja 1899 r.

Kraków, dnia 7 lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 4545/90.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą *w Węgierskiej Górce* lub też ewentualnie *w Milówce* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Węgierskiej Górce przydzielona jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 28·0 na linii Zwardoń-Nowy Sącz, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Zwardoń, Sól, Raycza, Milówka i Węgierska Górka. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków Kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej okreslonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 600 złr. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgać można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od dnia 1-go kwietnia 1899 roku.

Kraków, dnia 6-go lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.



Rok XXXVIII. Kraków, 4 Marca 1899. Nr. 9.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 1-0 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Marca 1899. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

TABLICA XI.

Ucisk jelita. *Compressio intestini.* Przypadków 4.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
126*	Marya Ch., l. 30.	6 dni	Stan zły. Wymioty częste. Wzdęcie mierne. Guz rozlany w lewem podpępczu	*Occlusio.*	*Laparotom.*	Ciąża zamaciczna lewa, pęknięcie jaja, ucisk.	*Occlusio e compressione gravidit. extrauter.*	*Mors* w 3 godziny.	
127*	Regina Piętak, l. 62.	2 dni	Wymioty, czkawka. Silne bóle. Wzdęcie duże. Torbielak jajnikowy.	*Occlusio e compress. Kystom.*	*Ovariotomia.*	Torbielak jajnikowy, ucisk na jelito cienkie.	*Compressio intest. Kystoma ovar.*	*Sanat.*	
128	Zofia Jolenc, l. 33.	8 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle stałe. Wzdęcie znaczne. Torbielak jajnika. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e compress. ad Kystoma ovarii.*	*Ovariotomia anus praeter natur.*	Zgorzel uciśniętego jelita. Zapalenie otrzewnej.	*Occlusio e compression. aa Kystoma ovarii.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
129	Anna Rozner, l. 64.	4 dni	Przed 2 laty *laparotom.* z jakiego powodu, nie wiadomo. Stan zły. Wymioty częste. Bóle jednostajne. Wzdęcie duże. Torbielak jajnika. Zarysowanie się pętli jelit.	*Compressio ad Kystoma ovarii.*	*Anus praet. naturam.*	Zgorzel powyżej uciśniętego jelita. Zapalenie otrzewnej.	*Occlusio e compress. ad Kystoma ovarii.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

Ucisk polegał na zaklinowaniu jelita pomiędzy guzy, wychodzące z części rodnych wewnętrznych kobiecych, a ściany kostne miednicy. Chore zgłaszały się średnio po 5 dniach choroby z silnymi bólami, bardzo częstemi wymiotami, ze znacznem wyczerpaniem sił.

Rozpoznanie po zbadaniu przez pochwę nie przedstawiało żadnych wątpliwości. Zgorzel jelita pojawiła się 2 razy (128, 129) i to raz (128) w miejscu ucisku, w 129 zaś przypadku powyżej przeszkody. Część doprowadzająca była tu nadmiernie rozdęta.

Operacya polegała na usunięciu guza uciskającego, co powiodło się 3 razy (126, 127, 128), raz zaś (129) wobec zupełnie złego stanu chorej musiano odstąpić od tego doszczętnego zabiegu.

W obu przypadkach zgorzeli jelita po usunięciu części zgorzelinowej, wszyto odcinki jelita w ranę brzuszną. Oba te przypadki zakończyły się śmiercią.

Z ogólnej liczby 4, jedna tylko chora wyzdrowiała, co stanowi 25% wyleczeń.

TABLICA XII.

Zatkanie. *Obturatio.* Przypadków 3.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
130	Tekla B., l. 60.	5 dni	Dawniej zupełnie zdrowa. Żółtaczki, ani kolki żółciowej nigdy nie było. Stan dobry. Bóle napadowe. Wymioty. Wzdęcie mierne. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. mechan.*	*Enterotomia. Extractio calculi biliar. Enterorhaphia.*	W jelicie cienkiem kamień żółciowy kształtu korka. Jelito około kamienia obkurczone.	*Obturatio e calculo biliari.*	*Sanat.*	
131	dtto	2 dni	W 2 tygodnie po poprzedniej operacyi. Stan dość dobry. Wymioty. Bóle napadowe. Ruchy jelit wybitne.	*Infractio intest.*	*Laparotom.* Przesunięto kamień z dolnego odcinka jelita biodrow. do kątnicy.	W dolnym odcinku jelita biodrowego kamień kształtu i wielkości, jak poprzedni.	*Obturatio e calcul. biliar.*	*Sanat.*	W 5 dni po operacyi odszedł kamień ze stolcem.
132	dtto	2 dni	W miesiąc po ostatniej operacyi. Stan zły. Zresztą przypady tesame.	*Obturatio e calculo biliar.*	*Enterotomia, extractio calculi, enterorhaphia.*	Kamień, jak poprzednio, w górnej części jelita biodrowego.	*Obturatio e calculo biliar.*	*Mors.*	

U chorej, która po raz pierwszy zgłosiła się w 5-tym dniu choroby, ze względu na zupełny brak wskazówek tak w wywiadach, jak i badaniu przedmiotowem, można było poznać jedynie niedrożność mechaniczną i to na tle zamknięcia. Otwarcie jamy brzusznej wykazało kamień żółciowy walcowaty o średnicy 3 cm. i wysokości 3 cm. około którego ściany jelita były silnie obkurczone. Wzdęcia zastoinowego prawie nie było. W przeciągu siedmiu tygodni przypady te jeszcze 2 razy się powtórzyły. Stan ogólny oczywiście coraz więcej podupadał. Leczenie polegało za każdym razem na otwarciu jamy brzusznej. 2 razy wyjęto kamień przez poprzeczne nacięcie ściany jelita z następowem zeszyciem. Raz wobec tego, że kamień znajdował się tuż przed zastawką Bauhina, przesunięto go z jelita biodrowego do kątnicy. Kamień w 5 dni odszedł ze stolcem. Chora po trzeciej operacyi zmarła wśród znacznego wyniszczenia.

TABLICA XIII.

Niedrożność z powodu blizny. *Occlusio e cicatrice.* Przypadków 3.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
133*	Teodor Ludrański, l. 36.	Kilka dni	Podobne napady co kilka tygodni od 2 lat. Nudności, wymioty. Bóle napadowe. Guz wielkości jaja gęsiego na prawo od pępka.	*Occlusio e cicatrice.*	*Laparotom.*	Kątnica o ścianach zgrubiałych.	*Stenosis coeci e typhlitid. chron.*	*Sanat.*	
134*	Hinda Engel, l. 48.	10 dni	Przebywała dur brzuszny. Od $1\frac{1}{2}$ roku stolec zaparty. Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruchy wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Entero-anastomos.*	Zwężenie bliznowate kiszki wstępującej.	*Occlusio e cicatrice coli ascend.*	*Mors* w 24 godzin.	
135	Franciszek Zaleśny, l. 43.	5 dni	Przed 2 laty choroba połączona z bólami brzucha. Nudności. Wymioty. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Entero-anastomos.*	Blizna okrężna jelita cienkiego, jelito powyżej rozdęte, ściany zgrubiałe.	*Occlusio e cicatrice.*	*Sanat.*	

Niedrożność, powstałą wskutek blizny okrężnej, spostrzegaliśmy zaledwie 3 razy. Wszyscy chorzy zgłaszali się po dłuższym już czasie trwania objawów zupełnej niedrożności. Odpowiednio do przewlekania się cierpienia odżywienie ich było znacznie podupadłe. W wywiadach chorzy wyraźnie zaznaczali, że podobne objawy przebywali już kilkakrotnie, choć w mniejszym stopniu. Wzdęcie bywało mierne, niejednostajne, kształt odpowiednio do siedziby przeszkody różny. Ruch jelit nadzwyczaj wybitny, a kierunek jego był stały.

Blizna raz zajmowała całą kątnicę, w drugim przypadku zaciskała okrężnie kiszkę wstępującą, wreszcie w trzecim jelito cienkie. Przyczyny powstania blizny nie można było dokładnie określić.

Postępowanie nasze polegało na usunięciu, a względnie ominięciu przeszkody w 2 przypadkach t. j. na wykonaniu entero-anastomozy.

Wyleczeń uzyskano 66·6%.

Jeden chory umarł z powodu zapadu po operacyi.

TABLICA XIV.

Gruźlica jelita. *Tuberculosis intestini.* Przypadków 8.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
136*	Frajde Rubel, l. 12.	24 godzin	Nagle wskutek błędu dyetetycznego silne bóle, wymioty. Siły słabe. Wzdęcie kuliste. Ruchy wybitne.	*Torsio intest.*	*Laparotom.*	Cała otrzewna zasiana guzkami.	*Peritonitis tbc.*	*Mors* w 24 godzin.	
137*	Rozalia Bodzeń, l. 30.		Choroba od kilku lat. Od kilku zaś tygodni gwałtowne objawy. Silne bóle. Wymioty. Wzdęcie kopułowate. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Enterostomia.*	Obok rozdętych jelit cienkich znaleziono naciek wielkości sporej pięści w kątnicy, przybity do tylnej ściany. Gruczoły zajęte.	*Tubercul. coeci.*	*Sanat.*	W kilka tygodni po operacyi przetoka jelitowa zamknęła się, a kał bez dolegliwości przechodzi drogą naturalną. Guz zmniejszył się. W kilka lat później zmarła wskutek gruźlicy płuc; naciek gruźliczy w kątnicy.
138*	Rudel Kemplerowa, l. 43.	12 dni	Od 6 miesięcy objawy zwężenia. Wymioty. Bóle silne. Wzdęcie mierne. Ruchy wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Laparot.*	Jelito biodrowe z kątnicą zrośnięte w jedną masę. Liczne guzki na otrzewnej.	*Strictura coeci tbc. Peritonitis tbc.*	*Mors* w 24 godzin.	
139*	Dziewczyna l. 14.	5 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle nagłe, ciągłe. Wzdęcie jednostajne.	*Torsio. Peritonitis.*	*Laparot.*	Gruzełki rozsiane na otrzewnej. Kątowate zagięcie od zwyrodnienia gruczołu.	*Accretio angularis. Tbc. peritonei et glandul.*	*Mors* w 24 godzin.	
140*	Stanisław Zdechlikiewicz, l. 18.		Od roku objawy zwężenia. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruchy wzmożone.	*Occlusio e cicatrice.*	*Resectio coeci Enterorhaphia.*	Kątnica gruźliczo naciekła, wielkości pięści.	*Tbc. coeci.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	Po 2 latach zdrów.
141*	Franciszka Bełdowa, l. 25.	10 dni	Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruch wybitny.	*Stenos. intest.*	*Laparot. Lysis.*	Rozsiane guzki na otrzewnej. Kątowate zagięcie jelita wskutek przyrośnięcia do zwyrod. gruczołu.	*Tbc. periton. Accretio angular.*	*Sanat.*	W przebiegu *dehiscentia vulner.* z powodu kaszlu.
142	Antonina Marzec, l. 43.	7 dni	Od 9 lat bóle i zaparcie stolca. Stan lichy. Wymioty. Silne bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Wolny płyn w jamie brzusznej. Ruchy wybitne.	*Tbc. intest.*	*Enteroanastom.*	Otrzewna zasiana guzkami. W górnej części jelita biodrowego zwężenie.	*Tbc. ilei.*	*Sanat.*	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
143	Marya Żbik, l. 34.	Kilka dni	Od dawna bóle brzucha. Obecnie wymioty. Bóle ciągłe. Wzdęcie duże. Wolny płyn. Ruchy wybitne.	*Tbc. intest.*	*Lysis.*	Liczne zrosty między jelitami powodują zagięcie. Gruczoły powiększone. Wycięty gruczoł okazuje zmiany gruźlicze.	*Accretiones tbc.*	*Sanat.*	

Gruźlicę jako przyczynę niedrożności zupełnej spostrzegaliśmy 8 razy. Przeważał wiek młody. Wywiady wskazywały na długie trwanie cierpienia. Początek niedrożności zazwyczaj bywał dość gwałtowny. 7 razy pojawiły się wymioty dość częste a raz kałowe (141) po 10 dniach choroby. Bóle zazwyczaj bardzo silne, 4 razy występowały napadowo. Wzdęcie brzucha 6 razy było miernego stopnia, a 2 razy (142, 143) znacznych rozmiarów i w tych przypadkach dał się zarazem wykazać wolny płyn w jamie otrzewnej. Wybitny ruch o stałym kierunku, a mianowicie ku przeszkodzie, stwierdzono 7 razy. Zamknięcie światła jelita powstawało najczęściej wskutek kątowatych zagięć z powodu zrostów, jako wytworu gruźliczego zapalenia otrzewnej, rzadziej jako następstwo naciku gruźliczego w samej ścianie jelita i to znów albo zajmującego znaczniejszą przestrzeń (2 razy *tbc. coeci)*, albo też tworzącego okrężny, wąski pasek (raz *tbc. int. ilei).* Ściany jelita, położonego powyżej przeszkody, były przerosłe w rozmaitym stopniu. Najwybitniejszy przerost odnosił się do tych przypadków, w których ściana jelita była bezpośrednio zajęta przez sprawę gruźliczą. W przypadkach zrostów z następowem zagięciem usuwano zrosty (5 razy). U chorego 137 z naciekiem w kątnicy założono rzyć sztuczną z wyleczeniem. W drugim przypadku gruźliczego zajęcia kątnicy wycięto ją również ze skutkiem pomyślnym. Raz wykonano ze skutkiem pomyślnym entero-anastomozę z powodu okrężnego zaciśnięcia jelita biodrowego. Wogóle wyleczono chorych 5 t. j. 62·5%. (C. d. n.).

II. Biologiczny sposób wykrywania arsenu zapomocą hodowli pleśni.

(Demonstracya w Tow. Lek. Krak. w dniu 1/II 1899).

PODAŁ

O. Bujwid.

Przypuszczenia, że pleśnie mogą sprowadzać wytwarzanie się arsenowodoru, datują się od dawna; opierając się na tem różni badacze wspominają o szkodliwości obić, malowanych zielenią Szweinfurcką i zielenią Scheelego, które zawierają arsen[1]). Podobnie działać mają niektóre barwniki czerwone, zawierające arsen. Dawniejszym przypuszczeniom brakło jednak badań doświadczalnych, które mogły nastąpić dopiero z udoskonaleniem sposobów stosowanych w bakteryologii przy otrzymywaniu czystych hodowli.

Zapomocą środków, jakie obecnie posiadamy, można było przekonać się dowodnie, że niektóre gatunki pleśniowców posiadają tę własność wytwarzania gazowych produktów o charakterystycznej woni arsenowodoru z połączeń arsenu. Gosio[2]) w r. 1892 ogłosił dwie prace w tym przedmiocie i opisał szereg pleśniowców, które w ten sposób działają, n. p. *Mucor Mucedo, Aspergillus glaucus* i *Penicillium glaucum.* Szczególnie odznacza się z pośród nich pewien rodzaj pędzelkowca, *Penicillium brevicaule,* który może służyć za łatwy odczynnik do wykrycia arsenu.

Gdy do hodowli tego pleśniowca, rosnącego na ziemniaku w postaci białej, podobnej do puchu masy, dodamy drobny ślad połączenia, zawierającego arsen, natenczas już po kilku godzinach w ciepłocie 37° C. można zapomocą powonienia odczuć właściwy czosnkowy zapach, który staje się bardzo wyraźnym po 24 godzinach.

Abba[2]) badając zachowanie się tego pleśniowca wobec innych środków chemicznych, nie mógł wykryć wobec żadnego z nich owego charakterystycznego zapachu. Bakterye gazu tego nie wytwarzają. Ponieważ własność tę możnaby zużytkować przy rozmaitych próbach sądowo-lekarskich, postanowiłem oznaczyć granicę działania tego sposobu. W tym celu uprosiłem p. Dra Wróblewskiego, inspektora Zakładu badania środków spożywczych o przygotowanie tak słabego roztworu kwasu arsenawego, ażeby chemiczne badanie dawało tylko bardzo niepewne wyniki.

Rozczyn ten, którego 0,1 cm.³ zawiera 0,1 mgr. arsenu, ilość dającą w aparacie Marsha zaledwo dostrzegalne zwierciadło, stosowałem w ilościach dziesięć do dwudziestu razy mniejszych (0,01—0,005 mgr. arsenu) i otrzymywałem za każdym razem wyraźny zapach czosnkowy. Zapomocą tego biologicznego sposobu wykryć można arsen tam nawet, gdzie najczulsza metoda chemiczna, badanie w przyrządzie Marsha, nie wystarcza lub daje tylko przybliżone wyniki. Jak widać z powyższego doświadczenia, sposób ten da się zastósować w różnych badaniach, w których ilość badanego materyału będzie bardzo małą; można będzie również zapomocą tego sposobu wykonać badanie wstępne w celu przekonania się o obecności arsenu w obiciach, materyach do ubrania służących, barwikach, środkach spożywczych. Abba wykrył zapomocą tej metody obecność arsenu w moczu chorego, któremu arsen podawano w przetworach leczniczych. Innym razem wykonał badanie wielkiej ilości skór bydlęcych, sprowadzonych z Indyj, na obecność arsenu z wynikiem dodatnim.

Metoda ta nadaje się oczywiście do badań takich, które nie wymagają oznaczenia ilościowego i służyć może tylko do szybkiego zoryentowania się w sprawie obecności lub braku arsenu w licznych próbach, które naraz wykonać potrzeba. W tym też celu może służyć jako cenny sposób

[1]) Fleck: Ztschr. f. Biologie T. 8. S. 444

[2]) Centr. f. Bacter. II. Abt. IV T. N. 21. i Rivista d'Igiene T. VII. Fasc. II. Obok arsenowodoru zdaniem Gosio mają się wytwarzać inne ciała o charakterystycznej woni czosnkowej.

przygotowawczy do badań sądowo-lekarskich, które oczywiście nie mogą polegać wyłącznie na tym sposobie, jako zbyt podmiotowym.

Hodowla *Penicilium brevicaule*, którą otrzymałem z Turynu, dzięki uprzejmości Dra Abba, dyrektora stacyi bakteryologicznej, rośnie podobnie do innych pleśniowców. Najlepszą pożywką są gotowane ziemniaki. Sposób wykonania badania na arsen jest następujący: Do probówki z rozwiniętą już hodowlą pleśniowca na gotowanym ziemniaku dodajemy płyn badany lub materyał suchy sproszkowany i zmoczony wodą wyjałowioną, poczem stawiamy do termostatu na 24 godzin. Zapach arsenowodoru daje się czuć w razie obecności arsenu po tym czasie bardzo wyraźnie.

Działanie pleśniowca można wyjaśnić w ten sposób, że hodowla jego posiada zdolność odtleniania związków tlenowych, czyli zdolność redukcyi. Jest to własność wspólna wielu grzybkom: w ten sposób gips, czyli siarkan wapna, w obecności pewnych bakteryj i bezwodnika kwasu węglowego rozkłada się na siarczek, a w dalszym ciągu na węglan wapna i siarkowodór; w sposób podobny powstają również inne produkta, mniej utlenione. Sprawy chemiczne, jakie tutaj zachodzą, są jednak bardzo złożone i w sposób prosty zapomocą jednej formuły nie dadzą się zapewne wytłómaczyć. Nie chcę i nie mogę wchodzić w bliższe szczegóły w tej chwili, gdyż byłoby to rzeczą odrębnych studyów. Moim zamiarem było podać do wiadomości naszych lekarzy tę ciekawą sprawę biologiczną, która może mieć nawet pewne zastosowanie praktyczne.

III. **Z oddziału I. b) chorób wewn. szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem Radcy Prym. Dra Krokiewicza.**

O wpływie lawatyw odżywczych na wydzielanie soku żołądkowego.

Napisał

Dr. J. Ziarko.

Badania fizyologiczne Voita i Bauera z drugiej połowy tego stulecia rzuciły wiele światła na sprawę żywienia ustroju; wykazały, że nietylko żołądek, ale i jelita są zdolne do przyswajania pokarmów i że one odgrywają nawet o wiele ważniejszą rolę w czynności trawienia. W przypadkach Czernego, Kaisera, Pachona, Carvalla i Monariego[1]) psy po wycięciu całego żołądka dość długo utrzymywały się przy życiu dzięki zdolności trawiennej jelit. Podobnie i u człowieka Langenbuch[2]) i Schlatter[3]) dokonali prawie w całości wycięcia żołądka, z pomyślnym wynikiem dla chorego.

Powyższe spostrzeżenia naukowe znalazły potwierdzenie w klinicznem zastosowaniu odżywiania jelitowego (Eichhorst, Leube, Ewald i wielu innych) zapomocą tak zwanych lawatyw odżywczych.

Jednakże lawatywy odżywcze mogą tylko przez pewien czas utrzymać ustrój w równowadze odżywienia, gdyż nie dostają się do jelita cienkiego, gdzie na pokarmy działa tak silnie trawiący sok trzustkowy, ale tylko do jelita grubego, odznaczającego się wskutek warunków anatomicznych już w stanie fizyologicznym nieznaczną zdolnością wchłaniania i przyswajania treści pokarmowej. Odnośne badania Nenckiego[4]) pouczają, że w jelicie grubem zaledwie 14·25% białka ulega strawieniu i wessaniu. Nadto odbytnica pomimo doboru najmniej drażniących pokarmów płynnych i odpowiedniej ciepłoty staje się z czasem bardzo wrażliwa, przez co ten zabieg odżywczy może być z wielką tylko ogłędnością stosowany.

Mimo tylu ujemnych stron, stosowanie lawatyw odżywczych ma dotychczas doniosłe znaczenie praktyczne w niektórych sprawach chorobowych, gdzie chodzi u uchronienie schorzałych części żołądka lub dwunastnicy od drażniących wpływów miazgi pokarmowej; jak np. przy krwotokach żołądka na tle owrzodzeń, po operacyach żołądka itp. Najczęściej też wskazanie do stosowania lawatyw odżywczych stanowi wrzód okrągły żołądka lub dwunastnicy, a przeciąg kilkunastu dni, przez jaki stosuje się odżywianie przez odbytnicę, jest dostateczny do usunięcia lub poprawienia stanu chorobowego.

Korzystne wyniki leczenia zapomocą lawatyw odżywczych podaje Boas[5]) na podstawie spostrzegania klinicznego przeszło stu przypadków. Również i Donkin wspomina o znakomitym wyniku żywienia chorych wyłącznie przez odbytnicę; sposób ten stosował on nawet przez 23 dni.

Jak się zachowuje błona śluzowa żołądka w przebiegu stosowania lawatyw odżywczych, nie jest rzeczą dotychczas ostatecznie rozstrzygniętą. Chociaż w literaturze spotykamy się z wzmiankami, iż w przebiegu sztucznego żywienia przez odbytnicę, błona śluzowa żołądka znajduje się w spoczynku, to jednak, zdaniem naszem, rzecz ta wymaga jeszcze bliższego rozpatrzenia. Znane bowiem spostrzeżenia fizyologiczne wykazują, iż drażnienie nerwów węchu lub smaku wywołuje zwiększone wydzielanie soku żołądkowego drogą odruchową. I tak np. Parlow i Szumalowa[6]) zauważyli u psów, po podwiązaniu przełyku i założeniu przetoki żołądkowej, wydzielanie się soku żołądkowego po podaniu pokarmu, jakkolwiek nie mógł się on dostać do żołądka. Nasuwa się zatem przypuszczenie, że w przypadkach stosowania lawatyw odżywczych błona śluzowa żołądka zostaje podrażniona na drodze odruchowej i stąd też utrzymuje Dr. Winternitz[7]), iż odżywianie ustroju przez odbytnicę jest przy wrzodzie okrągłym żołądka nieodpowiednie, w ten sposób bowiem występuje zwiększone wydzielanie kwasu solnego w żołądku, a tem samem utrzymują się warunki, sprzyjające rozwojowi wrzodu okrągłego.

Dla wyjaśnienia tych sprzeczności wykonałem szereg doświadczeń, których wynik przedstawia się następująco:

1) Paweł O. lat 27, wyrobnik fabr. Rozp. klinicz.: *Hyperaciditas digestiva, atonia ventr. min. grad.* Z żołądka na czczo wydobyto metodą aspiracyjną około 2 ccm. treści jasnej, oddziaływania słabo kwaśnego. Próba Kongo +. W godzinę po lawatywie odżywczej *(modo*

---

[1]) Experimentelle Untersuchungen über die Abtragung des Magens und des Dünndarms beim Hunde. Beiträge z. Kl. Chirurgie XVI.

[2]) Ueber zwei totale Magenresectionen beim Menschen. Deutsche med. Wochenschr. 1894. p. 968.

[3]) Correspondenzblatt fr. Schw. Aerzte 1897, Nr. 23.

[4]) Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. Von Prof. Dr. H. Nothnagel I Th. A. S. 11.

[5]) Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I Th. 298 1897 f.

[6]) Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. Dr. W. Jaworski. 389. 1899 r.

[7]) Medizin. chirurg. Centralblatt 24. 1898.

Boas) wydobyto 10 ccm. treści śluzowej, oddziaływania obojętnego a w 9 kwandr. 2 ccm. treści przeważnie śluzowej. oddziaływania zasadowego.

2) Piotr O., lat 24. wyrobnik. Rozp. klin. *Rheumatismus musculor.* Na czczo wydobyto kilka kropel treści jasnej, bardzo słabo kwaśnej; w godzinę po lawatywie odżyw. 14 ccm. treści zielonkawo zabarwionej (pochodzącej z dwunastnicy?), kwaśnej, o kwasocie 12 (wskaźnik: fenolftaleina); próba Günzburga na HCl. —; próba Uffelmanna na kwas mlekowy; w $2^1/_2$ godziny wydobyto 3 ccm. treści jasnej, ciągnącej się, oddział. zasadowego.

3) Julia B., lat 17, służąca. Rozpoz. klin.: *Hyperacid. digest.* Na czczo wydobyto $5^1/_2$ ccm. treści kwaśnej, śluzowej, o kwasocie 60, próba na HCl. Günzburg +; w 2 godziny po lawatywie odżyw. 6 ccm. treści jasnej, sporo śluzu zawierającej, kwaśnej; kwasota 45. próba Günzburg +.

4) Szymon Sz., lat 40, wyrobnik. Rozp. klin.: *Ulcus ventr., catarrhus acidus, gastrectasia.* Wieczorem żołądek przepłókano zwykłą, ciepłą wodą; następnego dnia na czczo wydobyto 130 ccm. treści dość mętnej, białawej o skąpym osadzie, ciągnącej się; kwasota 40; próba Günzburga +; w 2 godziny po lawatywie odżyw. kilka kropel treści śluzowej, oddział. zasadowego.

5) Jakób W., lat 43, wyrobnik. Rozp. klin.: *Ulcus ventr., gastrectasia.* Wieczorem żołądek przepłókano wodą zwykłą, ciepłą: nazajutrz rano na czczo wydobyto 35 ccm. treści półpłynnej, w dwie warstwy się układającej, o kwasocie 90. W dwie godziny po lawatywie odżyw. 22 ccm. treści na pół płynnej, o kwasocie 72.

6) Wojciech L., lat 34, kamieniarz. Rozp. klin.: *Lumbago.* Na czczo 5 ccm. treści słabo kwaśnej, próba Günzburga +; w godzinę po lawatywie odż. 2 ccm. treści obojętnej; w $1^1/_2$ godziny kilka kropel treści śluzowej.

7) Marya St., 24 lat, służąca. Rozp. klin.: *Catarrhus gastro-duodenalis.* Na czczo wydobyto 18 ccm. treści płynnej, barwy słabo winowej, lekko mętnej od obecności smug i strzępków śluzu, kwaśnej; próba Günzburga +; kwasota 40. W dwie godziny po lawatywie odż. wydobyto kilka kropel treści obojętnej.

8) Jakób O., lat 28, wyrobnik. Rozp. klin.: *Polyarthritis subac.* Na czczo metodą aspiracyjną nic nie wydobyto; w $1^1/_2$ godziny po lawatywie odż. wyciągnięto kilka kropel (z oczka zgłębnika) treści śluzowej, kwaśnej. próba Günzburga +; kwasota około 20 (zgłębnik pozostawał w żołądku przez 2 minuty).

9) Antoni S., lat 37, ślusarz. Rozp. klin.: *Retractio apicis d. chloroanaemia.* Na czczo wydobyto met. asp. kilka kropel (z oczka zgłębnika) treści śluzowej, kwaśnej, próba Günzburga +; kwasota około 25. W $1^1/_2$ godziny po law. odżyw. nie wydobyto nic treści (w oczku zgłębnika treść zasadowa).

10) Jędrzej B., lat 37, cieśla. Rozp. klin.: *Influenza.* Na czczo nie wydobyto nic treści (treść w oczku zgłębnika alkal. śluz.); w $1^1/_2$ godziny po law. odżyw. nic nie wydobyto.

Powyższy szereg przypadków wykazuje, iż w przeciągu $2^1/_2$ godziny po podaniu lawatywy odżywczej, ani ilość soku żołądkowego nie zwiększyła się, ani kwasota się nie podniosła, coby musiało nastąpić, gdyby przy tym zabiegu leczniczym przychodziło do czynności wydzielniczej żołądka. Owszem przypadki powyższe zgodnie wykazują, iż w treści, zalegającej w żołądku, po stosowaniu lawatyw odżywczych zawsze następuje obniżenie kwasoty. Doświadczenia te zatem przemawiają bardzo za stosowaniem lawatyw odżywczych po krwotokach w przebiegu wrzodu okrągłego, wbrew twierdzeniu Winternitza. Na czem polega obniżenie się kwasoty w treści żołądkowej przy stosowaniu tego zabiegu odżywczego, trudno z całą stanowczością odpowiedzieć. Najprawdopodobniej, zdaniem naszem, przy trawieniu wyłącznie jelitowem następuje odruchowo zahamowanie czynności ośrodków wydzielniczych żołądka, a śluz wydzielający się stale (podobnie jak na wszystkich błonach śluzowych), jakkolwiek w małej ilości, ale na wielkiej powierzchni, nagromadza się w tym stopniu, że zdoła obniżyć kwasotę treści zalegającej w żołądku.

Za zachętę do niniejszej pracy i odstąpienie odpowiedniego materyału miło mi na tem miejscu złożyć Prymaryuszowi Drowi A. Krokiewiczowi wyrazy szczerej podzięki.

IV. Oceny i sprawozdania.

Krew w wysokich górach

podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

Prof. Dr. A. Jaquet i Dr. F. Suter (Bazylea): **Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge.** *(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1898, Nr. 4).

Doc. Dr. Ossian Schauman i Dr. Emil Rosenqvist (Helsingfors): **Ueber die Natur der Blutveränderungen im Höhenklima** *(Zeitschrift für klinische Medicin*, 1898, Tom 35, Zeszyt 1, 2, 3, 4).

Do niedawna wpływ klimatu górskiego na ustrój ludzki był jakąś ilością niewymierną, której nie było można oznaczyć nawet w przybliżeniu. Wiedziano, że powietrze górskie skrzepia, ale zresztą nic więcej. Aż naraz przypadkowo odkryto, że ilość ciałek czerwonych krwi w wysokich górach znakomicie wzrasta. Rzucono się więc do badań w tym kierunku skwapliwie ze względu na wielkie znaczenie objawu, tak teoretyczne, jak i praktyczne. — Odosobnione spostrzeżenie, zrobione na krwi baranów, potwierdziło się na krwi ludzkiej, na rozmaitej wysokości ponad poziomem morskim.

Objaw ten, bądź co bądź bardzo ciekawy, pojmowano różnie. Powstały dwa zapatrywania. Zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi jest istotne, bezwzględne, — mówili jedni, tylko pozorne, względne, — twierdzili inni. Przyczyna, że mogły powstać tak wręcz sprzeczne zapatrywania, leży w warunkach naszego sposobu badania ilości ciałek czerwonych krwi. Ze stosunku ilości ciałek w kropelce krwi wyprowadzać musimy wnioski o całości!

Już badania zmarłego fizyologa szwajcarskiego prof. F. Mieschera (1893) i jego uczniów, a poprzednio jeszcze uczonych francuskich, zdawały się przemawiać za zdaniem, że w zwiększeniu ilości ciałek czerwonych krwi tkwi rzeczywista, istotna zmiana ilościowa, nie zaś pozorna. Prace Jaqueta i Sutera, oraz Schaumana i Rosenqvista podjęte oddzielnie w Bazylei, w Szwajcaryi, i w Helsingforsie, w Finlandyi, rzuciły wiele światła na tę sprawę i dzisiaj już nie ulega wątpliwości, iż w wysokich górach następuje istotne, bezwzględne zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi. Badania te nawzajem się popierają i stanowią w wynikach zgodną całość. Nim podamy bliższe ich szczegóły, rozprawmy się z przeciwnem przekonaniem, jakoby zwiększenie ilości ciałek było pozorne. Wypowiedzieli je Grawitz, Bunge i Zuntz. Grawitz (1895) podaje na wytłomaczenie pozornego zwiększenia ilości ciałek zagęszczenie wskutek parowania wody w górach, to znaczy, że ustrój przez oddychanie traci wiele płynu, a krew się zagęszcza. Bunge (1895) nie wyróżnia jednego tylko czynnika klimatu górskiego, ale twierdzi, że wogóle pod wpływem tego klimatu zwęża się cały układ naczyniowy i surowicę wtłacza niejako do przestworów chłonnych. Podług obu więc tych badaczy zwiększenie ilości ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny jest względne, pozorne, a ilość całkowita krwi, mniejsza. Zuntz (1895) także uważa zwiększenie za pozorne, ale tłomacząc je zmianą w obdzieleniu ustroju krwią, a raczej ciałkami krwi, nie przyjmuje zmniejszenia całkowitej ilości krwi. Wskutek zwiększenia parowania z ciała, promieniowania słońca i silnego oświetlenia, co wszystko działa na skórę ludzką w klimacie górskim, nagromadzają się w na-

czyniach włosowatych skóry drogą odruchu ciałka czerwone; w pozostałej części układu naczyniowego krąży krew mniej w składniki postaciowe zasobna. Tedy ani całkowita ilość krwi, ani bezwzględna zawartość hemoglobiny, ani też bezwzględna ilość ciałek czerwonych krwi nie ulega w górach, podług Zuntza, żadnej zmianie (podobnie twierdzi Winternitz).

Przeciw tym trzem przedstawicielom pozornego zwiększenia występuje Miescher ze zdaniem, że na wysokich górach u człowieka i zwierząt zwiększa się istotnie ilość ciałek czerwonych i zawartość hemoglobiny, a że ta druga zmiana objawia się większą zawartością żelaza i zwiększoną zdolnością pochłaniania tlenu przez krew. Do objaśnienia zjawiska służy Mischerowi zmniejszenie ciśnienia tlenu, postępujące w miarę podnoszenia się nad poziom morski. Krew w górach wskutek zmniejszonego ciśnienia cząsteczek tlenu nie nasyca się tak bardzo tlenem, jak w nizinach. Ta słabiej utleniona krew przepływa przez szpik kostny i wskutek niedoboru tlenu podnieca w nim czynność komórek krwiotwórczych. Dopóki niedobór tlenu nie wyrówna się przez zwiększenie zawartości hemoglobiny i ilości ciałek, i znowu dobrze utleniona krew nie pocznie płynąć przez szpik kostny, dotąd trwa żywsza czynność krwiotwórcza. Według więc Mieschera zmiana we krwi w górach polega na nowotworzeniu się krwi.

Utrwalić to, a obalić inne zapatrywania mogły tylko badania, jakie zamierzał przeprowadzić Miescher, — badania następujące: oznaczyć ściśle ilość całkowitą krwi, zawartość całkowitą hemoglobiny i pozostałość suchą surowicy krwi. Miescher zmarł, a badania podjęli dopiero po latach czterech Jaquet i Suter. Szereg zwierząt (królików) w Davos (1600 m. nad poziom morski) i drugi szereg dla przeprowadzenia porównań w Bazylei (260 m. n. p. m.) — rozwiązały zadanie. Szczegóły sposobu pomijam. Był możliwie ścisły. Wyniki orzekły, że 1) zgodnie z przyjętem ogólnie dotychczas zdaniem w miarę wznoszenia się ponad poziom morski wzrasta ilość ciałek krwi i zawartość hemoglobiny; że 2) u zwierząt, poddanych wpływom klimatu górskiego, rośnie całkowita zawartość hemoglobiny w ustroju; że wreszcie 3) i 4) ilość całkowita krwi w górach jest większa, a sucha pozostałość krwi, tak tu, jak na nizinach, jednakowa.

To istotne bezwzględne zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi polega podług Jaqueta i Sutera na nowotworzeniu się krwi, jak przypuszczał zmarły Miescher. Powstają nowe ciałka czerwone i pomnaża się hemoglobina. Czy powód nowotworzenia polega na niedostatecznem utlenianiu się krwi *(anoxyhaemia)*, któreby może najlepiej objaśniało wszystkie zmiany we krwi w górach, gdyby wogóle dało się przyjąć, rozstrzygać badacze nie chcą, ani się nie kuszą, podając w swojej pracy silną podstawę do dalszych dociekań nad wyjaśnieniem wpływu klimatu górskiego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Badacze finlandzcy rozpoczynają swą pracę od przeglądu dotychczasowych usiłowań, zmierzających do rozjaśnienia wpływu klimatu górskiego na krew. Począwszy od Viaulta, profesora histologii w Bordeaux, który pierwszy w r. 1889 w górach w Peru i Boliwii odkrył u zwierząt i u ludzi zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi, zajmowali się tą sprawą uczeni francuscy. Później (1891) zabrali się do badań podobnych w Alpach uczeni szwajcarscy, z istoty rzeczy najbardziej do tego powołani, jako mieszkańcy kraju górzystego. Potem zaczęli sprawdzać te wyniki lekarze w uzdrowiskach górskich dla chorych piersiowych (między innymi Jaruntowski w Goerbersdorfie). Rzucono się do doświadczeń na zwierzętach w tym względzie, jednakowoż wyniki nie były z sobą zgodne u rozmaitych badaczy tak co do przebiegu samego objawu, jak i co do jego tłomaczenia.

Schauman i Rosenqvist postanowili dociec zapomocą dokładnych badań morfologii krwi, czy w okresie zwiększenia ilości ciałek występują we krwi twory, uważane za objaw nowotworzenia krwi. Badania przeprowadzili na zwierzętach — (psach, królikach, gołębiach), umieszczonych w warunkach, odpowiadających stosunkom w klimacie górskim, to jest pod zmniejszonem ciśnieniem, równającem się wzniesieniu 4000 m. nad poziom morski (= 450—480 mm. Hg). Z licznych doświadczeń wypadło zgodnie, że ilość ciałek i zawartość hemoglobiny wzrastała. Przyrost hemoglobiny nie szedł równym krokiem z przyrostem ilości ciałek, ale pozostawał nieco w tyle. We wszystkich doświadczeniach ilość hemoglobiny z początku opadała, a często również ilość ciałek zmniejszała się, który to stan przejściowy mijał po 8—11 dniach. W dalszym ciągu zwiększała się ilość ciałek i to szybciej, niż zawartość hemoglobiny. Tak samo w czasie pobytu w rozrzedzonem powietrzu średnica pojedynczych ciałek wzrastała, zjawiały się nawet w krwi krążącej jądrzaste ciałka czerwone (u psów i królików), a nadto także podział jąder *(karyokinesis)* (u gołębi). Po umieszczeniu zwierząt napowrót w zwykłych warunkach opadała ilość ciałek i zawartość hemoglobiny, po pewnym jednak czasie wzrastała tak, że po dłuższym okresie spostrzeżeń (kilka miesięcy) można było nawet stwierdzić powiększenie ilości ciałek i zawartości hemoglobiny i to dosyć znacznie przenoszące stan prawidłowy poprzedni.

Wyniki te osiągnięte na zwierzętach, dadzą się zastosować do ludzi. Leuch w Zurychu badał krew niedokrewnych dzieci, wysyłanych na lato do osad wakacyjnych w górach od 700—2150 m. nad poziom morski, przed wyjazdem, zaraz po powrocie i po dwu i czterech miesiącach później, z następującym wynikiem:

	Przed wyjazdem		po powrocie (22 dni)		po dwu miesiącach		po czterech miesiącach	
	Hb	Cz	Hb	Cz	Hb	Cz	Hb	Cz
Chłopcy	69,0	3,980 000	81.8	5,000.000	75,7	4,850.000	80,2	5,130.000
Dziewczęta	67,2	3,815.000	85,2	5,045.000	76,7	4,880.000	80,2	5.185.000

Hb = zawartość hemoglobiny podług Gowersa
Cz = ilość czerwonych ciałek.

Rzecz nadzwyczaj ciekawa, że powiększenie średnicy pojedynczych ciałek czerwonych, stwierdzone w doświadczeniach u zwierząt, pokazało się też u ludzi. Jeden z badaczy (Schauman) w czasie podróży do Norwegii czynił pomiary średnicy ciałek krwi u siebie i żony w klimacie górskim. Ciałka istotnie były większe podobnie, jak w doświadczeniach na zwierzętach. Zbierając wyniki doświadczeń i spostrzeżeń przychodzą autorowie finlandzcy do przekonania, że zwiększenie ilości ciałek i zawartości hemoglobiny polega na nowotworzeniu się krwi. Bezpośrednią przyczyną nowotworzenia jest wpływ klimatu górskiego, a wpływ ten w przybliżeniu oceniają autorowie w taki sposób: Można powiedzieć, że ustrój ludzki jest niejako nastawiony z góry na ciśnienie 760 mm. Hg. W tem tylko ciśnieniu nasycenie krwi tlenem może się odbywać bez wysiłku ze strony ciałek. W powietrzu rozrzedzonem, czyli pod mniejszem ciśnieniem, wysiłek ciałek, aby módz się nasycić tlenem, wzrasta, lub też może zużywa się do tego więcej hemoglobiny, dość, że narządy krwiotwórcze muszą oddziaływać na bodziec, pochodzący od rozrzedzenia powietrza, a oddziaływują żywszą czynnością.

Prace szwajcarskich i finlandzkich badaczy dowiodły, że rzeczywiście w wysokich górach ilość ciałek krwi wzrasta, a przytem rzuciły światło na wiele dotąd ciemnych stron wpływu klimatu górskiego na ustrój, co wyzyskać w celach leczniczych będzie rzeczą przyszłości.

V. Wyciągi.

Doc. A. Schönwerth: **Przyczynek do kazuistyki podskórnych pęknięć jelita.** *(Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 4). Silnego mężczyznę kopnął koń w okolicę pępka. Uderzony omdlał, a ocucony okazywał przez kilka godzin objawy shoku. A gdy te minęły, można było przedmiotowo

i podmiotowo stwierdzić znaczną poprawę w stanie ogólnym, dokuczały tylko choremu wymioty (żółcią). Badanie przedmiotowe dawało wynik zupełnie ujemny, i tylko na podstawie wymiotów rozpoznano pęknięcie jelita. (Na objaw ten szczególny nacisk kładzie Beck). Otwarto jamę brzuszną, z której wylało się nieco płynu brudnego, surowiczego, ze skrzepami włóknika i odszukano rzeczywiście pęknięcie jelita czczego w odległości 30 ctm. od *plica duodeno-jejunalis*. Na jelito założono szew trójwarstwowy, a potem po oczyszczeniu zamknięto i jamę brzuszną. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

Ruge i Hierokles (z kliniki lekarskiej Prof. Gerhardta w Berlinie): **Zakrzepy w gruźlicy płuc.** *(Berliner klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 4). Autorzy przejrzeli 1778 historyj przypadków gruźlicy płuc, leczonych w klinice Gerhardta. Na tę liczbę znaleźli 19 razy zakrzepy w układzie żylnym. Odsetek zakrzepów, wikłających gruźlicę, wynosi więc ponad 1%. Można jednakowoż przyjąć, że odsetek ten jest jeszcze wyższy, ponieważ w niektórych przypadkach objawy kliniczne zakrzepu są mało wyraźne, a w rozbiorach zwłok prawie nigdy nie otwiera się żył i wogóle nie szuka się zakrzepów. — Z tych 19 przypadków nie można było wyprowadzić wniosków co do zależności zakrzepów od wieku. Co się tyczy płci, to zdaje się, że niewiasty gruźlicze częściej, niż mężczyzni, zapadają na zakrzep. Na ogół były to wszystko przypadki ciężkiej gruźlicy, które po miesiącu lub w kilka miesięcy potem zakończyły się źle (z wyjątkiem jednego przypadku z uleczonym zakrzepem, który prawdopodobnie niebawem po opuszczeniu kliniki również skończył się śmiertelnie). Średnio występowały zakrzepy na 2—3 tygodni przed śmiercią, czasem wcześniej. — Przyczyna zakrzepów leży w zmianach ścian naczyniowych, w zastojach żylnych, osłabieniu serca itd., czyli są to tak zw. zakrzepy schyłkowe *(thrombus maranticus)*. W daleko posuniętej gruźlicy należy zawsze mieć na oku, że w czasie n. p. podróży suchotnika do lub z zakładu leczniczego może powstać zakrzep, który znów może sprowadzić nagłe zatorowanie tętnic płucnych. Przejście zakrzepów w zgorzel następuje bardzo rzadko, a wogóle rokowanie co do samych zakrzepów jest względnie dobre.

W ostatnich czasach mnożą się opisy zakrzepów żylnych także w influency i w zapaleniu płuc włóknikowem. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Heimann: **Przyczynek do obszarowego znieczulania kokainą.** *(Centralbl. für Chir.*, Nr. 1, 1899). Giętki krążek maciczny przegiął H. w połowie i w tak powstałe dwa półkola wklinował część wargi dolnej, z której trzeba było wyłuszczyć mały torbiel. W okolicy torbiela w 4 punktach wstrzyknął po kilka kropel 1% roztworu kokainy i po kilku minutach wyłuszczył guz zupełnie bez bólu i bezkrwawo. *Herman.*

Eisenmenger W. (z kliniki lekarskiej prof. Schroettera w Wiedniu): **Osobliwa ruchomość oddechowa dolnego brzegu wątroby.** *(„Paradoxe respiratorische Verschieblichkeit des unteren Leberrandes“). (Centralblatt für innere Medicin*, 1899, Nr. 3). W przypadku śródbłoniaka *(endothelioma)* opłucnej i otrzewnej u 67-letniej chorej prawą połowę klatki piersiowej wypełniał całkowicie przesięk; wskutek tego wątroba, nieco zresztą powiększona, była obniżona tak, że można było dobrze wymacać jej zgrubiały brzeg i pęcherzyk żółciowy, również powiększony, wypełniony kamykami. Pęcherzyk żółciowy znajdował się na wysokości pępka w prawej linii sutkowej, a wolny brzeg wątroby można było obejść palcami w górę na lewo ku łukowi żebrowemu. Ponad pępkiem, między nim, a brzegiem wątroby, dał się wyczuć wspomniany śródbłoniak wychodzący z sieci. — Podczas każdego wdechu można było widzieć osobliwą ruchomość dolnego brzegu wątroby, a z nią pęcherzyka i śródbłoniaka. Oto nie następował ruch w kierunku równoległym do osi ciała, więc wprost ku dołowi, ale osobliwa ruchomość w linii poziomej od strony prawej na lewo. Odpowiednio do tego w czasie wydechu wątroba przesuwała się z lewej na prawą stronę, a więc były to ruchy około osi strzałkowej.

Autor nie umiał sobie wytłómaczyć tego objawu i przypuszczał, że pomiędzy wątrobą, a prawą połową przepony istnieją zrosty; tego jednak rozbiór zwłok wcale nie potwierdził. Zresztą, choćby nawet przypuszczenie autora się sprawdziło, nie tłómaczyłoby ono dobrze objawu, bądź co bądź dziwnego. Tymczasem dowiedział się autor (od Dra Schlesingera) o przypadku bardzo podobnie się objawiającym, co się tyczy ruchów wątroby. W przypadku zapalenia gruźliczego opłucnej, połączonego z wielkim wysiękiem, przyczem prawa połowa przepony była obniżona i zepchnięta ku dołowi przez wysięk, można było dokładnie obmacać wątrobę powiększoną wskutek marskości. I tutaj też istniała owa osobliwa ruchomość oddechowa wątroby. Wśród tego ogłosił Kienboeck z kliniki Schroettera przypadek, który rzucił światło na niewytłómaczalny objaw *(Wiener klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 22). Na roentgenogramie otoku ropnego lewej połowy klatki piersiowej okazało się, że powierzchnia płynu wbrew naszym dotychczasowym zapatrywaniom odbywa ruchy razem z oddechami, to jest, że podczas wdechu podnosi się, a podczas wydechu obniża. Tłómaczy się to w ten sposób, że połowa przepony po stronie płynu ku dołowi wypchnięta, a więc ku dołowi wypukła, razem z wdechem czynnie, czy też wskutek rozszerzania się klatki piersiowej biernie przypłaszcza się i dlatego podchodzi w górę; może być, że współdziała też tu różnica w ciśnieniu pomiędzy jamą brzuszną, a klatką piersiową. Ruch ten przepony musi podzielać i wątroba. W chwili wdechu w omawianym przypadku prawa połowa wątroby podchodzi więc z przeponą w górę, a lewa obniża się i w ten sposób rozumieć można obrót wątroby około osi strzałkowej i wypadające z tego przesuwanie się dolnego brzegu wątroby w kierunku poziomym z lewej na prawą stronę.

Spodziewać się tedy należy, że w każdym przypadku nagromadzenia się wielkiej ilości płynu w jamie opłucnowej następuje osobliwa ruchomość oddechowa wątroby. Trzeba jednak pewnego warunku do spostrzeżenia objawu, mianowicie musi wątroba być dobrze macalna.

W przypadku ropnia podotrzewnowego może brak objawu tego posłużyć za wskazówkę różniczkową. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Kubassow: **O grzybach zimnicy.** *(Ueber die Pilze des Paludismus. Bakteriologische und klinische Untersuchungen.* Berlin. A. Hirschwald, 1898, str. 24). Nadpis tej pracy, nadzwyczaj dziwny, sprawia, że się z ciekawością zabiera do czytania, lecz w miarę przerzucania kartek ciekawość ginie i ustępuje miejsca zdziwieniu, że można coś równie bezkrytycznego wydawać. Autor sam sądzi, że odkrył nowy drobnoustrój wywołujący zimnicę. Mianowicie szczepił on krew chorych zimniczych na mleku i spostrzegał dotąd nieznane twory, które go zmusiły do zaliczenia drobnoustrojów zimnicy do grzybów, a mianowicie podług cech botanicznych do *„basidiomycetes“*. Wszystko, co wiemy o zimnicy, pozostaje w niezgodzie z wynikami badań autora. Rysunki na tablicach, jeżeli nie są płodem wyobraźni, przedstawiają twory, jakie z powodu braku ostrożności bakteryologicznych wyrosły przypadkowo na pożywkach. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Siegert: **O prawdziwem rozmiękczeniu kości** *(osteomalacyi)* **w wieku dziecięcym.** *(Münch. med. Wochschrft* 49. 1898). Dotychczas powszechnie uważa się rozmiękczenie kości za chorobę kośćca zupełnie już rozwiniętego, a za główną cechę tej choroby uznaje się utratę roli wapniowych kości. Powołując się na zdanie Rehna i Recklinghausena broni S. zapatrywania, że kliniczny i anatomiczny obraz rozmiękczenia kości spotykamy tak dobrze w wieku dziecięcym, jak dojrzałym. Do opisanych już dawniej 3 takich przypadków dołącza autor swoje spostrzeżenie, w którem rozmiękczenie kości wytworzyło się po poprzedniem przewlekłem zapaleniu błon surowiczych i po *Perihepatitis deformans*. Między tymi

4 przypadkami trzy razy choroba dotyczyła dzieci płci żeńskiej. W trzech przypadkach stwierdzono przebytą poprzednio krzywicę, a w ten sposób odpada zarzut, że rozmiękczenie kości wieku dziecięcego jest tylko późną krzywicą (*Rachitis tarda*). Wszyscy chorzy rozwijali się nieprawidłowo, powolniej, a w 3 przypadkach po trzech, w jednym zaś po sześciu latach nastąpiła śmierć. Najpierw zajęte bywały kończyny dolne, a w początku choroby pojawiały się silne bóle. Stopniowo i powoli zmniejszała się długość ciała, do czego przyczyniało się w wysokim stopniu wygięcie kręgosłupa i kończyn dolnych. Nigdy też nie brakło miękości kości zajętych, przydarzającej się w przypadkach prawdziwego rozmiękczenia kości. Od ścisłego rozpoznania, dodaje autor w końcu, zależy rokowanie i leczenie fosforem, który w krzywicy bezskuteczny (? *ref*), działa w rozmiękczeniu kości prawie jak lek swoisty. *Raczyński.*

Kollanek: **W sprawie zakażenia połogowego.** (*Zeits. f. Geburts. u. Gynäk.* T. XL. Z. 1). Autor stawia sobie dwa pytania: Czy znajdują się w pochwie chorobotwórcze drobnoustroje i czy właśnie te drobnoustroje sprowadzają gorączkę połogową. Odpowiadając na te pytania opiera się autor na badaniach, dokonanych na 200 ciężarnych. Do badania brał tylko wydzielinę pochwy, którą wydobywał zapomocą jednego z następujących trzech sposobów: 1) Rozwierając pochwę zapomocą wyjałowionego wziernika, bierze się do szczepienia treść z tej części pochwy, która się we wzierniku nastawia; 2) Sposobem Kröniga: rozchyliwszy wargi naciąga się wydzielinę rurką szklaną; 3) Zapomocą łyżeczki Mengego. — Żaden jednak z tych sposobów nie odpowiada w zupełności swemu zadaniu. Przy pierwszym wziernik wsuwa nieczystości ze szpary sromowej do pochwy, przy drugim wciąga się razem z wydzieliną pochwy także i wydzielinę przedsionka, przy trzecim wreszcie łatwo zdrapuje się przybłonek, a więc rani pochwę. Aby uniknąć zanieczyszczenia pochwy wydzieliną przedsionka, możnaby poprzednio obmyć srom; autor bardzo przestrzega przed tem postępowaniem, a to dlatego, że płyn użyty do mycia sromu dostaje się zawsze do pochwy, zabierając ze sobą drobnoustroje sromu. Wydzielina pochwy ma według jednych oddziaływać kwaśno (Walthard, Krönig), według innych obojętnie, a nawet zasadowo (Döderlein, Burkhardt); według autora wydzielina szyjki macicznej, zwiększona podczas ciąży, dostaje się do pochwy i zobojętnia kwasotę wydzieliny pochwowej. Według Döderleina tylko wydzielina obfita, płynna, zabarwiona żółto-zielonawo, ma zawierać drobnoustroje; autor jednak nawet w wydzielinie, na oko prawidłowej, znajdował znaczną ilość drobnoustrojów, a między nimi i paciorkowca; hodowle ich, wstrzyknięte zwierzętom, w jednych przypadkach nie sprowadzały żadnych zaburzeń, w drugich tylko odczyn miejscowy, w innych wreszcie wywoływały śmierć. Tłomacząc te zjawiska, nie przychyla się autor do zdania Kröniga, jakoby istniały rozmaite rodzaje paciorkowca, lecz sądzi, że paciorkowce posiadają rozmaite własności biologiczne; nadto ważną rolę odgrywa odporność ustroju. Jeżeli więc znajdziemy paciorkowce w pochwie osoby ciężarnej, to nawet dodatni wynik szczepień na zwierzętach nie uprawnia nas do twierdzenia, że te drobnoustroje mogą sprowadzić gorączkę połogową. Na dowód tego przytacza autor 19 ciężarnych, u których stwierdził bakteryologicznie obecność paciorkowca w pochwie, z których jednak tylko 6 miało stan podgorączkowy 38·4; u żadnej z nich nie wykonywano zabiegu operacyjnego. W końcu kładzie autor nacisk na czystość przy badaniu, aby uniknąć przeniesienia drobnoustrojów z jednej ciężarnej na inne. *Dr. Tym. Piotrowski.*

Wyniki wycieczki naukowej prof. Kocha do Włoch celem badania zimnicy. (*Deutsche med. Wochs.* 1899. Nr. 5). Zadaniem wycieczki było: 1) zebrać dane o rzekomo różnych rodzajach zimnicy, opisywanej pod nazwą *Febbri malariche estivoautunnali*; 2) oznaczyć stosunek zimnicy włoskiej do podzwrotnikowej; 3) zebrać, o ile można, jak najwięcej materyału do etyologii zimnicy, a mianowicie ze względu na przenoszenie jej przez owady, wysysające krew. — Badano wogóle 120 przypadków, a mianowicie: 32 trzeciaczki, 5 czwartaczki, 78 *febbri estivoautunnali* i 5 przypadków złożonych. Okazało się, że *febbri estivoautunnali* z klinicznego punktu widzenia można podzielić na rożne rodzaje, jednak etyologicznie sprawa ta stanowi dla siebie jedną całość i jest wywołana jednym i tym samym pasorzytem. Świeże przypadki okazują zawsze z początku ten sam typ trzeciaczkowy, dopiero w dalszym przebiegu choroby, wskutek podawania chininy lub rozpoczynającego się samoistnego uodpornienia, może tor trzeciaczkowy zamienić się na codzienny lub nieregularny. *Febbri estivoautunnali* nie różnią się niczem od zimnicy podzwrotnikowej. W Afryce znajdował Koch zawsze tor trzeciaczkowy, bo chorzy zgłaszali się zawsze do szpitala zaraz, były to więc przypadki świeże, podczas gdy w Rzymie dostawał K. do leczenia przypadki, leczone chininą lub z rozpoczynającem się już uodpornieniem. Także i różnica między pasorzytami włoskimi a afrykańskimi jest tylko pozorna i powstała przez różnice w sposobie badania, używanym przez autorów włoskich, a przez Kocha. Nadto powiodło się Kochowi wykazać, że postacie półksiężycowate nie są postaciami zwyrodniałemi pasorzyta zimnicy, za jakie je dotychczas uważano, gdyż udowodnił zapomocą ulepszonych sposobów badania, że w takich półksiężycowatych pasorzytach znajdują się ciała chromatynowe, że rzęski tych pasorzytów wychodzą wprost z ciałek chromatynowych i że się składają z chromatyny. Nie powiodło się wprawdzie wyśledzić dalszego rozwoju pasorzyta, ale za to wykrył Koch u ptaków pasorzyta, bardzo podobnego do zimnicy ludzkiej. Jestto *proteosoma*, ten sam pasorzyt, u którego Ross miał w zupełności wykazać przebieg rozwoju. Z krwi, w której *proteosoma* się znajduje, wyssanej przez komary, mają się wytwarzać w żołądku komarów twory podobne do kokcidiów. Wewnątrz tych kokcidiów powstają znowu drugorzędne zarodniki, które się dostają częściowo do ślinianek komarów. Ze śliną przy ukłóciu dostają się pod skórę ptaków i w ten sposób wywołują zakażenie. Nadto powiodło się znaleść odrębny rodzaj komarów, które krew ptaków wysysają i w których żołądku odbywa *proteosoma* swój rozwój. Komary takie przywieziono do Berlina i przekonano się, że twierdzenie Rossa co do tworzenia się niby-kokcidiów, drugorzędnych zarodników i obecności ich w ślinie komarów jest w zupełności prawdziwe.

Wyjaśniono dalej, dlaczego Rzym, a szczególnie środkowa jego część, jakkolwiek leży wśród okolicy nawskróś zimniczej, wolny jest od zimnicy. Przyczyna nie leży w powietrzu, boć ono jednakie w Rzymie jak i w Kampanii, ani w wodzie i różnych środkach spożywczych, bo te są sprowadzane z okolic zimniczych; jedyną przyczyną jest to, że w środku miasta brak roślinności, a tem samem i komarów, w przeciwieństwie do okolicy, która roi się od różnego rodzaju muszek.

W końcu zwrócono uwagę na to, że w szpitalach rzymskich liczba chorych na zimnicę w zimie jest nieznaczna, mianowicie spotyka się tylko nawroty zimnicy, nabytej w lecie. Na wiosnę zjawia się kilka przypadków zwykłej trzeciaczki, natomiast z końcem czerwca zwiększa się liczba chorych na zimnicę pięcio lub sześciokrotnie. Występują bowiem t. z. *febbri estivoautunnali*. Musi się więc w początkach czerwca albo już w maju coś odbywać, co wywołuje nagły wzrost zimnicy, a wyśledzenie tego czynnika byłoby w badaniu zimnicy rzeczą pierwszorzędnej wagi. *Dr. Batko.*

Rabinowitsch. **Dalsze doświadczenia w sprawie znajdowania się zarazków gruźliczych w maśle.** (*Deutsche med. Wochs.* 1899. Nr. 1). Wskutek tego, że wyniki, otrzymane przez różnych autorów berlińskich w sprawie znajdowania się zarazków gruźliczych w maśle, różniły się od wyników autorki, dawniej ogłoszonych (Obermüller znalazł zarazki gruźlicze w 100% próbek masła, próbki pochodziły jednakże z jednego źródła; Petri wykrył w 32·3% zarazki gruźlicze, a w 52·9% prątki gruźlicze rzekome, a Morgen-

roth w 50%), podjęła Rabinowitsch w maju roku zeszłego na nowo badania masła na zarazki gruźlicze. Z 15 próbek, wziętych do badania z 14 różnych handlów, tylko 2, pochodzące z jednego handlu, zawierały zarazki gruźlicze. Ta okoliczność skłoniła R. do zbadania wszystkich innych próbek z tego samego handlu, które po różnych cenach bywają sprzedawane. Robiła to R. dwukrotnie w czerwcu i lipcu. Pokazało się, że w 87·5% prób znajdowały się zarazki gruźlicze. W październiku badała R. wszystkie próbki z tego handlu po raz trzeci i we wszystkich próbach, czyli w 100% znalazła zarazki gruźlicze. Dla porównania badano próbki z innego handlu, które jednakże ani w jednym przypadku nie zawierały prątków gruźliczych. Wobec tego dochodzi autorka do wniosku, że jeden wielki handel masła w Berlinie sprzedaje masło prawie wyłącznie zawierające zarazki gruźlicze i sądzi, że autorowie, którzy znaleźli zarazki gruźlicze w tak wielkiej odsetce prób masła, brali swe próby mniej lub więcej z tego samego handlu, — że zaś w maśle targowem rzadko tylko znajdują się zarazki gruźlicze.

Dr. Batko.

Thompson: **Nowe teorye odporności ze stanowiska klinicznego.** *(Medical Record* Nr. 1418). Autor omawia różne teorye odporności i dochodzi do następujących wniosków: 1) W walce z zakażeniem ma fagocytoza leukocytów znaczenie podrzędne, ponieważ ta czynność zmierza raczej do usunięcia produktów rozpadowych, niż żywych zarazków. 2) Leukocyty wydzielają prawdopodobnie substancye, które na żywe zarazki wywierają szkodliwy wpływ i czynią ich jad nieszkodliwym, jużto przez ich zniszczenie, jużto przez zobojętnienie drażniącego wpływu jadów na komórki ustroju. 3) Antytoksyny surowicy, czy to dodane sztucznie, czy też wytworzone w ustroju, działają nie przez chemiczne zobojętnienie jadów, ale przez to, że pobudzają leukocyty, lub tkanki, albo obydwa te czynniki razem do większej oporności. 4) Ani leukocyty, ani surowica krwi nie nadają krwi stałej odporności. Tylko w pewnym stopniu może krew powstrzymać wystąpienie objawów zatrucia. 5) Główną rolę w walce z jadami spełniają tkanki, których wrodzona odporność zwiększa się pod działaniem jadów lub antytoksyn. 6) Naturalna odporność jest prawdopodobnie pierwotnie odziedziczona i może się przenosić na następne pokolenia.

Dr. Batko.

A. Dührsen: **O cięciu cesarskiem przez pochwę.** *(Samml. klin. Vorträge*, N. F., Nr. 232). Autor wskazuje na ujemne strony cięcia cesarskiego drogą brzuszną ze wskazania względnego i zaleca na podstawie dotychczas znanych w literaturze przypadków i własnego doświadczenia cięcie cesarskie przez pochwę. Jako wskazania do tej operacyi uważa autor 1) nieprawidłowości szyi i dolnego odcinka macicy; 2) choroby ogólne, grożące życiu matki, a zmniejszające się w swych objawach po przerwaniu ciąży, 3) choroby matki, z powodu których da się przewidzieć rychłe zejście śmiertelne matki.

Przy raku części pochwowej należy i cięcie cesarskie i wyłuszczenie macicy wykonać drogą pochwy ze względu na 1) krótsze trwanie zabiegu; 2) mniejsze niebezpieczeństwo zakażenia; 3) przez wzgląd na następstwa rany w powłokach brzusznych. Krwotoki następowe po pozostawieniu macicy rzadziej się przydarzają po tym sposobie, niż po cięciu brzusznem. *St. W.*

Hofbauer L. (Z kliniki lekarskiej prof. Neussera w Wiedniu): **Usposobienie miejscowe** *(dispositio localis)*. *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 5). Jeżeli do ustroju wtargnie jakaś szkodliwość, wskutek której powstaje ogólne zakażenie lub zatrucie, to mimo, że czynnik szkodliwy rozszerzył się po całym ustroju, zmiany chorobowe zajmują albo tylko jeden narząd, albo niektóre narządy, albo przynajmniej objawy zajęcia jednego narządu wysuwają się naprzód. Tłomaczy się to, jak wiadomo, skłonnością pewnego narządu do choroby, wskutek usposobienia czy to poprzedniego, czy wywołanego urazem itp. (miejsce mniejszej odporności). Doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone w celu poparcia tego zapatrywania, pozornie tylko zdawały się je udowadniać. Ściślejsze badania dawały wyniki ujemne, często chwiejne. Autor zajął się krytycznem zestawieniem wszystkich odnośnych doświadczeń i klinicznych spostrzeżeń i na podstawie ich następujące wyprowadza wnioski: 1) Czynniki, które zwiększają usposobienie miejscowe tkanek w chorobach ogólnych (jak uraz, zapalenie, uszkodzenie nerwu) są połączone z większym dowozem krwi do danego miejsca tkanki. 2) Tkanki z przyrody więcej usposobione (miejsca wybrane, *„Praedilectionsstellen“)* odznaczają się wogóle obfitszem unaczynieniem. 3) Doświadczalne wywołanie przekrwienia czynnego odpowiada powiększeniu usposobienia miejscowego do choroby. 4) Stały stosunek pomiędzy przekrwieniem czynnem, a usposobieniem miejscowem pozwala przypuścić, że mamy w tym przypadku do czynienia ze związkiem przyczynowym obu czynników.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

VI. **Zapiski lecznicze i nowe leki.**

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Periplocinum — jest to glykozyd z kory *Periploca graeca (Asklepiadeae).* E. Lehman i P. Burszyński opisują periplocinę, jako ciało bezbarwne, krystaliczne, w wodzie rozpuszczające się w stosunku 1:125, a w wyskoku bardzo łatwo. Działanie tego środka podobnem jest do działania *extr. fluid. Periplocae graecae*, o którem już pisaliśmy wyżej, a więc odnosi się do wywołania zmian w czynności serca i ciśnieniu krwi. Prócz tego jednak zadrażnia periplocina ośrodek oddechowy i wymiotny. Ponieważ zaś środek ten wstrzyknięty podskórnie nie wywołuje miejscowego zapalenia, a rozpuszczalność jego jest stosunkowo dosyć znaczną, przeto możnaby stosować go w chorobach serca, dodając do roczynu 0.6% soli kuchennej.

Peroninum[1]).

Phenolum-Natrium Sulforicinicum 25% i Phenolum-Natrium Sulforicinicum 30% do leczenia krtani według prof. Heryngą. Jest to sol sodowa kwasu sulforicinowego ($C_{18}H_{33}OSO_3$(?)) z dodatkiem 25%—30% *Phenolum syntheticum.*

Czysta sól *(natrium sulforicinicum)*, jest to ciecz syrupowata, żółto-brunatnego koloru, a tem się odznaczająca, że w niej wiele ciał się rozpuszcza, jak: fosfor, siarka, jod, fenol, kwas pyrogallusowy, resorcyna, jodek potasu, naftalina. Z prac Berlioza, Josiasa, Ruaulta, Trifillettiego, a w szczególności T. Heryngą (Warszawa) wynika, że środek ten znakomicie nadaje się do leczenia gruźlicy krtani. Heryng pędzluje miejsca, chorobą zajęte, 30% roztworem tej soli z bardzo dobrym wynikiem. A chociaż środkowi temu nie można przyznać znaczenia środka swoistego, to jednak ma on w połączeniu z zabiegiem chirurgicznym, przy uwzględnieniu wszelkich wskazań higieny i dyetetyki, wielkie znaczenie przy owrzodzeniach gruźliczych krtani, nosa i gardła. Heryng usuwa też brodawczaki krtani, pędzlując je 30% roztworem tego środka. Dla usunięcia nieprzyjemnego smaku po takiem pędzlowaniu płócze się usta wodą sodową. Przedborski leczy temi pędzlowaniami nieżyty nosa, i to tak formy zanikowe, jak i przerostowe.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Orexinum tannicum stosował u dzieci Künkler *(Allg. med. Centralztg.* Nr. 1, 1899) w przypadkach zupełnego braku łaknienia, gdy przetwory chinowe, kwas solny zawodziły lub ze względu na swój przykry smak nie mogły być zastosowane. Garbnikan oreksyny *(orex. tannicum)* sporządzany przez firmę Kalle i Spka w Biebrich jest czystym środkiem bez smaku i zapachu, pobudza-

---

[1]) Patrz „Przegląd lekarski“ 1897 r. Nr. 19, str. 235, artykuł Dra Zygmunta Nowaka.

jącym łaknienie, a nie wywołującym objawów ubocznych. Równie dobre wyniki osiągnięto w braku łaknienia u dzieci, które przebyły ciężkie choroby, jako też i u dzieci zresztą zdrowych, jednak okazujących wprost wstręt do wszelkiego jedzenia. Stosowano *orexinum tannicum* w proszku 0·50 (2 r. dnia), albo w postaci kołaczyków czekoladowych, zawierających 0·25 *orex. tann.*, a mianowicie podawano $1^1/_2$ do 2 godzin przed obiadem i wieczerzą 0·5 proszku lub dwa kołaczyki. Dawkę tę powtarzano przez 5 dni, poczem leczenie przerywano, oczekując wyniku; jeśli go nie było, stosowano powtórnie podobne 5 dniowe leczenie. Künkler osiągnął pomyślne wyniki we wszystkich swoich przypadkach, zawsze bowiem stwierdzano poprawę łaknienia i przybytek ciężaru ciała. *R.*

Chociaż nie brak nowych środków, mających zastąpić jodoform, utrzymuje on się dotąd mimo swych stron ujemnych na pierwszem miejscu między środkami odkażającymi. Zadaniem nowoczesnej chemii jest uwolnić ten znakomity zresztą środek od przykrego zapachu, uczynić go nietrującym i niedrażniącym skóry. Za taki właśnie udoskonalony środek uważa W a g n e r wyrabiany przez firmę K n o l l a i Skę j o d o f o r m o g e n. Jest to połączenie jodoformu (10%) z białkiem, żółtawy proszek, dający się bez zmiany ogrzewać do 105° C., a zatem i wyjaławiać; nie rozpuszcza się w wodzie, ale może być z nią na pastę rozrobiony. Jodoformogen nie jest tańszy, jest jednak $3^1/_2$ razy lżejszy od jodoformu. Stosując przez rok jodoformogen nie zauważył Wagner nigdy ani objawów zatrucia (co przypisuje ścisłemu połączeniu z białkiem), ani objawów zadrażnienia skóry, tak częstych przy stosowaniu jodoformu, przyznaje zatem z tych względów wyższość temu środkowi nad jodoformem. *(München. medic. Wochenschrift.* 1898. Nr. 40). *X.*

F o u r n i e r radzi w tych przypadkach, w których ojciec jest kiłą zakażony, a matka wolną od zmian, — działać na płód pośrednio t. j. poddać matkę energicznemu leczeniu, stosując rtęć w małych dawkach wewnętrznie czas dłuższy, czem ma się zapobiegać powikłaniom kiłowym podczas porodu i zakażeniu dziecka. (Pytanie jednak, czy w tych przyp. dziecko i bez leczenia nie byłoby zdrowe, bo dziedziczność kiły ojca bez zakażenia matki nie zupełnie jeszcze jest stwierdzona. Ref.). *F. K.*

H a i d o n t o f f *(Thèse de Paris* 1898) użył p r o t a r g o l u w rozcz. 1:1000 do przepłukiwań cewki mocz. sposobem Janeta przy różnych postaciach r z e ż ą c z k i i z wyniku był nader zadowolonym, twierdzi jednak, że przepłukiwać należy jeszcze tydzień po ustąpieniu wycieku i gonokoków. *F. K.*

Po ogłoszeniach Rosenbauma o n a f t a l a n i e liczba doświadczeń coraz więcej się wzmaga, a wyniki otrzymane są bardzo zachęcające. R., używając tego leku w zgorzelinie, przychodzi do przekonania, że jest on dobrym środkiem przeciwgnilnym. R o h l e d e r *(Mon. f. pr. Derm.* 1898) stosował go w wrzodach miękkich i stwardniałych prawie bez skutku; w rzeżączce wynik był bardzo słaby, lepszy jednak w zapaleniach przyjądrza i dymienicach, w których okazał się środkiem, przyspieszającym wchłanianie. W chorobach skórnych używał go autor z dobrym skutkiem w zastępstwie dziegciu lub ichtyolu, szczególnie w przypadkach wyprysku przewlekłego. Jako środka redukującego użyć go można w łuszczycy. W zapaleniach grucz. krokowego stosuje K o l l m a n n 20—25% czopki z naftalanu. — H i r s c h k o r n *(D. med. Woch.* 48. 1898) zachwala jego działanie w wypryskach ostrych z dużą wydzieliną, którą usuwa w 24—48 godz. Przytem podnosi jego własności kojące ból, przeciwzapalne i przeciwgnilne, czemu przypisuje tak szybkie jego działanie. (Na oddziele Prof. Zarewicza doświadczenia z naftalanem są również w toku. Rf.). *F. K.*

Kilka uwag w sprawie leczenia błonicy surowicą w Galicyi.

Do zabrania głosu w tylekroć omawianej już sprawie leczenia błonicy swoistą surowicą, dwa skłoniły mię powody: pierwszym z nich jest, iż zajmując się przeszło od lat czterech w szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie leczeniem wszystkich bez wyjątku przypadków błonicy i dławca błoniczego wyłącznie surowicą, doprowadziłem przy tej metodzie leczenia na dniu 6 lutego b. r. do poważnej, okrągłej cyfry 1000 chorych, a chwilę tę uważam za stosowną do przedłożenia w krótkości otrzymanych wyników Szanownym Czytelnikom *Przeglądu lekarskiego.* Drugim, może ważniejszym powodem, skłaniającym mię do zabrania głosu jest ta okoliczność, że ze sprawozdania urzędowego o chorobach zakaźnych, panujących w Austryi w roku 1897, dowiadujemy się, że wśród krajów państwa austryackiego, Galicya w leczeniu błonicy surowicą ostatnie zajmuje miejsce. Sprawa to zbyt ważna, by ją pominąć milczeniem i poczuwam się do obowiązku, jako kierownik kliniki chorób dzieci i dyrektor szpitala, sprawie tej poświęcić słów kilka, w celu podania bliższych wyjaśnień, moich na podstawie własnych doświadczeń o tym sposobie leczenia nabytych zapatrywań i przekonań.

I.

Gdy w roku 1894 najprzód Roux na zjeździe hygienicznym w Peszcie (początek września), a następnie Behring na kongresie lekarskim w Wiedniu (przy końcu września) okazali surowice wyrabiane w swych pracowniach bakteryologicznych, posiadające własności, chroniące zwierzęta od zabójczego wpływu toksyn błoniczych, rozpocząłem już w końcu października tegoż roku, podobnie, jak w wielu innych klinikach i szpitalach dzieci, doświadczenia i leczenia błonicy i dławca błoniczego tym nowym środkiem.

Naprzód w celu gruntownego zbadania sprawy, ścisłe badania kontrolujące nad działaniem surowicy na ustrój ludzki i zwierzęcy, przeprowadził ówczesny asystent kliniki pedyatrycznej Dr. Jan Raczyński, a wyniki tych badań, obok obserwacyi chorych na miejscu w szpitalu św. Ludwika, poparte jeszcze kontrolnemi doświadczeniami na świnkach morskich, dokonywanemi w pracowni hygienicznej prof. Dra Bujwida, ogłosił w *Przeglądzie lekarskim* z roku 1895 (Nr. 9, 10 i 11).

Po pięciomiesięcznem stosowaniu surowicy, gdy liczba tą metodą leczonych dosięgła stu przypadków, na podstawie własnego doświadczenia, wyniki moich spostrzeżeń przedłożyłem sam na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego dnia 3-go kwietnia 1895 r., wyrażając przekonanie, że surowica jest najskuteczniejszym z pomiędzy wszystkich obecnie znanych i do zwalczania błonicy używanych środków. Powyższy odczyt mój również ogłoszony został w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1895 (Nr. 17, 18, 20 i 21).

Z końcem roku 1895, gdy liczba leczonych surowicą dosięgła 270 przypadków spisał jeszcze ówczesny sekundaryusz oddziału błoniczego, Dr. Wilhelm Słapa, szczegółowe sprawozdanie o wynikach leczenia, które również ogłoszone zostało w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1896 (Nr. 15 i 16).

W mojem przekonaniu sprawa skuteczności surowicy w błonicy została już stanowczo rozstrzygnięta w ciągu roku 1895, a od początku roku 1896 okres doświadczeń w moim szpitalu przeszedł do okresu stałego leczenia surowicą wszystkich bez wyjątku chorych, nawiedzonych błonicą i dławcem błoniczym. Dzisiaj doszedłszy do liczby 1000 chorych, leczonych tą metodą, zapatrywań moich co do skuteczności surowicy powtarzać nie potrzebuję; stwierdzić jedynie mogę, że się one w niczem nie zmieniły.

Z tysiąca leczonych dzieci opuściło szpital 778, zmarło 222 = 22%. Wynik ten uważam stanowczo za korzystny, uwzględniając, że w okresie od 1880 do 1895 roku przed wprowadzeniem surowicy, leczono w szpitalu św. Ludwika na błonicę i krup błoniczy 1260 dzieci, a z tych zmarło 656, a więc 52%, względnie na 100 dzieci o 30% więcej. Równocześnie ze sprawozdania z chorób zakaźnych, panujących w r. 1897, ogłoszonego w *Oesterreichisches Sanitätswesen*, okazuje się, że w Galicyi na 3153 chorych, nawiedzonych błonicą zmarło 1133, t. j. 36%, a więc w obecnych stosunkach jeszcze o 14% więcej, niż w szpitalu św. Ludwika.

Przy wyłącznem leczeniu chorych surowicą, nasz odsetek śmiertelności 22%, w porównaniu z wynikami, jakie podaje w tym kierunku powyżej powołane sprawozdanie urzędowe, jest znów o wiele wyższy nad wyniki, jakie w ogólności otrzymano w innych krajach państwa austryackiego.

Śmiertelność bowiem przy wyłącznem leczeniu surowicą, waha się pomiędzy 11·7 a 25·3%. Nie należy jednak zapominać o tem, że wyniki leczenia podane w sprawozdaniu urzędowem, odnoszą się do wszystkich chorych, leczonych w poszczególnych krajach, a więc i do chorych z klas zamożniejszych, znajdujących się w warunkach korzystnych, w których zapewne po większej części surowicę stosowano zaraz w pierwszych dniach choroby. Tymczasem do szpitala św. Ludwika oddawano przeważnie najcięższe przypadki chorobowe, w późniejszych okresach i to nietylko z rozwiniętą błonicą, ale wśród groźnych objawów dławca błoniczego, czego najlepszym dowodem, że na 1000 chorych u 470 musiano w dniu przyjęcia dokonać intubacyi, aby uchronić ich od śmierci z uduszenia z powodu dławca. Większy więc procent śmiertelności nie na karb błonicy, lecz dławca przypisać należy. Dzieląc wszystkich chorych na dwie kategorye okazuje się, że z 470, nawiedzonych dławcem i wskutek tego intubowanych, zmarło 172, t. j. 36·5%, zaś z 530 dzieci, nawiedzonych tylko błonicą, u których właściwie na skuteczny wpływ surowicy można było liczyć, zmarło tylko 50, t. j. 9·4%. Z tego więc zestawienia okazuje się, że w szpitalu naszym przy leczeniu surowicą otrzymaliśmy w błonicy wyniki znakomite, a w dławcu błoniczym odsetek śmiertelności jest takim, jak go sprawozdanie urzędowe dla samej tylko błonicy w Galicyi zaznacza.

Z tysiąca chorych było dzieci z Krakowa 225, zamiejscowych 778. O ile dzieci krakowskie należały do klasy ubogich wyrobników i rzemieślników wyznania chrześcijańskiego, o tyle wśród zamiejscowych wyróżnia się znaczny zastęp dzieci izraelitów, które nietyle z błonicą, jak z dławcem błoniczym przywożono do Krakowa w celu intubacyi, z miejscowości, leżących na szlaku kolei Karola Ludwika, między Krakowem i Przemyślem.

Obok powyższych dat statystycznych nie mogę pominąć kilku szczegółów, odnoszących się do strony finansowej i nadzwyczajnych wydatków, jakimi wskutek wprowadzonego leczenia surowicą obciążony został budżet szpitala św. Ludwika.

Na początku ery seroterapeutycznej (r. 1894) nabywanie surowicy łączyło się z trudnościami. Jedynie dostępnem dla nas źródłem była fabryka Luciusa & Brüninga w Höchst n. M., gdzie według wskazówek Behringa przyrządzano ją na sprzedaż po cenie od 14 do 6 marek za flakon. Tej surowicy spotrzebowałem flakonów 39. Z początkiem roku 1895 uzyskałem za pośrednictwem bawiącego podówczas w Paryżu kolegi prof. Dra Karola Kleckiego dostawę surowicy z instytutu Pasteura, wyrabianej pod kierunkiem Dra Rouxa, po cenie podówczas bardzo umiarkowanej, 3 franki za flakonik. Surowicy tej spotrzebowałem 168 flakonów. Wśród tego można już było nabywać surowicę w zakładach, rozwijających się w państwie austryackiem, t. j. w instytucie rządowym w Wiedniu, w szpitalu Rudolfa, zostającym pod kierunkiem prof. Dra Paltaufa, jakoteż w zakładzie hygienicznym prof. Dra Bujwida w Krakowie. I dlatego w drugiej połowie roku 1895 zaprzestałem sprowadzać surowicę z Paryża, a zwróciłem się wyłącznie do używania surowicy, nabywanej naprzemian w dwóch powyżej podanych zakładach. W ten sposób w r. 1896 spotrzebowałem: surowicy Bujwida flakonów 152, a Paltaufa 158, razem 310. W celu wyrobienia sobie opinii o wartości surowicy tych dwu zakładów, posługiwałem się w r. 1897 wyłącznie surowicą Paltaufa, płacąc za jeden flakon po 1 złr. 40 ct. Ogółem w tym roku zużyto 360 flakonów. Chorych leczonych było 242, z tych wyzdrowiało 184=76%, zmarło 52=21·5%, pozostało z końcem roku 6=2·5%. W roku 1898 posługiwałem się znów wyłącznie surowicą wyrobu prof. Dra Bujwida, dostarczaną dla mojego szpitala po zniżonej cenie 80 ct. za flakonik. Zużyłem jej około 800 flakonów. Na 252 chorych, tą surowicą leczonych, opuściło szpital 190 = 75·4%, zmarło 54=21·4%, pozostało na rok następny 8=3·2%. Z powyższego zestawienia działania dwóch gatunków surowic okazuje się, iż przy obu niemal zupełnie równe otrzymałem wyniki. Z początkiem r. 1899 przyobiecał prof. Dr. Bujwid dostarczać dla oddziału dyfterytycznego przy szpitalu św. Ludwika surowicę po zniżonej cenie 50 ct. za flakonik, objętości 5 cm.^{3}, a o sile 1000 jednostek uodparniających.

Ogółem w okresie czteroletnim stosowania surowicy u tysiąca chorych spotrzebowałem 2253 flakonów, zakupionych za cenę 2518 złr. 25 ct.

Lecz nie na tem ograniczały się wydatki przy leczeniu surowicą. Wśród znacznego, ciągłego napływu chorych, widziałem się zmuszonym z początkiem roku 1895 do otwarcia przy szpitalu osobnego oddziału z liczbą 12 łóżek dla chorych z błonicą i dławcem, który od owego czasu stale jest zajęty, a nierzadko przepełniony. Do oddziału tego przydzielić musiałem osobnego sekundaryusza, z wynagrodzeniem rocznem 600 złr. w. a., do dozorowania chorych jednę Siostrę Miłosierdzia i do posługi jednę posługaczkę. Koszta utrzymania tego nadliczbowego personalu ponosi wyłącznie fundusz szpitalny, gdyż osobnego zasiłku na ten cel w ciągu ubiegłych 4 lat nie otrzymałem, z wyjątkiem zapomogi ze strony Wielkiego Wydziału Kasy Oszczędności miasta Krakowa, który specyalnie na zakupno i doświadczenia z surowicą udzielił mi w latach 1895 i 1896 po 300 złr. w. a., a w latach 1897 i 1898 po 200 złr. w. a. (d. n.)

Prof. Dr. Jakubowski.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Jak wiadomo, uchwaliły Izby lekarskie na wiecu swych wysłanników we Lwowie wnieść do rządu zbiorowe pismo, przedstawiające przyczyny, dla których usiłowania Izb dotąd są prawie bezowocne i żądające pomocy ze strony władz. Zarys tego pisma, przedłożony wszystkim Izbom z początkiem b. r. do zatwierdzenia, przedstawia się w streszczeniu w sposób następujący:

Dotychczasowa działalność Izb stwierdziła napewno to, co już dawniej odczuwać się dawało, mianowicie postępujący upadek stanu lekarskiego, wywołany głównie coraz trudniejszymi warunkami materyalnymi w całem społeczeństwie. Stan lekarski cierpi pod tym względem więcej, niż inne stany, wskutek całego szeregu przyczyn. Jedną z nich jest wybujanie nad wszelką miarę partactwa lekarskiego. Dalszą jest zbyt wielki przyrost lekarzy, czego dowodzi gwałtownie rosnąca liczba słuchaczy wydziałów lekarskich austryackich, która z 2388 w roku 1881/2 wzrosła na 6439 w r. 1890/1, a zatem potroiła się, a jeszcze w r. 1896/7, pomimo znacznego spadku, wynosiła jednak 4728, czyli dwukrotnie więcej, niż przed laty 14. Roczny przyrost lekarzy dochodził w tem piętnastoleciu nieraz 13—15%. — Inną przyczyną upadku stanu lekarskiego jest to, że młodzi lekarze wstępują w życie bez właściwego przygotowania do walki o byt, którego w innych zawodach nabywa się w czasie praktyki pod okiem starszych kolegów w zawodzie. Stąd zdarzają się między lekarzami ludzie zgorzkniali, skryci, widzący wroga w każdym koledze; stąd nierzadkie są przypadki, że lekarze, którzy nie mieli od kogo nauczyć się gospodarki, w sile lat cieszą się wielką i popłatną praktyką, a na starość przymierają nieraz z głodu i po swej śmierci zostawiają rodzinę w nędzy. — Wielką rolę w upadku stanu lekarskiego odgrywa brak organizacyi, której aż do niedawna wcale nie było. Wszystkie stany skupiły się tymczasem i związały w gromady społeczne, aby ułatwić byt jednostkom; tylko lekarze szli każdy na swoją rękę, nic więc dziwnego, że cały stan został powoli politycznie, ekonomicznie i społecznie zepchnięty na plan drugi, a jeżeli zdarzyło się, że lekarzy wybierano do ciał reprezentacyjnych, to tylko tam, gdzie zapominano o ich zawodzie i gdzie oni sami o nim zapominali. Stąd poszło, że kasy chorych bez oporu uciskają stan lekarski i dyktują lekarzom takie prawa, jakichby sobie żaden członek

kasy dyktować nie pozwolił. — Dalsze złe leży w nędznych wynagrodzeniach lekarzy urzędowych (gminnych, okręgowych) i w nadmiernych obowiązkach, nałożonych na nich, bez przyznania stosownych praw. Czynnikiem ujemnym są również urągające wszelkim pojęciom słuszności haniebnie niskie wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie. Oprócz tego ciąży na stanie lekarskim ustawowy przymus wykonywania zawodu, tem niesprawiedliwszy, że partacze lekarscy cieszą się względną opieką prawa i odpowiadają tylko za partactwo, wykonywane jako stały sposób zarobkowania.

Najcięższy jednak cios zadano lekarzom w Austryi przez złe ustawodawstwo, dotyczące zabezpieczenia chorych. Otwarto szerokie pole nadużyciom, stawiając ponad lekarzami zarządy kas, którym, ze względu na ich skład, należy odmówić wszelkiego uzdolnienia do oceny czynności lekarskich, które zbyt łatwo mają prawo zmieniać lekarzy kas i przez swoje postępowanie wpłynęły niewątpliwie wysoce demoralizująco na lekarzy, a stanowi całemu już wyrządziły i wyrządzają niesłychane szkody i krzywdy. To złe zamiast się pomniejszać, zwiększa się przez wciągnięcie do kas chorych coraz szerszych, nieraz bardzo zamożnych, warstw ludności, stanowiących dotychczas w wielu miejscowościach jedyne źródło utrzymania lekarza (kasy majstrów). Co gorsza i do uwierzenia trudna, to plan utworzenia kas urzędników państwowych na tych samych zasadach, na których oparto kasy robotnicze; gdyby to istotnie spełnić się miało, w takim razie ustałoby wogóle zarobkowanie lekarskie (t. zw. wolna praktyka) i stan lekarski musiałby zniknąć zupełnie, — chyba, żeby go upaństwowiono. — W końcu nie małoważną przyczyną upadku stanu lekarskiego w Austryi jest lekceważenie tego stanu przez państwo, objawiające się aż nazbyt wyraźnie na wielu polach. — Zważywszy to wszystko, nie można się dziwić, że stan lekarski istotnie szybko upada i to nietylko materyalnie, lecz także pod względem etycznym.

Dotychczasowe doświadczenie Izb lekarskich poucza, że ustawa, powołująca je do życia, była w wielu szczegółach nieodpowiednia lub wprost zła i potrzebuje wielu zmian, jeżeli Izby mają być tem, czem być powinny, to jest silnem przedstawicielstwem i władzą stanową. Izby lekarskie mają zamało władzy wykonawczej; rady honorowe mają skład niewłaściwy, a prawa zbyt ograniczone; wpływ Izb na stosunki sanitarne i na lekarzy ograniczono do zera prawie; powagę Izb osłabiono przez wyjęcie z pod ich władzy dwóch bardzo ważnych kategoryi lekarzy, którym jednak nie wzbroniono praktyki. Kary dyscyplinarne, jakiemi Izby rozporządzają, są zamałe, aby mogły wywrzeć skutek pożądany; odwoływanie się do władz politycznych najczęściej pozostaje bezowocne. Jak mało ustawa zapewnia Izbom podstaw do działania, dowodzi to, że nie określa ona nigdzie pojęcia „lekarz“ i „praktyka lekarska“, wskutek czego cały szereg lekarzy uchyla się od obowiązku należenia do Izb. Oczywiście większą jeszcze szkodę wyrządziło Izbom wyjęcie z pod ich władzy lekarzy wojskowych i rządowych.

Pomijając te zasadnicze braki samej ustawy o Izbach lekarskich, natrafiły Izby odrazu na wielkie trudności ze strony pewnej części lekarzy, która od początku wrogo przeciw Izbom wystąpiła, i drugiej, która zachowała się obojętnie.

Niestety jednak natrafiły Izby w swojem działaniu na jeden jeszcze, zgoła niespodziewany, czynnik, który działalność ich tamował, utrudniał, istniejące trudności powiększał; tento czynnik w znacznej części ponosi winę, że wysilona, poważna i uczciwa praca Izb tak mało dotąd wydała owoców, że opór i nieprzyjaźń dla Izb zdaje się statecznie wzrastać, a członków Izb ogarnia coraz większe rozgoryczenie i zniechęcenie. Czynnikiem tym jest sam rząd, jest zachowanie się władz wobec Izb.

Że tak jest, dowodzą następujące n. p. okoliczności: od wydania ustaw o Izbach do wprowadzenia tych ustaw w życie upłynął przeszło rok; utworzenie Izb samych wlokło się niesłychanie, a w Dalmacyi dotychczas rząd Izb nie utworzył. Zatwierdzenie regulaminów Izb trwało po 3 lata i więcej! Mnóstwo przedstawień, wniesionych przez Izby do rządu, albo spotkało się z odmową, albo z załatwieniem bardzo niedostatecznem, lub do dziś dnia czeka odpowiedzi. Zestawienie tych wszystkich wniosków dowodzi, jak żywy ruch rozwinęły Izby lekarskie od początku swego istnienia i wykazuje, że uczyniły one wszystko, co do nich należało, ale nie ich winą jest słaby wynik tych zabiegów. Wynika z tego zestawienia także, że władze polityczne krajowe załatwiły korzystnie więcej spraw im przedstawionych, niż ministerya, o których wcale nie można powiedzieć, aby okazywały zrozumienie interesów Izb i życzliwość dla ich działania. Zdawaćby się mogło, że ministerya zazdrosnem okiem patrzą na Izby i wszelkiemi siłami starają się ich prawa i wpływ ograniczać, a czynnościom przeszkadzać. Wielce zaszkodziło Izbom, względnie radom honorowym zachowanie się władz przy załatwianiu rekursów przeciw wyrokom Izb, niejednokrotnie bowiem odnieść było można wrażenie, że władze uważają sobie za obowiązek brać lekarzy w obronę przed Izbami. A już zasadniczo nieprzyjazne wobec Izb zdawało się być stanowisko władz we wszystkich sprawach, dotyczących kas chorych i zakładów ubezpieczenia robotników.

Wydany w ostatnich czasach wyrok najwyższego trybunału odejmuje tym lekarzom, którzy udzielają pomocy lekarskiej członkom kas chorych przypadkowo, nie będąc lekarzami kasy, prawie wszelką nadzieję, aby pomoc ta była wogóle wynagradzana i rzuca światło na jednostronność ustawy o kasach chorych, pomijającej najzupełniej interesa materyalne lekarzy. Jestto jaskrawa niesprawiedliwość, która musi wywołać nieustanne zażalenia ze strony lekarzy, póki nie będzie usunięta. Niezliczone podania Izb lekarskich (i dawniejsze Towarzystw lek.) o uregulowanie wynagrodzenia za czynności sądowolekarskie są z dziwną wytrwałością pomijane przez rząd grobowem milczeniem. — Prośby o uwolnienie lekarzy od podatku zarobkowego pozostały bezowocne. Nawet takie sprawy, które Izby poruszyły ze względu na dobro społeczne, sprawy zupełnie nie związane z interesami bezpośredniemi stanu lekarskiego, jak podania o obniżenie cen surowicy przeciwbłoniczej — pozostały nieuwzględnione lub bez odpowiedzi. — Rozporządzenia rządowe, dotyczące ogółu lekarzy, wychodzą i rozchodzą się poza plecami Izb, tak, jakby rząd chciał naocznie lekarzom dowieść, że Izby są najzupełniej zbyteczne. — Nieunikniona reforma studyów lekarskich, o którą Izby wytrwale kołatały, nie posunęła się ani na krok naprzód.

Ale jedno jeszcze smutne doświadczenie zapisać muszą Izby; oto, że nietylko rząd, lecz i koła parlamentarne austryackie są dla lekarzy usposobione nieżyczliwie. Żadna z petycyi, wniesionych do obu Izb parlamentu nie została uwzględnioną; nie lepiej dzieje się w większości sejmów krajowych.

W ten sposób stwierdzają Izby, że stan lekarski, niegdyś tak poważany, dziś traci źródła utrzymania materyalnego, chwieje się w swych etycznych zasadach i zewsząd otoczony nieprzyjaciołmi, nie posiadający silnej spójności, za słabo popierany przez rząd, pomijany przez parlament i sejmy, chyli się do upadku. Stan ten musi się zmienić, jeśli lekarze mają dobrze wypełniać wysokie zadania swego zawodu. Zdrowie i pomyślność społeczeństwa spoczywa na barkach lekarzy, którzy muszą czuwać nad stanem zdrowotnym jednostek, jak i całego społeczeństwa. Zadaniom tym podołać może stan lekarski tylko wtedy, jeśli znaczenie jego należycie oceniać będą zarówno jednostki, jak państwo. Do obowiązków państwa należy — stan, zajmujący tak ważne stanowisko w społeczeństwie i obarczony tak ciężkiem zadaniem, uchronić od upadku i przywrócić mu dawne znaczenie i poważanie. Środki do tego celu wiodące, są jasne i proste, a chociaż Izby uznają, że wszystkie te środki naraz wykonać się nie dadzą, to jednak trudno zaprzeczyć, że wiele z nich da się zastósować niezwłocznie i z łatwością, byleby rząd okazał w tym kierunku nieco dobrej woli.

Izby zwracają się więc do rządu o uwzględnienie następujących żądań: 1) rząd zechce większą, niż dotąd, opieką

otaczać stan lekarski i usunąć wszystkie czynniki, interesom stanu wprost szkodliwe; 2) partactwo lekarskie zwalczać należy wszystkimi możliwymi środkami; 3) konieczną jest jak najszybsza reforma ustawy o kasach chorych i ubezpieczeniach robotników, — uwzględniająca interesa lekarzy; 4) niezbędną jest rzeczą, aby taksy sądowo-lekarskie nareszcie odpowiednio uregulowane zostały; 5) należy znieść ustawowy przymus lekarski; 6) prawa sanitarne powinny uledz zmianom w kierunku sprawy zwalczania chorób nagminnych i stanowiska lekarzy w państwie; 7) konieczną jest reforma studyów i egzaminów lekarskich; 8) a najpilniejszem jest wyposażenie Izb w większą władzę wykonawczą i zapewnienie im większego wpływu przez odpowiednie zmiany w ustawie i silniejsze, niż dotąd, poparcie ich dążeń przez władze.

C.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 2 marca 1899 r.

Redaktor główny *Przeglądu lekarskiego* Dr. A. Kwaśnicki obejmuje z następnym numerem napowrót swoje urzędowanie.

— We Środę dnia 1-go b. m. odbyło się posiedzenie Tow. lek. krak., na którem kol. Lewkowicz mówił: »O wrodzonych wadach pępka« i przedstawił odpowiedni przypadek, a kol. Bier mówił: »O nowych sposobach odkażania przestrzeni« i przedstawił służące do tego przyrządy. W rozprawach przemawiali koll. Bądzyński, Bujwid, Ciechanowski, Jakubowski, Kostanecki i Kryński.

— Walne Zgromadzenie Delegatów Towarzystwa lekarzy galic. wybrało w dniu 24 lutego b r. Radę Zawiadowczą Towarzystwa w następującym składzie: prezes Dr. Józef Merunowicz, zastępca prezesa Dr. Wiktor Opolski. sekretarz Dr. Karol Gołębiowski, skarbnik Dr Erard G. Festenburg, członkowie Rady: Dr. Michał Świątkiewicz, Dr. Czesław Uhma, Dr. Kazimierz Zgórski.

W. Pan Dr. Jan Rosner ze Lwowa darował do funduszu wdów i sierót po lekarzach, zostającego w zarządzie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, kwotę 450 zlr. w. a., jako honoraryum lekarskie, uzyskane drogą sądową od WP. S. G. Jeszcze w październiku 1898 roku, kiedy wynik ostateczny procesu nie był znany, zobowiązał się WP. Dr. Jan Rosner cały dochód, jakiby mu Sąd przyznał, po strąceniu kosztów procesu, oddać na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach z zapewnieniem, że w razie niepomyślnego wyniku procesu, on sam pokryje wszelkie koszta procesu z własnych funduszów.

Za ten hojny dar składa Tow. lekarzy galicyjskich WP. Drowi Janowi Rosnerowi najszczersze podziękowanie.

Lwów, dnia 19 lutego 1899.

Prezes: *Dr. Merunowicz.*

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyznał w dniu 17 lutego b. r. nagrody konkursowe z fundacyi ś. p. protomedyka Dra Jakubowskiego: doc. Drowi L. Korczyńskiemu za pracę p. t. „Pogląd na rozwój balneologii krajowej w ostatnich latach" i Drowi Ks. Lewkowiczowi za pracę: „O pasorzytach zimniczych", a z fundacyi Niewiadomego: słuch. med. p. St. Gólskiemu za pracę o *ciania intestinalis* Drowi N. Kostaneckiemu za pracę: „O własnościach bakteryobójczych surowicy różnych zwierząt" i Drowi J. Lembergerowi za pracę „O wodach studziennych krakowskich".

— Na uzdrowiska dla suchotników zebrało warszawskie Tow. higieniczne dotąd 6000 rubli. Nadto inżynier Skibiński ofiarował 15 morgów lasu w Gródku (blisko kolei nadwiślańskiej) pod uzdrowisko; na budowę tego zakładu, gdyby przyszła do skutku, oświadczyli gotowość złożyć: adwokat Rotwand 3000, a Dr. Chrostowski 5000 rbs.

— »Kronika lekarska« w ostatnim (4) zeszycie zauważa, że ogół lekarski obojętnieje coraz więcej na sprawy ogólniejszego znaczenia, czego najwymowniejszym dowodem jest prasa lekarska. Pismom naszym nie tylko nie przybywa czytelników, co dałoby się wytłómaczyć coraz cięższymi warunkami bytu lekarzy, ale także piszących wielu ubywa, a mało widać następców. »Jeżeli stale nie będą przybywać nowi pracownicy« — pyta »Kronika« — »cóż stanie się z naszem piśmiennictwem, co stanie się z naszym językiem naukowym?« Uwagi te, skierowane do młodszych kolegów za kordonem, których »Kronika« zachęca do pracy piśmienniczej, możnaby poniekąd zastosować i do galicyjskich stosunków. To też przyłączyć się należy do życzeń »Kroniki«: — »aby ci, w których ręku leży przyszłość tak świetnie rozwijającego się do niedawna piśmiennictwa lekarskiego, przyłożyli starań, by jeszcze świetniejszymi otoczyć je blaski".

— Lekarze, pracujący na klinikach w Halle n/S. uchwalili ogromną większością zaprotestować przeciw udziałowi kobiet w nauce klinicznej.

* Jak się dowiadujemy, druk podręcznika medycyny sądowej Prof. Dra Wachholza jest prawie na ukończeniu tak, iż dzieło to z początkiem kwietnia znajdzie się już na półkach księgarskich. Podręcznik ten, którego potrzeba tak dotkliwie uczuwać się dawała, wyczerpuje przedmiot w całości, obejmując równocześnie psychopatologię sądową. Uwagi tyczące się sposobów dokonywania oględzin sądowo-lekarskich i wydawania orzeczeń, liczne szematy i wzory protokołów oględzin i orzeczeń będą wielkiem ułatwieniem dla lekarzy, wykonujących praktykę sądowo-lekarską. Wobec tego zaś, że podręcznik uwzględnia w równej mierze ustawodawstwa austryackie, niemieckie i rosyjskie, należy się spodziewać, że rozejdzie się on w krótkim przeciągu czasu między kolegami z pod wszystkich trzech zaborów.

Mianowania: Dr. Lubliner ordynatorem oddziału chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu starozakonnych w Warszawie; Dr. Woodhead mianowany profesorem patologii w Cambridge na miejsce zmarłego Kanthaka.

Zmarli: D. 25/2 zmarł w Kętach Dr. Ferdynand Długołęcki, lekarz miejski, w 68 roku życia, w 41 r. zawodu lekarskiego. Zmarły był wzorem pilnego lekarza: do końca życia szedł z młodzieńczym zapałem z postępem wiedzy i chętnie dzielił się bogatemi swemi wiadomościami z młodszymi kolegami, służąc im i żywem słowem i niezwykle na nasze stosunki dobrze zaopatrzonym księgozbiorem. Cieszył się ogólnem uznaniem i przywiązaniem ludności, wśród której tyle lat z poświęceniem pracował. Jeżeli materyalne skutki pracy nie pozostają do jej długości i natężenia w żadnym stosunku, to przyczyną tego były obok niezbyt korzystnych warunków miejscowych, szlachetność i bezinteresowność zmarłego, przejętego litością i miłosierdziem dla ubogiej ludności góralskiej i wysoko pojmującego swoje powołanie.

Cześć pamięci zacnego człowieka i nieodżałowanego kolegi!

Dr. Maciej Kwieciński.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 7 nie otrzymaliśmy). Nr. 8: Dr. Łapiński: Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie choroby Littlea. Dr. Kossakowski: Rumień lombardzki (c. d.). Dr. E Bernhard: Przypadek tężca noworodków z pomyślnem zejściem oraz kilka uwag odnośnie do etyologii i istoty tego cierpienia. W *Medycynie* Nr. 8: K. Zaleski: Przypadek nowotworu w spoidle wielkiem. F. Sachs: O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca, oraz kilka uwag o leczeniu dławca. W *Kronice Lekarskiej* Z. 4: Dr. H. Higier: W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. Dr. F. Giedroyć: Mór w Polsce.

Redakcya otrzymała:

— Dr. J. Pawiński: »O samopomocy organizmu w dusznicy bolesnej«. Warszawa, 1899. Odbitka.

— Likarskij Zbirnik (wydawany przez Tow. im. Szewczenki) Tom I. Zesz. 2. Lwów, 1898 (zawiera prace: Sielskiego, Ozarkiewicza, Dakury, Sołowija i Dolińskiego).

— VIII. Sprawozdanie krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego za r. 1898.

— Plato s. Reussner: Samouczek polsko-francuski. Wypisy Zeszyt I.

Odpowiedzi od Redakcyi. Kol. Lesnobrodzkiemu w Wydrance. Czas jest stosowny, a trudności nie ma żadnych.

We Wtorek dnia 7 Marca 1899 r., odbędzie się **o godzinie 6-tej** wieczorem w sali wykładowej kliniki lekarskiej Zgromadzenie ogólne Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich, na które Szanownych Członków i Prenumeratorów zapraszam.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 5791/99.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państw. z siedzibą *w Tarnowie* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Tarnowie przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 59·3 do kilometra 93·4 na linii Kraków-Podwołoczyska i od kilometra 0·0 do kilometra 0·47 na linii Tarnów-Orło, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Biadoliny, Bogumiłowice, Tarnów i Wola rzędzińska. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jako też wykonania innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 800 złr. i 120 złr. ryczałtu na dorożki rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym.

Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 maja 1899 r.

Kraków, dnia 7 lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

L. 4545/90.

Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą *w Węgierskiej Górce* lub też ewentualnie *w Milówce* ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Węgierskiej Górce przydzielona jest przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 28·0 na linii Zwardoń-Nowy Sącz, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Zwardoń, Sól, Raycza, Milówka i Węgierska Górka. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków Kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącymi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 600 złr. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone, wnosić należy najdalej do końca lutego 1899 r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgać można.

Posada powyższa obsadzoną będzie od dnia 1-go kwietnia 1899 roku.

Kraków, dnia 6-go lutego 1899.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Marca 1899. Nr. 10.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek głów[illegible] A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:



Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.,
Elberfeld.

Pharmaceut. Przetwory.

Trional

Pewne

Hypnoticum.

Dawka: 1,0—1,5 gr. w filiżance ciepłego płynu.

24

Milch-Somatose

(Lacto-Somatose)
z 5% taniny w organicznem połączeniu.
Wskaz.: Dyspepsia, Neurasthenia, Anaemia, Tuberculosis, Typhus, Rhachitis
Dawka: dla dorosłych 5—15 gr dz.
„ dla dzieci 3—10 gr. dz.

Analgen

polecony przeciw:
Ischias, Arthri[illegible]ria

Dawka: 1,0—1,5 gr.

Heroïn

znakomite Sedativum.

Wskaz.: Asthma bronchiale, Pharyngitis, Laryngitis, kaszel suchotników.

Dawka: 0,005—0,01 gr. pro dosi.

Creosotal

(Creosotum carbonic. puriss)

Duotal

Guajacolum carb. puriss.)
Wskaz.: Grużlica płuc, Bronchitis, chroniczne nieżyty, Influenza, Rhachitis i Scrophulosis.

Creosotal Duotal

(Guajacolcarbonat)

Najskuteczniejsze leki przeciw gruźlicy płuc i krtani, nieżytom oskrzeli, i zołzom Creosotal «Heyden» i Duotal «Heyden» posiadają własności lecznicze kreosotu i guajakolu, nie sprowadzają jednak ubocznych objawów, nie są trujące, nie posiadają też przykrego zapachu i smaku kreozotu i guajakolu. Nie drażnią żołądka i jelit— Nie wywołują rozwolnienia — ani nudności — ani wymiotów. Pobudzają w wysokim stopniu łaknienie. Szybki przybytek ciężaru ciała. Gruźlica w pierwszym okresie (prątki w plwocinie) w kilku miesiącach bez przerwy w zajęciu wyleczalna. Creosotal jest nietrujący tak, że go podawać można łyżeczkami dziennie ½ do 3 łyżeczek a wskutek możności zastosowanie dużych dawek nastaje szybko poprawa, w nieżytach szczytowych w krótkim czasie wyleczenie. (Porów „Berliner Charité-Annalen 1897", „Ziemssen's Annalen der Münchener Krankenhäuser 1896" etc.

Próbki i odnośna literatura na żądanie przez **Chemiczną fabrykę Heydena**, Radebeul Drezno

(20—13—1)

NAFTALAN



jest nowym środkiem leczniczym, zupełnie nieszkodliwym, szybko i pewnie działającym, wytworzonym bez dodatków wolnych kwasów lub alkaliów, tłuszczów roślinnych lub zwierzęcych, zupełnie obojętny, nie drażniący, wypróbowany i polecony — stałej konsystencyi o wysokim punkcie topnienia.

Naftalan działa wybitnie **kojąco, przeciwzapalnie, wchłaniająco, odwodząco, odciągająco, lecząco, zabliźniająco, antiseptycznie, odwaniająco, przeciwpasożytniczo.**

Naftalan stosowano z najlepszym skutkiem w **oparzeniach** 1, 2 i 3 stopnia, w **zapalnych ranach i wrzodach**, w owrzodzeniach brodawek, w ranach noworodków, w odleżynach, zmarznięciach, ropniach, bolesnych wrzodach, wrzodach podudzia, flegmonie i t. d.; w **zapaleniach** różnej przyrody; w ostrych i przewlekłych zapaleniach gruczołów chłonicznych i obrzękach tychże, w zapaleniu ślinianek, Parotitis polymorpha, w zapaleniu i obrzęku grucz. szyjnych w płonicy, także gruczołów podszczękowych po zapaleniach gardła, neuritis i w. i. Jako miejscowo zastosowany lek w epididymitis, w dymienicy, w wrzodzie twardym i w różnych kiłowych chorobach skóry; w **bólach na tle gośćcowym i dnowym**: w ostrym i chronicznych gośćcu stawów i mięśni, w lumbago i t. d.; w **zgnieceniach, zwichnięciach, stłuczeniach** i w wszystkich cierpieniach urazowych; w **rozmaitych chorobach skóry**, ostrym, podostrym, przewlekłym wyprysku, tak zwanych wypryskach z zawodu, Eczema simplex i eczema impetiginosum, w Impetigo contagiosa, Eczema squamosum, Pityriasis, w Psoriasis, Ichtyosis, w wyprysku z jodoformu, w Lichen, Prurigo, w Seborrhoea capillitii, Seborrhoea sicca, w Herpes tonsurans, w Sycosis i t. d., **w róży twarzy**, w acne simplex i acne rosacea; w **chorobach pasorzytniczych** jak świerzb i t. d. ***Wielkie uproszczenie w leczeniu.***

Naftalan używany jest stale w wielu klinikach uniwersyteckich i miejskich zakładach leczniczych.

Próbki i Literatura na żądanie pp. Lekarzy przez

Naftalan-Gesellschaft, G. m. b. H. w Magdeburgu.

(4-6-1) **Skład en gros dla Austryi:**

w Sprzedaży Medicinal-Droguen

G. i R. Fritz w Wiedniu, I. Bräunerstrasse 5.

Sprzedaż częściowa we wszystkich aptekach.

Zakład klimatyczny i wodoleczniczy Schreiberhau

w Górach Olbrzymich (Riesengeb.)

wspaniałe, górami osłonione położenie — 710 mtr. nad p. m. — Otoczony na kilka mil ciągnącym się lasem szpilkowym; z powodu jednostajnej i łagodnej ciepłoty nadaje się także do leczenia w zimie, przez cały rok bywa uczęszczany. Wskazany: **w chorobach nerwowych, krwi, kobiecych, dnie, gośćcu i wszelkich cierpieniach przewłocznych.** Stosowane bywa: **leczenie wodą, mięsienie, gimnastyka lecznicza, elektryczność, leczenie dyetetyczne** i t. d. nadto **kąpiele borowinowe — solankowe — jodłowe i igliwiowe. Ogrzewanie centralne.**

Wspaniałe deptaki osłonione i ogrzewane. 17

Wiadomość i prospekt przez **Dra Assmanna.**

Lanolinum puriss. Liebreich

wolne od wody, łączy się z wodą

w znanym, znakomitej czystości i nieprześcignionym gatunku

Adeps lanae B. J. D. wolne od wody, łączy się z wodą, przeźroczyste, bezwonne, wolne od kw. tłuszcz. i od manganu, nie lepkie.

BENNO JAFFE & DARMSTAEDTER 28

Fabryka lanoliny — Martinikenfelde pod Berlinem.

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Marca 1899. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki.

Prof. Dr. Emanuel Machek.

(Wykład przy otwarciu kliniki okulistycznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899 r.).

Panowie!

Z dzisiejszym dniem wchodzi w życie klinika okulistyczna, jako dalsze uzupełnienie wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego. Klinika i katedra mają naprzód służyć celom akademickim, a więc dydaktycznym i naukowym. Mają tu przyszli lekarze uzupełniać swoje wykształcenie i mamy tutaj badać zboczenia chorobowe oczu, aby z zebranych spostrzeżeń wysnuwać prawa kierujące narządem wzrokowym, czem służyć mamy nauce. Stykając się wreszcie w klinice z cierpiącą ludnością mamy zadość uczynić także zadaniom humanitarnym, a więc i społecznym. Co do tych dość powiedzieć, że żyjemy w kraju, w którym sprawozdanie Rady zdrowia wykazuje 5000 ciemnych, w kraju, w którym rocznie około 1000 ludzi nieprzyjmują do służby wojskowej wyłącznie z powodu jaglicy, a więc jednej choroby ocznej, ktoraby ściśle wziąwszy wytępić można, a której niektóre kraje europejskie wcale nie znają.

Wobec tych zadań wejście w życie katedry i kliniki ocznej jest dniem uroczystym i to nietylko dla nas, którzy się brać mamy bezpośrednio do pracy w nowych warunkach, lecz dla każdego, kto myśląc głębiej pragnie, aby społeczeństwo nasze żyło w warunkach odpowiednich cywilizacyi naszego wieku.

W dniu tym przerywam tok zwykłych wykładów, które z początkiem półrocza rozpocząłem na oddziale ocznym szpitala krajowego, a z powodu dzisiejszej uroczystości, chcę odpowiedzieć na pytania, mające ogólniejsze dla okulistyki znaczenie. Wiadomo, że ta gałęź nauk lekarskich uległa w ostatnich niespełna 50-ciu latach bardzo znacznemu przekształceniu. O zdobyczach naukowych tego krótkiego czasu powiedział Saemisch, że historya wzbogacenia wiedzy ludzkiej wogóle niewiele wykaże przykładów tak niespodziewanego, tak nadzwyczaj szybkiego i tak bogatego w owoce dla cierpiącej ludzkości postępu jakiejś gałęzi naukowej, jakim był rozwój okulistyki w tym czasie. Czemu ten rozwój zawdzięczamy? Jakie były drogi, któremi okulistyka doszła do dzisiejszego naukowego stanowiska?

Na te pytania znajdziemy odpowiedź, jeżeli przypatrzymy się znaczeniu i doniosłości nowych środków i sposobów badania. Tu jednakże już zaznaczyć muszę, że okulistyka idąc za innemi gałęziami nauk lekarskich porzuca spekulacye, które zaprowadziły medycynę na drogę wyrozumowanych, a błędnych systemów, a zwraca się ku przyrodniczym badaniom, powiększającym ilość zjawisk, które spostrzegać możemy, a to właśnie pogłębia i rozszerza zakres wiadomości o oku, tegoż czynności i jego chorobach.

Oko, które jak Helmholz powiedział, fizykom służy za niedościgniony wzór optycznego przyrządu, oparte jest przedewszystkiem na prawach optycznych. Spodziewać się należało, że przynajmniej prawa optyki znajdą co do oka zastosowanie, a to tem bardziej, że ich poznanie od czasów Keplera, Descarta i Scheinera zrobiło znaczne postępy. Lecz stała temu na przeszkodzie niedostateczna znajomość budowy, składu i czynności oka. Dopiero wydoskonalenie drobnowidów w pierwszej połowie tego wieku umożebniło zbadanie nietylko grubszych części składowych narządu wzrokowego, lecz także histologicznego ich utkania i drobnych a ważnych urządzeń śródgałkowych w ich stanie prawidłowym i chorobowym. Z poznaniem budowy, postępuje i poznanie fizyologicznej czynności oka. Co rozpoczął Jan Müller i Purkinje, prowadzą dalej Kölliker, Schulze i Henryk Müller, kładąc w ten sposób podwaliny pod nowszą okulistykę, a wreszcie Helmholz pracuje nad fizyologiczną optyką.

Najdonioślejszym owocem jego epokowych prac był wynalazek wziernika ocznego, dokonany w r. 1851. Wynalezienie tego środka badania nietylko stanowi przełom w okulistyce, lecz stało się także bogatem źródłem, z którego płynie obficie pomoc dla cierpiącej ludzkości.

Wziernikiem oświecamy wnętrze oka. Zrenica się rozjaśnia a odsłaniają się środki łamiące, siatkówka, naczyniówka i nerw wzrokowy. Naczynia krwionośne, które chirurg tylko krwawą drogą odsłonić może, widzimy wziernikiem, a że ściany naczyń są przeźroczyste rozpoznajemy barwę krwi żylnej i tętniczej; śledząc wreszcie odpływającą falę krwi, możemy okiem w oku liczyć tętno serca. Wziernik umożebnia nam wprost widzenie wnętrza oka z największą dokładnością, w barwnem oświetleniu, przy znacznem powiększeniu.

Od chwili zastósowania wziernika do badań naukowych następuje nadzwyczaj szybki rozwój okulistyki, który wykazuje z dniem każdym nowe odkrycia, mające najdonioślejsze znaczenie nie tylko dla patologii i leczenia chorób oka, lecz także dla nauki o chorobach wewnętrznych ustroju.

Okazało się naprzód, że to, co dawniej nazywano czarną kataraktą, to cały szereg najróżnorodniejszych chorób. Rozumiano zaś przez tę nazwę zmiany wewnątrz gałkowe o najrozmaitszych a subtelnie opisywanych obrazach chorobowych, z których niektóre jak n. p. obraz jaskry sięgają czasów greckich Asklepiadów, a które miały jedną cechę wspólną,

że prędzej lub później prowadziły do zupełnej ślepoty. Rozpatrzywszy się wziernikiem ocznym we wnętrzu oka, odkryto że z małymi wyjątkami, wszystkie prawie te choroby są uleczalne. Wziernik wogóle stworzył patologię środków łamiących, naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego; każda z tych części okulistyki to nowy a wielki dział wiedzy lekarskiej, który dotąd wcale nie istniał. Lecz wziernik ma także doniosłe znaczenie dla medycyny wogóle.

Przypatrzmy się tylko znaczeniu zmian, które widzimy wziernikiem w siatkówce. Rozpoznanie chorób naczyń krwionośnych siatkówki jest wprost anatomiczne. Tu widzieć możemy zgrubienia, rozszerzenia, pokręcenia i zaczopowania naczyń. Jeżeli skutkiem złego odżywiania lub zmian schyłkowych, naczynia są kruche, to wówczas pękają one pod naciskiem parcia ościennego, a krew występuje tworząc wybroczyny, z których nawet bardzo drobne możemy wziernikiem widzieć, a nadto oznaczyć w jakiej histologicznej warstwie siatkówkowej się znajdują. Całymi miesiącami spostrzegamy wybroczyny w oczach, pozornie bez upośledzenia widzenia, jeżeli są obwodowe; patrząc na nie możemy zrozumieć objawy chorobowe, powstające na tle kruchości naczyń, a usadowione w mózgu lub w nerkach. Także w miąższu siatkówki widzieć możemy plamy, zgrubienia, zaciemnienia zwyrodnienia i przerosty. Tu doświadczenie uczy, że według siedziby i wejrzenia tych zmian chorobowych na dnie oka powstają znamienne obrazy wziernikowe, tak, że wystarczy zajrzeć do oka, aby rozpoznać różne choroby ustroju jak chorobę Brighta, kiłę, cukrzycę złośliwą, zabójczą niedokrewność, białaczkę, oksalurye, wady serca, choroby mózgu, a to w niektórych z tych chorób w tych okresach, w których chory jeszcze niema świadomości ogólnego cierpienia.

Innym sposobem badania oka, któremu wiele okulistyka zawdzięcza, jest badanie napięcia gałki ocznej czyli ucisku śródocznego. Wprowadzenie tego sposobu badania do okulistyki zawdzięczamy Graefemu, chociaż poprzednio już Mackenzie zwrócił uwagę na jego znaczenie. Treść gałki ocznej jest niemal płynną, a otacza ją elastyczna błona. Do oka za życia ciecze przypływają i odpływają. Dla zachowania hydrostatycznej równowagi konieczną jest rzeczą, by ilość cieczy przypływających równała się ilości cieczy odpływających. Jeżeli n. p. więcej cieczy przypływa, niż w stanie fizyologicznym, a tyle tylko odpływa, jak w stanie prawidłowym, wtedy przybywa treści, parcie na wewnętrzną ścianę gałki wzmaga się, a oko staje się twardszem. Twardość zaś oka trwająca czas dłuższy, prowadzi w każdym przypadku do nieuleczalnej ślepoty. Choroby połączone z podwyższonym uciskiem śródocznym nazywamy jaskrowemi. Graefe jednakże spostrzegł, że oczy po obwodowem wycięciu tęczówki Benedicta stawały się miększe. Wpadł tedy na myśl, czyby nie można w tych przypadkach, w których oko jest twardsze obniżyć parcia śródocznego przez wycięcie tęczówki; myśl sama w sobie prosta i naturalna. Próba się powiodła i tą drogą wynalazł Graefe sposób operowania jaskry, choroby, o której Sichel w r. 1855, w pracy ogłoszonej przez akad. franc., jako niezbity pewnik podaje, że nie znany jest ani jeden przypadek jej uleczenia. Ta choroba stała się już w następnym roku uleczalną. Operacya ta, to jeden z największych leczniczych wynalazków naszego wieku. Jej zawdzięczają tysiące ludzi, którzy w sile wieku utracili wzrok, jego przywrócenie, ona powróciła ich światłu i pracy.

Dzięki temu, że oko jest w wysokim stopniu przystępne badaniom optycznym, mógł Donders z Utrechtu z rachunkową ścisłością wykończyć naukę o refrakcyi i akomodacyi. Już Kepler wykazał, że pierwszym warunkiem dokładnego widzenia jest wyraźny obraz widzianego przedmiotu na siatkówce. Jeżeli badany dokładnie nie widział, a wnosić było można, że załamanie jest przyczyną niedość wyraźnego obrazu siatkówkowego, tedy umieszczał Donders przed okiem środki łamiące, dopóki nie znalazł soczewki, która poprawiała należycie widzenie, sprawiając, że na siatkówce wytworzył się wyraźny obraz. Z potrzebnych do tego soczewek obliczał Donders siłę łamiącą oka, jako systemu optycznego. Tak oznaczał refrakcyę. A kiedy Brücke, dzięki mikroskopom, odkrył mięsień rzęskowy, mógł Donders wykończyć naukę o akomodacyi. A czem była poprzednio nauka o wyrównaniu wad budowy oka? empirya bez zrozumienia na czem polega istota rzeczy, a dziś jest najściślejszą gałęzią nauk lekarskich wogóle. Słusznie mówi Donders, że wyniki badań naukowych pozostają tu w ścisłym związku z zastosowaniem. Badanie oka odbywa się tak, jak badanie fizycznych przyrządów. Stopień porażenia mięśnia nastawczego po błonicy, która przeminęła niepostrzeżenie, rachunkowo oznaczamy ilością dioptryi i zwracamy uwagę otoczenia na szkodliwe skutki pierwotnego cierpienia. Na wyrównanie zboczeń budowy, posiadamy matematycznie obliczone środki poprawy i rozumiemy jak najdokładniej, dlaczego tak, a nie inaczej, postąpić należy. Oczom, które dawniej wypowiadały beznadziejnie swoją służbę, przywracamy prawidłową czynność zapomocą prostych środków optycznych.

Znowu innym, a ważnym środkiem badania, jest badanie pola widzenia zapomocą perimetru, tak na białe światło, jak i na barwne promienie. Badaniu pola widzenia zawdzięczamy wykrycie całego szeregu zmian w plamce żółtej i na obwodzie, upośledzających widzenie; ono objaśniło nas o szczegółach połowiczego widzenia, które już Newton spostrzegł, oparłszy na niem swój domysł, o skrzyżowaniu nerwów wzrokowych, a najnowsze badania wykazały, że domysł Newtona był słuszny. Badanie zaś na barwy może nas pouczyć, czy mamy do czynienia ze zboczeniami przewodzących, czy światło odczuwających pierwocin nerwowych.

Wydoskonalona wreszcie nauka o ruchach oczu, dostarczyła nowego sposobu badania, który co do ścisłości przypomina badanie optycznych przyrządów. Jest nim sposób badania zdwojonych obrazów w przypadkach porażenia zewnętrznych mięśni ocznych. Zapomocą zdwojonych obrazów możemy wykazać porażenia w tych okresach, w których żadnym innym sposobem nie możnaby ich wykazać. Porażenia zaś zewnętrznych mięśni ocznych, tak samo, jak mięśni śródgałkowych, należą często do najważniejszych i najwcześniejszych objawów wiądu rdzenia pacierzowego i postępowego porażenia. Te i inne sposoby badania, które tak bardzo powiększyły ilość naszych spostrzeżeń, dostarczyły wielu wskazówek rozpoznawczych i leczniczych, niosąc w skutkach swoich cierpiącej ludzkości błogosławioną pomoc.

(Dokończenie nastąpi).

Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Ciąg dalszy).

TABLICA XV.

Rak jelita. *Carcinoma intest.* Przypadków 13.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek.	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
144*	Marya Kaczmarska, l. 89.	3 mies.	Bóle napadowe. Ruch wybitny.	*Stenosis intest. verisim. carcinomat.*	*Resectio flexur. S. Enterorhaphia.*	Nowotwór wielkości jaja kurzego, zwężający światło kiszki.	*Carcinoma flex. sigm.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
145*	Andrzej Pawlikowski, l. 37.	8 dni	Od miesiąca objawy zwężenia. Obecnie bóle napadowe. Wzdęcie duże. Guz twardy w okolicy lewej dolnej. Ruch jelit znaczny.	*Stenosis verisim. carcinomat.*	*Anus praet. nat.*	Naciek rakowy w całej kiszce esowatej, nieruchomej.	*dtto*	*Emelior.*	
146*	Jan Baniak, l. 35.	7 mies.	Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Ruch jelit wybitny. Rak odbytnicy.	*Carcinoma recti inoperab.*	*Anus praet. natur.*	Cała kiszka gruba rozdęta, ściany przerosłe.	*Carcinoma recti inoper.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya wykazała: posokowate zapal. otrzewnej około zaszytego i wpuszczonego dolnego odcinka kiszki.
147*	Małgorzata Obrąbek, l. 53.	2 mies.	Bóle napadowe. Wzdęcie zwłaszcza w dolnej części brzucha. Ruch jelit widoczny.	*Stenosis int.*	*Entero-anastomosis.*	Część kiszki wstępującej i poprzecznicy zajęte rakiem i zrośnięte z wątrobą.	*Carcinoma inoperab. coli ascend. et transversi.*	*Mors* w 48 godzin.	
148*	Samuel Koenig, l. 50.	5 dni	Od 4 miesięcy objawy zwężenia. Obecnie stan zły. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	*dtto*	*Laparot.*	Guz rakowy w kiszce esowatej. Rozpoczynające się zapalenie otrzewnej.	*Carcinoma flexur. S. Peritonitis.*	*Mors* w czasie operacyi.	
149*	Mężczyzna, l. 54.	Kilka dni	Od kilku lat dolegliwości. Stan dość dobry. Bóle. Wzdęcie duże. Ruchy jelit silne.	*Strictura coli carcinomat.*	*Anus praet. natur.*	Na dość znacznej przestrzeni naciek rakowy kiszki esowatej.	*Carcinom. flex. S.*	*Mors* w 5 dni.	Początkowo znaczne polepszenie, potem objawy udaru mózgowego. Sekcya: *Apoplexia cerebri.*
150*	Kobieta, l. 65.		Od kilku lat dolegliwości. Obecnie wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Ruch jelit wybitny.	*Carcinoma recti, vaginae et uteri.*	*Anus praet. natur.*		*Carcinoma recti, vagin. et uteri.*	*Emelior.*	
151*	Ks. Franciszek Gałuszka, l. 56.	3 dni	Od 2 lat dolegliwości. Stan zły. Wymioty. Bóle znaczne. Wzdęcie niejednostajne. *Per rectum* guz. Ruchy początkowo były.	*Carcinoma recti. Peritonitis.*	*Anus praet. naturam.*	Rak zajmuje kiszkę esowatą i prostą.	*Carcinoma flexur. et recti. Peritonitis.*	*Mors* w 30 godzin.	
152*	Kobieta, l. 55.	Kilka mies.	Stan zły. Bóle napadowe. Wzdęcie niejednostajne. Ruch jelit duży.	*Carcinoma recti.*	*Anus praet. naturam.*	Rak zajmuje górną część kiszki prostej.	*Carcinoma recti.*	*Mors* w 48 godzin.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
153*	Kobieta, l. 40.	3 dni	Stan zły. Silne bóle. Wzdęcie znaczne niejednostajne. Wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. S.*	*Entero-anastomosis.* Połączono poprzecznicę z kiszką esowatą.	Rak w kiszce esowatej na przejściu w okrężnicę zstępującą. Wzdęcie miejscowe pochodzi od skręcenia poprzecznicy.	*Carcinoma coli descend. et flex. S.*	*Mors* w 48 godzin.	
154*	Frajda Czaczkes, l. 50.	28 dni	Bóle mierne. Wzdęcie duże niejednostajne. Silny ruch jelit.	*Probab. carcinoma intest.*	*Anus praet. natur.*		*Carcinoma flex. S. inoperab.*	*Mors* w 3 dni.	
155	Ignacy Głogowski, l. 66.	2 dni	Siły słabe. Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie duże. Poprzecznica rysuje się.	*Occlusio intest. mech.*	*Anus praet. natur.*		*Carcinoma flex. S.*	*Mors* w 24 godzin.	
156	Jawdocha Góral, l. 48.		Przed 3 tygodniami bóle brzucha, przed 2 zatrzymanie stolca i wiatrów; po środkach przeczyszczających stolec — od tygodnia zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów. Stan lichy. Wymioty częste. Bóle duże. Brzuch bolesny. Wzdęcie znaczne. Poniżej pępka zarysowane pętle jelitowe. Ruch wzmożony.	*Occlusio intest. mech.*	*Entero-anastomosis.*	W jamie brzusznej znaczna ilość płynu surowiczego. Jelita rozdęte. Kiszka zstępująca okrężnie zajęta nowotworem.	*Carcinoma coli descend.*	*Mors* w 24 godzin.	

Chorzy z objawami niedrożności z powodu raka jelit okazywali znaczne wycieńczenie, a w wywiadach podnosili długie trwanie cierpienia, wśród ktorego występowało nagle pogorszenie. Wymioty u 3 tylko chorych były częste, a raz kałowe, u innych zaś pojawiały się tylko nudności. Bóle były zawsze silne, napadowe.

Wzdęcie brzucha stosownie do czasu choroby raz było nieznaczne, to znów wielkich rozmiarów. Kształt wzdęcia, odpowiednio do siedziby nowotworu, był rozmaity. Ruch jelit bywał zazwyczaj bardzo wybitny i miał stały kierunek. 2 razy (148, 151) ruchu nie było; w obu tych przypadkach stwierdzono wśród operacyi zapalenie otrzewnej. W przypadku 153 wybadano przed operacyą wzdęcie miejscowe, a po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że pochodzi ono ze skręcenia poprzecznicy. — sprawy towarzyszącej głównemu cierpieniu. Najczęściej rak zajmował kiszkę esowatą, bo 7 razy, a raz przechodził z kiszki esowatej na kiszkę zstępującą. W 3-ch przypadkach znajdował się rak w kiszce prostej, raz w kiszce wstępującej i poprzecznicy, a raz w kiszce zstępującej. Rozmiary nowotworu były nadzwyczaj wielkie, gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe znacznie zajęte.

Nowotwór zdołano usunąć tylko raz; w innych przypadkach z powodu znacznych rozmiarów raka musiano się starać jedynie o ominięcie przeszkody, co uzyskano 8 razy przez założenie rzyci sztucznej, a 3 razy przez entero-anastomozę. Jeden chory wśród operacyi zmarł. Z 13 leczonych chorych 10 zmarło.

Rozpatrując zmiany anatomo-patologiczne w naszych przypadkach, widzimy dwa główne typy. W gromadzie pierwszej, do której zaliczam skręt kiszki esowatej, skręt jelita biodrowego, skręt kątnicy, zadzierżgnięcie, wrzekome odprowadzenie przepukliny, przepukliny wewnętrzne, wreszcie wgłobienie ostre, (razem 99 spostrzeżeń) sprawa chorobowa zajmuje pierwotnie pętlę jelitową wraz z odpowiednim odcinkiem krezki; natomiast w gromadzie drugiej t. j. wgłobieniu przewlekłem, zagięciu krętowatem, zrostach, ucisku, zatkaniu, zwężeniu bliznowatem, gruźlicy i raku jelita (ogółem 57 spostrzeżeń) krezka nie bierze bezpośredniego udziału w zmianach patologicznych. Jestto szczegół, wyciskający charakterystyczne piętno na całym obrazie chorobowym.

W gromadzie pierwszej, jak to dokładnie wykazały doświadczenia Kadera, spowodowane klinicznem spostrzeganiem Wahla, występują wskutek udziału krezki zaburzenia w krążeniu, których następstwem są zmiany, dotyczące tak ścian, jak i treści uwięzgniętej pętli jelitowej. Cały obraz tych zmian objęto nazwą wzdęcia miejscowego. Stan ten znaleźliśmy wśród operacyi we wszystkich przypadkach pierwszej gromady z wyjątkiem przypadków ze zgorzelą jelita. Dalszem następstwem zajęcia krezki sprawą chorobową jest rychłe występowanie zapalenia otrzewnej, które w naszych przypadkach pojawiło się 42 razy t. j. 42·4%. Zapalenie otrzewnej należy tłómaczyć z jednej strony przepuszczalnością ścian zmienionej pętli jelitowej dla drobnoustrojów, jak to dosadnie wykazują prace doświadczalne Arnda, Nepveau'a, Garréa, Bönnecken'a, Maklecowa, z drugiej strony zgorzelą jelita, która, jak w przypadku 43, już po 18 godzinach może się pojawić. Zgorzel jelita wogóle spostrzegaliśmy w tej gromadzie 27 razy t. j. 27·2%.

Obok tych zmian, zależnych od zajęcia krezki, spotykaliśmy zmiany w jelicie położonem powyżej uwięzgniętej pętli, zmiany, napotykane wogóle w niedrożności jelit mechanicznej, a polegające na rozkładzie, gromadzeniu się treści

i nadmiernem wydzielaniu gruczołów błony śluzowej jelita; jest to tak zwane wzdęcie zastoinowe.

W przypadkach świeżych wzdęcie zastoinowe zajmuje tylko najbliższy odcinek przed przeszkodą, powoli jednakowoż przenosi się i na dalsze części przewodu pokarmowego. Na rozmiary i rozległość tego wzdęcia ma ważny wpływ czas trwania sprawy, częstość wymiotów, wielkość wzdęcia miejscowego, umiejscowienie przeszkody, wreszcie obecność zapalenia otrzewnej. W skręcie kiszki esowatej widzieliśmy tylko 2 razy wzdęcie zastoinowe, zajmujące kiszkę grubą i jelito biodrowe; w innych zaś przypadkach ograniczało się ono tylko do kiszki grubej (znaczne rozmiary wzdęcia miejscowego, zastawka Bauchina). W przypadkach rozległego skrętu jelita biodrowego (spostrzeżeń 7) wzdęcie zastoinowe było nieznaczne (częste wymioty, znaczne wzdęcie miejscowe). W przypadkach zaś skrętu mniejszej pętli (17 razy) wzdęcie zastoinowe było znacznych rozmiarów. Skrętowi kątnicy towarzyszyło wzdęcie, zajmujące całe jelito biodrowe i część czczego, w zadzierzgnięciu rozmiary i rozłożenie wzdęcia wybitnie zależały również od wyżej wymienionych czynników. W przypadkach wrzekomego odprowadzenia przepukliny, jak i w przypadkach przepukliny podkątniczej wzdęcie było nieznaczne. Wreszcie wgłobienie ostre, zależnie od czasu trwania i zapalenia otrzewnej, przedstawiało 7 razy znaczne wzdęcie, w 7 zaś przypadkach wzdęcie było miernego stopnia.

Wzdęcie zastoinowe, działając mechanicznie na ściany jelita, sprowadza zaburzenia w krążeniu, a mianowicie przekrwienie bierne, które w wyższym stopniu może znów sprowadzić zgorzel, bądź to ograniczoną do błony śluzowej, bądź też nawet zajmującą całą grubość ściany jelita z następowem przedziurawieniem. (119, 129).

Dolny, t. j. leżący poniżej przeszkody odcinek jelita był zapadły, skurczony.

Zmiany anatomo-patologiczne w drugiej gromadzie spostrzeżeń polegały na wzdęciu zastoinowem, a obok tego w postaciach przewlekłych, a więc w wgłobieniu przewlekłem, zaciśnięciu bliznowatem, gruźliczem i rakowem, na znacznym przeroście warstwy mięsnej.

Zgorzel jelita pojawiała się znacznie później i względnie rzadko, gdyż tylko w 17 przypadkach t. j. 12·3% i to 4 razy zgorzel dotyczyła szczytu wgłobienia, raz pochodziła z zagięcia, 2 razy zaś była następstwem ucisku od zewnątrz.

Zapalenie otrzewnej spostrzegaliśmy w 4 przypadkach t. j. 7%, a mianowicie 3 razy wskutek zgorzeli jelita i raz wskutek rozpadu raka.

Odpowiednio do różnic anatomo-patologicznych różnie się też przedstawia obraz kliniczny tych dwóch działów mechanicznej niedrożności jelit.

Najważniejszymi objawami przedmiotowymi w gromadzie pierwszej jest wzdęcie miejscowe i ruch robaczkowy. Na 88 przypadków, w których dokładnie zaznaczono istnienie, lub brak wzdęcia miejscowego, zdołano wybadać 56 razy t. j. w 63·6%. Objaw ten występuje bardzo wcześnie n. p. w przypadku 10 już po 18 godzinach.

Nie zdołano wybadać wzdęcia miejscowego skutkiem: 1) zapalenia otrzewnej i związanego z niem znacznego ogólnego wzdęcia 23 razy; 2) uwięzgnięcia małej pętli jelitowej 4 razy (62,66, 70, 84); 3) głębokiego usadowienia uwięzgnięcia 5 razy (66, 70, 74, 80, 84); 4) guza pokrywającego wzdęcie miejscowe — raz (76); 5) znacznego wzdęcia zastoinowego — 2 razy (93, 97); 6) niedokładnego badania — 2 razy (68, 71); 7) rzeczywistego braku wzdęcia miejscowego — w jednym przypadku skrętu przewlekłego jelita biodrowego (35), a więc w przypadku właściwie do tej gromady nie należącym, oraz w przypadkach zgorzeli jelita.

Ze względu też na możliwość przeoczenia wzdęcia miejscowego z powodów, wyżej podanych, nadzwyczaj jest ważne badanie chorych w narkozie.

Porażenie pętli, będącej siedzibą wzdęcia miejscowego, które zdaniem Wahla, Zoege-Manteuffela, Kadera i innych szybko się pojawia, zależy wedle naszych spostrzeżeń najprawdopodobniej od nasilenia zmian w krążeniu czyli stopnia zaciśnięcia krezki. W przypadkach lżejszych porażenie nie tak nagle się rozwija. Zapatrywanie to opieram na 8 spostrzeżeniach, a mianowicie 6 skrętach kiszki esowatej i 2 skrętach jelita biodrowego. W przypadkach tych pojawiało się wśród napadowych bólów wyraźne stawianie się rozdętej miejscowo pętli, jakkolwiek choroba trwała od 2 do 10 dni. We wszystkich tych przypadkach stan jelita i otrzewnej był zupełnie dobry.

Drugim znamiennym objawem jest ruch robaczkowy, pojawiający się w jelicie, zajętem przez wzdęcie zastoinowe, a więc w ogóle w niedrożności jelit mechanicznej. Objaw ten występuje wcześnie, jak n. p. w przypadku 66 już po 16 godzinach. Porażenie, czyli zniknięcie ruchu jest następstwem nadmiernego rozdęcia jelita, albo zapalenia otrzewnej. Na 86 przypadków z gromady pierwszej, badanych w tym kierunku, ruch wybitny pojawił się 44 razy; w 42 przypadkach ruchu nie było: a to 27 razy z powodu porażenia jelita, w 15 zaś nie można go było wybadać z powodu zakrycia jelita, położonego powyżej przeszkody, przez wzdęcie miejscowe wielkich rozmiarów. Przelewanie w jelitach wskazywało jednakowoż, że ruch tu się odbywał. Ruchom występującym okresowo towarzyszy zazwyczaj silny ból.

Ruch robaczkowy, oznaczając do pewnego stopnia żywotność jelita, może mieć znaczenie w rokowaniu; i tak na 44 przypadki, w których ruch stwierdzono, śmiertelność wynosiła 40·9%, gdy na 42 nie wykazujących ruchu — 83·3%.

W przypadkach drugiej gromady spotykamy wzdęcie niejednostajne, względnie zarysowanie się pętli jelitowych, zależne od nierównomiernego wzdęcia zastoinowego, a obok tego, podobnie jak i w pierwszej gromadzie, zwiększony ruch robaczkowy. Ten ostatni objaw spostrzegaliśmy w 91·4% przypadków, a najwcześniej już w 10 godzin od pojawienia się pierwszych zaburzeń chorobowych.

W tych przypadkach drugiej gromady, w których ruch wykazano, śmiertelność wynosiła 40%, w tych zaś, gdzie ruchu nie dostrzeżono, 75%. Nie dostrzegliśmy ruchów w 4 przypadkach, a mianowicie: w przyp. 118, gdzie przeszkoda znajdowała się w jelicie czczem, a rozdęty żołądek przykrywał odcinek jelita, położony powyżej przeszkody; w przyp. 148 i 151 z powodu zapalenia otrzewnej; wreszcie w przyp. 155 ruch robaczkowy ustał wskutek nadmiernego rozdęcia jelita.

Wogóle co do ruchów, jako objawu niedrożności mechanicznej, dziwna panuje sprzeczność w zdaniach klinicystów. Zdaniem znacznej części autorów wybitne ruchy robaczkowe są prawie pewną oznaką niedrożności mechanicznej, ale przewlekłej, a warunkiem pojawienia się tego objawu ma

być przerost warstwy mięsnej jelita. Z naszych spostrzeżeń zaś wynika, że wprawdzie nasilenie ruchów w przypadkach przewlekłych jest większe, że jednakowoż już po 10 godzinach choroby, a więc bez przerostu warstwy mięsnej, ruchy są bardzo wybitne nawet u osób z jędrnemi powłokami i dobrze rozwiniętą podściółką tłuszczową. Zbierając krótko zmiany anatomiczne z jednej, a odpowiednie objawy kliniczne z drugiej strony, można ułożyć następujące ogólne zestawienie:

I. Gromada.
Uwięzgnięcie.

Zmiany anatomiczne.	Objawy kliniczne.
I. Wzdęcie miejscowe.	I. Niejednostajne wzdęcie. Wzdęcie miejscowe.
II. Wzdęcie zastoinowe.	II. Ruch robaczkowy.
III. Rychłe wystąpienie zapalenia otrzewnej i zgorzeli jelita.	III. Brak ruchów, wzdęcie jednostajne, bolesność, bóle ciągłe i t. d.

II. Gromada:
Zamknięcie światła jelita.

Zmiany anatomiczne.	Objawy kliniczne.
I. Wzdęcie zastoinowe.	I. *a)* Nierównomierne wzdęcie. *b)* Ruch robaczkowy.
II. Brak większych zmian w krążeniu, chyba tylko w razie nadmiernego rozdęcia jelita.	II. Późno występujące zapalenie otrzewnej i zgorzel jelita.
III. W przypadkach przewlekłych przerost warstwy mięsn. powyżej przeszkody.	III. Ruch robaczkowy większego stopnia co do siły.

Z tego krótkiego już zarysu głównych objawów, z pominięciem nawet przebiegu klinicznego, który naturalnie w stałe ramy ująć się nieda, wynika, że posiadamy dostateczne cechy, odróżniające te dwie grupy niedrożności mechanicznej.

Przenosząc te zasady na pole praktyczne i poddając je próbie naszego zestawienia, widzimy, że w gromadzie pierwszej zdołaliśmy wogóle rozpoznać niedrożność na tle uwięzgnięcia pętli jelitowej w 78·4% przypadków. Zestawienie zaś 21 przypadków pierwszej gromady, w których nie można było rozpoznać uwięzgnięcia, względnie zamknięcia światła jelita, poucza nas, że najważniejszą tego przyczyną (gdyż 10 razy) było powikłanie uwięzgnięcia z zapaleniem otrzewnej; inne przyczyny są jednoznaczne z powodami, nie dozwalającymi wybadać wzdęcia miejscowego (patrz wyżej).

W gromadzie drugiej rozpoznano ogólnie zamknięcie jelita w 84%. Przypadki nierozpoznane należą do zadawnionych, a więc powikłanych częściowo z zapaleniem otrzewnej, częściowo zaś porażeniem jelit wskutek wzdęcia zastoinowego znacznych rozmiarów.

Krótko mówiąc, na podstawie powyższych cech zdołamy w przypadkach wczesnych prawie zawsze odróżnić uwięzgnięcie od zamknięcia jelita. Chodziłoby tylko o to, czy dalszy krok naprzód t. j. odróżnienie w obrębie tych wielkich gromad pojedynczych postaci niedrożności jest możebne. Przechodząc kolejno obrazy chorobowe, widzimy ściśle zaznaczone różnice; badanie jednak musi być nadzwyczaj dokładne, każdy najmniejszy szczegół tak w wywiadach, jak i w przedmiotowem badaniu musi być podniesiony i odpowiednio zużytkowany. Zestawienie zaś nasze wykazuje, że w gromadzie pierwszej zdołaliśmy rozpoznać dokładnie postać uwięzgnięcia w 65%, w gromadzie zaś drugiej rodzaj zamknięcia światła jelita — w 65%. Pomyłki rozpoznawcze odnosiły się głównie do przypadków zadawnionych.

Nasze postępowanie rozpoznawcze polegało w pierwszym rzędzie na rozstrzygnięciu pytania, czy objawy niedrożności pochodzą z przeszkody mechanicznej, czy czynnościowej. Pytanie to najczęściej nie sprawiało nam wielkiego kłopotu z wyjątkiem przypadków niedrożności mechanicznej, powikłanych z zapaleniem otrzewnej. Na dowód tego przytoczę jedynie tę okoliczność, że na 65 przypadków, rozpoznanych w ostatnich latach sześciu, jako niedrożność mechaniczna, nie potrzebowaliśmy rozpoznania tego zmienić wśród operacyi ani w jednym przypadku; i odwrotnie w kilkunastu przypadkach niedrożności czynnościowej rozpoznanie nasze zawsze się sprawdziło.

Z chwilą rozpoznania niedrożności mechanicznej staraliśmy się rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z uwięzgnięciem, czy też z zamknięciem jelita; następnie z którą postacią tych gromad niedrożności; wreszcie, w którem miejscu znajduje się przeszkoda.

Rozpoznanie miejsca niedrożności opieraliśmy przedewszystkiem na kształcie wzdęcia brzucha, kształcie i usadowieniu wzdęcia miejscowego w przypadkach uwięzgnięcia, a rozłożeniu wzdęcia zastoinowego w zamknięciu jelita. Znacznie mniej pewne wskazówki daje ruch robaczkowy, zwłaszcza w przypadkach ostrych. Wynik może oddać dobre usługi dość często, ale tylko przy obecności innych wskazówek; mianowicie odgłos metaliczny na ograniczonej przestrzeni, utrzymujący się stale w jednem miejscu, wskazuje na to, że istnieje tam znaczne wzdęcie jelita, czy to miejscowe, czy też zastoinowe. Badanie palcem przez odbytnicę, względnie przez pochwę, nadzwyczaj ważne wogóle przy badaniu niedrożności jelit, jest niezbędne również przy poszukiwaniu siedziby przeszkody. Wyniki badań zapomocą wlewań do odbytnicy, jak i sondowanie, nie mają wedle naszego doświadczenia prawie żadnego znaczenia. Właściwości bólu, jak i wymiotów mogą jedynie potwierdzić istniejące już rozpoznanie. Ważne znaczenie ma badanie moczu, a zwłaszcza w kierunku obecności lub braku indykanu.

Leczenie niedrożności jelit ma za zadanie przywrócić drożność jelita; drugie wskazanie, jeszcze ważniejsze, — to usunięcie zmian w krążeniu, gdyż z tej strony największe grozi choremu niebezpieczeństwo. Zmiany w krążeniu powstają przedewszystkiem wskutek zaciśnięcia krezki, a dalej wskutek rozdęcia ścian jelita. Usuwając wcześnie przeszkodę usuniemy naturalne jej skutki, a więc przywrócimy drożność i zarazem prawidłowe krążenie. Cel ten osiągnąć można tylko drogą mechaniczną.

Środki mechaniczne mogą działać pośrednio lub bezpośrednio. Do pośrednich należy zaliczyć środki, opróżniające górny odcinek przewodu pokarmowego, powyżej przeszkody położony, dalej środki, stosowane przez odbytnicę, a więc wlewania, nadymania i t. d., zadziałanie przez powłoki brzu-

szne, a więc mięsienie, wreszcie założenie przetoki kałowej. Sposób bezpośredni jest tylko jeden: otwarcie jamy brzusznej i usunięcie przeszkody.

Doświadczenie nasze poucza, że ze sposobów pośrednich działanie mechaniczne przez odbytnicę i przez powłoki brzuszne należy stanowczo odrzucić, są to bowiem środki prawie zawsze bezskuteczne, a często mogą stać się bardzo szkodliwymi wobec tego, że niepodobna przy nich ocenić stanu jelita. Pozostają przeto jedynie sposoby, zapomocą których opróżniamy górny odcinek przewodu pokarmowego, a więc przepłókiwania żołądka i założenie rzyci sztucznej, obok leczenia przypadowego. Środki te można stosować ze skutkiem oczywiście tylko w zamknięciu jelita, gdzie niebezpieczeństwo polega głównie na rozdęciu jelita doprowadzającego. Dla gromady pierwszej, czyli uwięzgnięcia, środki pośrednie nie mają znaczenia, nie usuwają bowiem zaburzeń w krążeniu.

Sposób bezpośredni, to jest otwarcie jamy brzusznej i usunięcie przeszkody w obu gromadach niedrożności jelit mechanicznej zadość czyni najważniejszym wskazaniom, a więc, jako taki, jest jedynie właściwem postępowaniem leczniczem.

Przeciwnicy leczenia operacyjnego podnoszą jednakowoż jeszcze dotychczas, wcale nawet poważne, jakby się zdawać mogło, — zarzuty, a to przedewszystkiem na podstawie porównywania wyników t. z. leczenia wewnętrznego z wynikami, osiągniętymi drogą chirurgiczną, a następnie na podstawie twierdzenia, że wynik operacyjny zależy w pierwszym rzędzie od dokładnego rozpoznania rodzaju i siedziby przeszkody, rozpoznanie to zaś sprawia nadzwyczaj wielkie trudności, albo nawet jest niemożliwe.

Porównywanie wyników leczenia środkami pośrednimi bezkrwawymi i przypadowymi czyli t. z. wewnętrznymi, które zazwyczaj ocenia się na 35% wyleczeń z wynikami operacyjnymi, stanowi wprost błąd logiczny. Są to wartości nierównorzędne. Pomijając względy teoretyczne, wykluczające wprost możliwość wyleczenia uwięzgnięcia środkami pośrednimi, cały nasz materyał pierwszej gromady wykazuje jasno, że ani jeden przypadek tej gromady nie mógłby przy leczeniu wewnętrznem skończyć się pomyślnie. (d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ołtuszewski: **Psychologia oraz filozofia mowy.** Warszawa 1899.

Niniejsza praca jest z kolei trzecią, odnosząca się do nauki o mowie, tak zwanej przez autora logologii (badającej mowę ze stanowiska przyrodniczo-lekarskiego) i stanowi zakończenie dwu dawniej wydanych dziełek: „Fizyologii mowy“ i „Rozwoju mowy u dziecka oraz stosunku tego rozwoju do jego inteligencyi«. Autor podzielił swą pracę na trzy części. W pierwszej przedstawia w przebiegu historycznym przegląd prac, dokonanych przez językoznawców i filozofów, a dotyczących początków języka, jego istoty, oraz stosunku umysłu do mowy, w których to pracach nie uwzględniano jeszcze ani czynności mózgu przy mowie, ani też badań psychologicznych. W drugiej części dziełka rozważa autor prace lekarzy, usiłujących stworzyć psychologię mowy na zasadzie podkładu materyalnego, a więc odpowiedniej czynności mózgu, oraz uzupełnia je własnemi badaniami, dotyczącemi rozwoju inteligencyi i mowy u dziecka, a przedewszystkiem podstawy psychofizyologicznej rozwoju mowy, niezmiernie ważnemi zarówno dla psychologii mowy, jako też dla jej filozofii. Nakoniec w trzeciej części pracy, na zasadzie danych, przedstawionych w części drugiej, wypowiada autor pogląd na psychologię oraz filozofię mowy, odpowiadający wymaganiom współczesnej wiedzy. W zakończeniu uwydatnia autor ważność dokonanych badań dla wiedzy ogólnej lekarskiej, językoznawczej i wychowawczej. Praca ta ważna, w szczególności dla lekarzy, pracujących na polu logopatologii, nie nadaje się do szczegółowego rozbioru dla szerszego ich koła, a z tego względu uwydatniamy jedynie niektóre własne oraz nowe poglądy autora. W zapatrywaniu swem na podstawę psychofizyologiczną rozwoju mowy przypisuje O. ośrodkowi skojarzeniowemu średniemu, mieszczącemu się jak wiadomo w wyspie Reil'a, zdolność automatycznego wyłaniania wspomnień wyrazowych bez udziału ośrodka pojęć słownych, wyznacza mu więc ważną rolę w mowie wewnętrznej, będącej wynikiem połączenia pojęć słownych (mających swe siedlisko w ośrodku skojarzeniowym tylnym) z automatycznemi wspomnieniami wyrazów (gromadzących się w ośrodku skojarzeniowym średnim). Dla nagromadzenia owego zapasu śladów słownych w ośrodku średnim, nieodzownego do mowy automatycznej, musi dziecko poprzednio przez bardzo długi czas świadomie kojarzyć szereg głosów i szmerów (wyrazów) z odpowiednimi ruchami w narządach artykulacyi. To samo w zupełności dotyczy początkowego aktu czytania i pisania. W akcie psychicznym mowy zasługuje na zaznaczenie wykazana przez O. zasadnicza różnica między pamięcią słowna zmysłową, służącą do uświadamiania wrażeń zmysłowych, odnoszących się do aktu mowy, a kojarzeniową, której przeznaczeniem jest kojarzyć owe wrażenia zmysłowe z wyobrażeniami, a to dla wytworzenia pojęć słownych[1]). Zgodnie z przedstawioną podstawą psychofizyologiczną rozwoju mowy działają, według O., przy psychicznym akcie mowy dwa mechanizmy: niższy do pewnego stopnia automatyczny, mieszczący się w ośrodku średnim i wyższy dla pojęć słownych w ośrodku tylnym. Ostatni służy do łączenia pojęć słownych z mową automatyczną (wyrazami).

Odpowiedź na pytanie, dotyczące filozofii mowy, a więc stosunku umysłu do mowy, jej powstania, oraz rozwoju, znajduje autor w danych poczerpniętych z uprzedniej swej pracy: „O rozwoju mowy i inteligencyi u dziecka“, oraz w badaniach Romanes'a nad duszą i znakowaniem u zwierząt. Z badań tych okazuje się, że inteligencya człowieka stworzyła mowę, a nie odwrotnie, oraz że początku języka należy szukać w zaczątkowem znakowaniu u zwierząt, a więc na drodze naturalnego rozwoju gatunku. *W.*

IV. Wyciągi.

Hasenfeld i Fenyvessy. **O sprawności serca stłuszczonego.** (*Berliner klin. Woch.* 1899. Nr. 6 i 7). Sprawność serca, które uległo zwyrodnieniu tłuszczowemu, badali H. i F. na zwierzętach, zatruwanych fosforem. Wyniki tych badań są nieco odmienne od dotychczasowych zapatrywań. Według nich nie dadzą się za życia rozpoznać znaczne nawet stopnie stłuszczenia serca, ponieważ nie upośledzają one czynności serca w sposób widoczny i nie wywołują żadnych wybitniejszych zaburzeń ze strony tego narządu. Sprawność serca, ulegającego szybko postępującemu zwyrodnieniu tłuszczowemu, niewiele w doświadczeniach autorów ucierpiała. Serce takie nietylko może podołać zwykłym swym zadaniom, ale może wykonywać nawet zwiększoną pracę i to przez czas dłuższy. Dopiero na krótki czas przed śmiercią pojawiają się oznaki niewyrównania, ale i wówczas jeszcze oddziaływa bardzo już stłuszczone serce na wstrzykiwania wyciągu z nad-

[1]) Do pamięci skojarzeniowej zalicza autor również pamięć ośrodka średniego.

nerczy, będącego, jak wiadomo, silnym środkiem sercowym. Jednakże serce stłuszczone wskutek działania fosforu jest znacznie wrażliwsze na niedostatek tlenu w ustroju, niż serce prawidłowe. Porażenie krążenia w zatruciu fosforem polega, według badań autorów, w znacznym stopniu na osłabieniu nerwów naczynioruchowych, a przyczyna śmierci leży raczej w naczyniach obwodowych, niż w sercu. Mimochodem zauważyli autorowie, że zwierzęta ciężarne bardzo źle znoszą zatrucie fosforem, a narządy miąższowe płodów również ulegają zwyrodnieniom.

Szukając wytłómaczenia tego niezwykłego zjawiska, że znaczne nawet stłuszczenie serca nie wywołuje oznak niewyrównania, zwracają się autorowie do sił zapasowych, w które serce nader jest zasobne; części mięśnia sercowego, które jeszcze nie uległy stłuszczeniu, mogą dzięki temu wynagrodzić ubytek czynnościowy części stłuszczonych zapomocą wzmożonej czynności. Zaburzenia sercowe powstaną dopiero po wyczerpaniu i tych sił zapasowych; kiedy to nastąpi, to zależy w każdym razie od tego, ile komórek mięsnych przestało działać; im rozleglejsze będzie stłuszczenie, tem szybciej zasób sił serca się wyczerpie.

Autorowie nie wahają się przenieść wyników swych doświadczeń do patologii ludzkiej, a to z tego względu, że czynność serca zależy u rozmaitych zwierząt ssących od tych samych czynników, co u człowieka. Na tej podstawie sądzą autorowie, że niezbyt długo trwających, a miernych stopni stłuszczenia nie można za życia rozpoznać i że nie można zatem objawów osłabienia serca bez zastrzeżeń odnosić do stłuszczenia serca. Chociaż w takich przypadkach rozbiór zwłok wykaże najczęściej stłuszczenie serca, to jednak nie mamy jeszcze prawa sądzić, że to stłuszczenie właśnie było przyczyną zaburzeń sercowych. Stłuszczenia powstają zawsze, jeśli ustrój cierpi na brak tlenu. Pewien zaś czas trwające zaburzenia sercowe brak taki sprowadzić muszą; stłuszczenie serca w większości przypadków będzie w ten sposób skutkiem, a nie przyczyną zaburzeń sercowych. Pewnem jest, że znaczna część przyczyn stłuszczenia na czynność serca nie wpływa, możliwem zaś, że niektóre z tych przyczyn osłabiają także siłę serca. Autorowie nie zaprzeczają, że bardzo znaczne i długotrwałe stłuszczenie serca może po wyczerpaniu się wszystkich sił zapasowych zdrowych części mięśnia sprowadzić zaburzenia sercowe i stać się ostateczną przyczyną śmierci, jednakże uważają to za rzecz rzadką, odpowiednio do tego, że i przy rozbiorze zwłok rzadko tylko spotyka się tak bardzo wielkie stłuszczenia serca. Wreszcie podnoszą autorowie raz jeszcze z naciskiem, że wnioski ich odnoszą się tylko do zmian miąższowych serca, to jest do zmian samego ciała komórek mięsnych i nie stoją w sprzeczności z wagą zmian anatomicznych serca wogóle, między któremi coraz większe znaczenie przypisuje się w nowszych czasach zmianom międzymiąższowym, szczególnie rozsianemu zwyrodnieniu włóknistemu, mogącemu prawdopodobnie upośledzać znacznie czynności nawet tych komórek mięsnych, które pozostały zdrowe. *Ciechanowski.*

Rosenfeld (Wrocław): **Kliniczne rozpoznanie wielkości, kształtu i położenia żołądka.** *(Centralblatt für innere Medicin.* 1899. Nr. 1). Wielkie znaczenie dla klinicysty posiada rozpoznanie wielkości, kształtu i położenia żołądka. Zazwyczaj określa się wielkość żołądka w odniesieniu do pępka. Jednakowoż jestto sposób niedobry, bo pępek niema stałego położenia na powłokach brzusznych. Zdarza się pępek nawet daleko ponad wysokością grzebienia, jak i poniżej guza przedniego wyższego kości biodrowej. Dlatego autor wnosi, aby rozróżniać w przyszłości trzy nowe linie dla oznaczania żołądka, a mianowicie: 1) linia łącząca szczyty obu żeber dziesiątych: linia żebrowa, *linea bicostalis;* 2) linia łącząca najwyższe wzniesienia obu grzebieni kości biodrowych: linia grzebieniowa, *l. bicristalis;* 3) linia łącząca oba guzy wyższe kości biodrowych: linia guzowa, *l. bispinalis.*

Prawidłowy kształt żołądka opisywali inaczej dawni anatomowie (Hyrtl), inaczej opisują nowi. Dawni sądzili, że żołądek ma w ciele ludzkiem kształt leżącego C, że mała krzywizna jest łukiem górnym, a wielka krzywizna łukiem dolnym. Tymczasem mała krzywizna wcale w ten sposób nie przebiega, lecz zupełnie inaczej, bo prostopadle, a nawet nieco bardziej na lewo w niższej części; jeżeli już się chce mówić o równoległości pomiędzy obiema krzywiznami, to nie można wobec tego rozróżniać krzywizny górnej i dolnej, ale tylko krzywiznę prawą — małą, — i lewą — wielką. W ogóle, jak się o tem sam autor przekonał na zwłokach, żołądek w $^2/_3$ częściach, począwszy od góry, od wpustu, przebiega nietylko pionowo w dół, ale nawet zbacza od pionu na lewo o kilka cm.; a w ostatniej $^1/_3$ skręcając się pod kątem ostrym lub łukowato na prawo idzie poziomo, albo mniej więcej w górę poprzed pierwszym kręgiem lędźwiowym. Pusty żołądek więc ma kształt nie leżącego, ale stojącego C, tylko odwrotnie napisanego Ɔ. Od tego prawidła są jednak liczne wyjątki. Pominąwszy zboczenia żołądka zdrowego, kształt żołądka zmienia się w stanach chorobowych. Opadnięcie żołądka *(gastroptosis)* ma oznaczać, że żołądek zresztą prawidłowy leży niżej. Autor jednakowoż zaprzecza, jakoby istniało opadnięcie żołądka bez równoczesnego rozszerzenia i utrzymuje, że obie zmiany idą ze sobą w parze. Rozszerzenie żołądka może się rozciągać w kierunku pionowym albo poziomym, albo w jednym i drugim.

W dalszym ciągu zastanawia się autor nad sposobami, służącymi do rozpoznania rozszerzenia.

Wydymanie gazem kwasu węglowego (wprowadzone przez Frerichsa i Mannkopfa) nie jest godne polecenia. Rozdęcie jest za gwałtowne i za silne, daje wprawdzie pojęcie o rozciągliwości ścian żołądka, ale nie o wielkości i kształcie żołądka w całości. Zresztą większa część rozdętego żołądka chowa się pod łukiem żebrowym, a wypuklenia okolicy odźwiernika nie można, jak to często się dzieje, brać wprost za żołądek. Wydymanie powietrzem (wprowadzone przez Osera, Runeberga, Ewalda) daje lepsze już wyniki, ale i w tym razie więcej rozciągliwe żołądki mogą się bardzo powiększyć. Obmacanie, wypuk, oznaczenie zapomocą pluskania mogą dać często dobre wyniki, ale też nieraz zawodzą. Wprowadzanie twardego zgłębnika podług Leubego nie prowadzi do celu, bo koniec zgłębnika nie zawsze dochodzi do najgłębszego miejsca dna żołądka, ale się może oprzeć wyżej na ścianie żołądka, jak to w ostatnich czasach można widzieć podczas prześwietlania Roentgenowskiego. Toteż sam Leube już swój sposób zarzucił. Najlepiej jeszcze się nadaje miękki zgłębnik podług Boasa, a wymacanie jego podaje rzeczywiście położenie wielkiej krzywizny pod tym oczywiście warunkiem, że zgłębnik da się wymacać, i tylko wtedy daje niemylne wyniki, gdy badany stoi. Prześwietlanie światłem elektrycznem t. z. *„gastrodiaphania“* jest sposobem zanadto sztucznym i w najlepszym razie wymaga niezmiernej wprawy ze strony badającego.

W przeciwieństwie do tych wszystkich sposobów podaje autor nowy własny sposób oznaczania wielkości, położenia i kształtu żołądka. Używa do tego miękiego zgłębnika bez otworu u dołu; napełnia go na jakie 30 cm. w dolnym końcu śrutem grubszym, wrzucając kulki przez światło zgłębnika z góry. Zgłębnik taki waży mniej niż 150 gr., nie może więc zanadto obciążyć żołądka. Na samym dolnym końcu wypala się rozżarzonym drutem dziurki drobne, przeznaczone na to, aby można było nadąć powietrzem przez zgłębnik jamę żołądka. Powietrze, wpychane zwykłym balonikiem, przechodzi pomiędzy kulkami śrutu i dostaje się przez dziurki do żołądka. Śrut znów jest za duży na to, aby wypadł przez dziurki. Nie zatyka się na stałe światła zgłębnika, aby go można po każdem użyciu oczyścić, przewracając po prostu zgłębnik do góry końcem dolnym i wysypując śrut, który tak samo, jak sam zgłębnik można obmyć. Wprowadzenie zgłębnika odbywa się w zwykły sposób, tylko dosyć głęboko, aby zgłębnik mógł dosięgnąć do spodu żołądka, o czem się natychmiast można przekonać przy po-

mocy prześwietlenia Roentgenowskiego. Koniec zgłębnika wypełniony śrutem wybornie się odznacza nawet u otyłych ludzi. Teraz przymierza się do powłok brzusznych pręt cynowy dokładnie w miejsce przebiegu zgłębnika na obrazie roentgenowskim. Odpowiednio ukształtowany pręt, wsunięty pomiędzy brzuch, a ciennik (ekran), nakrywa cień rzucony od zgłębnika. Natychmiast można ołówkiem na skórze oznaczyć kreską przebieg prętu, jako rzut spodu żołądka na powłoki brzuszne. Jeżeli się chce w dalszym ciągu zobaczyć cały żołądek, to wydyma się go powietrzem i prześwietla sposobem Roentgenowskim. Tam, gdzie wejdzie powietrze, widać miejsce jednostajnie jasne. Bardzo często można też zauważyć z boku wcięcie pochodzące od śledziony. Najlepiej wchodzi zgłębnik, jeżeli w żołądku jest cokolwiek płynu, bo wtedy ślizga się po dnie i może dojść aż do odźwiernika. Ponieważ wydęty żołądek nie może długo pozostać bez zmiany, więc zdjęcie rontgenogramu jest trudne, a nawet niepodobne, jednak można na ciennik położyć papier przeźroczysty i na nim ołówkiem oznaczyć zarysy.

Autor podając sposób, przez siebie obmyślony, zachęca do prób, ponieważ za pomocą niego można dokładnie uzmysłowić położenie, kształt i wielkość żołądka w stanie prawidłowym i we wszystkich zmianach chorobowych.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

I. Prof. Naunyn: **O zajściach w przebiegu kamicy żółciowej, które rozstrzygają o wskazaniach do operacyi.**

II. K. Löbker: **Moje doświadczenia w dziedzinie patologii i chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten*, T. IV, Z. 1). N. w zasadzie zgadza się z zapatrywaniami Riedela (cf. ref. w „Przegl. lekar.“ 1898, Nr. 34) przyznając sprawom zapalnym *(cholecystitis* i *cholangitis)* w przebiegu kamicy żółciowej przeważne znaczenie i sądząc, że wielka część przypadków tak zw. kolki żółciowej zależy nie od przesuwania się kamyków, lecz od tych właśnie od czasu do czasu powracających i znikających zapaleń. Mimo to uważa N. tę chorobę za wcale niegroźną, z własnego bowiem doświadczenia zestawia statystykę 150 chorych, z których zmarło 20. Niebezpieczeństwo grozi tylko w przypadkach rozwinięcia się raka w pęcherzyku żółciowym, przewlekłej żółtaczki, i powikłań takich, jak: przedziurawienia do jamy otrzewnej, przetoki, ropnie wątroby itd. A zatem choroba ta może wśród leczenia wewnętrznego przebiegać pomyślnie albo przez to, że przechodzi w okres utajenia, który klinicznie (nie anatomicznie) równa się wyleczeniu, trwa bowiem czasami całe dziesiątki lat, albo też przez odejście kamieni (małych, drogami naturalnemi, wielkich zaś przez przetokę do dwunastnicy, która powstaje powoli skutkiem ucisku kamieni). Dlatego też i ze względu na brak rozległych statystyk, któreby przekonywały, że po operacyach choroba nie wraca, wskazania do operacyjnego leczenia zacieśnia N. do przypadków *cholecystitis-cholangitis acutissima* (która tak czy owak każe bardzo źle rokować); *hydrops vesicae felleae;* w razie ciężkiego przebiegu, z częstymi i groźnymi nawrotami i gdzie leczenie karlsbadzkie pozostało bez skutku; a w przypadkach przewlekłej żółtaczki z zatorowania przewodu wspólnego chyba tam, gdzie istnieje jakieś prawdopodobieństwo rozwinięcia się raka.

II. Löbker przyznaje N., że zdarzają się przypadki zupełnego wyleczenia dobrowolnego z kamicy żółciowej, mianowicie tam, gdzie małe kamyki łatwo, choćby wśród napadu kolki, odejść mogą zupełnie. Lecz obok tego istnieje wielu takich chorych, u których wprawdzie po odpowiedniem leczeniu znikają kurcze i żółtaczka, a może nawet pęcherzyk żółciowy staje się zupełnie nie macalny, zawsze jednak przy dokładnem obmacywaniu stwierdzić możemy tkliwość w miejscu, odpowiadającem pęcherzykowi. Pozostawiając takich chorych ich własnemu losowi, wystawiamy ich na możliwość znanych powikłań, wśród których rak pęcherzyka bynajmniej do rzadkości nie należy. Autor znalazł bowiem na 172 operacyj — 17 razy raka pęcherzyka w następstwie kamicy żółciowej, i to na[j]częściej ta[k]iej postaci, które niemal od początku do końca przebiegały utajone, nie sprawiając choremu żadnych prawie dolegliwości. Lepiej zatem narazić chorych na mniejsze niebezpieczeństwo operacyi, niż na większe — powikłań i następstw samej choroby. L. badał i leczył 367 chorych na kamienie żółciowe, a 172 (15 m. 157 k.) operował. 17 cierpiało na raka pęcherzyka żółciowego, u 37 wykonał *cholecystotomią* (bez przypadku śmierci), 87 r. wyciął cały pęcherzyk (umarło 2), 12 r. wykonał *cholecystostomią* (2 umarło), 1 r. *cholecystentorostomią* i kilka mniejszych operacyi. Ogółem na 155 operacyi osiągnął L. 149 wyleczeń, a 6 chorych zmarło skutkiem i po operacyi.

Herman.

M. Walthard (Berno): **O wymóżdżeniu płodu zapomocą trójramiennego kranioklastu.** *(Monatschr. f. Geburtsh. und Gynaek.*, Tom IX, Zeszyt I, 1899). Wychodząc z założenia, że miękie części kanału rodnego matki wtedy najłatwiej uchronić można od uszkodzeń przy wyciąganiu przedziurawionej i wymóżdżonej główki płodu, gdy główkę tę całkowicie uda się zmiażdżyć, autor porównywa ze sobą wartość używanych dotąd sposobów wymóżdżenia i wydobycia płodu.

Przy użyciu kranioklastu Brauna w większości przypadków udaje się zmiażdżyć tylko górną część czaszki, dla zgniecenia zaś podstawy czaszki potrzeba położenia twarzowego lub conajmniej czołowego główki. Pozostała więc niezgnieciona część czaszki przedstawia w dalszym ciągu znaczną przeszkodę przy wydobyciu płodu. Przytem kranioklast nieraz ześlizguje się lub wyrywa przy pociąganiu wraz z częściami kości, co przyczynić się może łatwo do uszkodzenia części miękich rodzącej. Kefalotrybem można wprawdzie zmiażdżyć główkę przy każdem jej ustawieniu, lecz przedewszystkiem dobre założenie tego narzędzia jest bardzo trudne, zwłaszcza, gdy główka jest ruchoma ponad wchodem miednicy. Potrzeba wtedy pomocnika, któryby przez cały czas zakładania łyżek i zgniatania ustalał główkę przez powłoki brzuszne; od tego rękoczynu zależy całe powodzenie operacyi. Przytem często główka, silniej od dołu zgniatana, a nieraz niezupełnie dobrze dająca się uchwycić między łyżki kefalotrybu, wyślizgnąć się może ku górze, naprzód lub wtył. Wskutek tego nagłe obsunięcie się narzędzia znów stać się może przyczyną urazów kanału rodnego matki.

Najlepiej zatem odpowiadałoby zadaniu narzędzie, któreby jednocześnie ustalało główkę w jej pionowej osi i zastosowane było do całkowitego zgniatania czaszki wraz z jej podstawą. Narzędziem takiem jest kranioklast, złożony z 3-ch części, który w rozmaitych odmianach używany był już od lat czterdziestych bieżącego stulecia. Zasada jego jest taka: środkowa część narzędzia, zaopatrzona na końcu ostrzem z gwintem, służy zarazem do przedziurawienia czaszki i ma być wśrubowana w otwór potylicowy podstawy czaszki *(foramen magnum)*, aby w ten sposób główkę ustalić. Dwie boczne zaś części zakładają się jak łyżki kefalotrybu po obu stronach główki, która następnie zmiażdżona zostaje całkowicie, niewyłączając podstawy czaszki. Ujemną stroną takiego narzędzia jest ta okoliczność, iż działa ono dobrze wtedy tylko, gdy główka nastawia się do przedziurawienia okolicą ciemienia wielkiego, tak, że otwór potylicowy, a względnie podstawa czaszki znajduje się naprzeciwko otworu trepanacyjnego. Jeśli zaś główka ustawioną jest inaczej, wtedy ostrze narzędzia nie trafia w otwór potylicowy, a spotykając się z podstawą czaszki pod kątem zbyt ostrym, ślizga się po niej, nie mogąc znaleść punktu oparcia. Dla zapobieżenia tej niedogodności autor obmyślił nową odmianę trójramiennego kranioklastu. Ulepszenie polega na tem, że środkowa część narzędzia zaopatrzona jest w śrubę o podwójnym gwincie, z których każdy kończy się oddzielnem ostrzem; gwinty są nacięte bardzo głęboko, a krok ich jest mały. Te niewielkie napozór zmiany w pierwotnym typie kranioklastu sprawiają, że śruba o dwóch końcach łatwo chwyta się kości, nawet gdy pod bardzo ostrym kątem się jej dotyka; że do wkręcenia jej potrzeba bardzo małego ciśnienia; że trzyma się

w otworze nadzwyczaj mocno (wytrzymuje ciśnienie 70—90 klgr., nawet po wkręceniu w kości cienkie czaszki); że więc, co najważniejsza, w dowolnym punkcie czaszki wkręcona, zdoła zupełnie ustalić główkę. Pozostałe dwie łyżki połączyć się dają z częścią środkową zapomocą zamków, które też utrzymują wszystkie trzy ramiona kranioklastu w jednej płaszczyźnie, umożliwiając dokładne zmiażdżenie całej czaszki. Z pomocą powyżej opisanego kranioklastu wykonał autor 11 operacyi zmiażdżenia i wydobycia główki łatwo i pewnie, przyczem nigdy nie zauważył uszkodzenia części rodnych matki, obsuwania się, lub wyrywania się narzędzia z kawałkami kości. Przebieg wszystkich połogów był prawidłowy zupełnie. (Instrument ten, według wskazówek autora, wykonała firma G. Klöpfer w Bernie). *J. K.*

Prof. Rosenheim Th.: **Przyczynki do wziernikowania przełyku.** *(Oesophagoskopia). (Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 4 i 5). W przełyku wydarzają się zmiany chorobowe, które dają zupełny obraz kliniczny raka, a jednak nie mają z nim nic wspólnego. Wprawdzie są to przypadki dosyć rzadkie, jednakowoż ze względu na grozę rozpoznania raka, należy o nich zawsze pamiętać i wystrzegać się, aby na podstawie trudności w połykaniu i przeszkody w wprowadzeniu zgłębnika nie rozpoznawać już nieodwołalnie raka przełyku. O ile można, trzeba się uciekać do wziernikowania przełyku, równocześnie uwzględniając inne objawy chorobowe. Autor podaje szereg nadzwyczaj zajmujących przypadków, któreby można pomieszać z rakiem. Po szczegóły przypadków odesłać muszę czytelników do oryginału, bo trudno je w ramach streszczenia pomieścić. Ogólnie biorąc, w jednym przypadku był uchyłek przełyku, w drugim skurcz przełyku *(spasmus oesophagi)*, w innych zwiotczenie *(atonia)*, ucisk od guza śródpiersia, zapalenie przewlekłe przełyku *(oesophagitis chronica)*.

Rozpoznanie wogóle jest trudne, bo sam autor w przypadku uchyłka przełyku mimo wziernikowania był pewien, że ma do czynienia z rakiem, a dopiero rozbiór zwłok wykazał właściwy stan rzeczy. Ponieważ jednak wziernik nie mógł przejść przez zwężenie, a dotychczas przy rakach przełyku zawsze się to autorowi udawało, uważa więc R. ten szczegół za przemawiający przeciw rakowi. Nie było też wyraźnych znamion w obrazie wziernikowym, jakie towarzyszą rakowi przełyku, to jest sterczących, szarych wybujałości, owrzodzeń z brzegami ostrymi, ropy lub krwi.

Skurcz przełyku obok ogólnego usposobienia nerwowego ma się cechować tem, że objawy utrudnionego połykania raz występują, potem znowu ich brak, a przy wprowadzaniu zgłębnika zawsze istnieje opór, który po chwili może ustąpić.

W zwiotczeniu przełyku znamiennym jest wyraźny niestosunek pomiędzy łatwem wprowadzaniem zgłębnika, a podmiotowem utrudnieniem w połykaniu.

Ucisk z boku n. p. przez guz śródpiersia zazwyczaj dotyczy tylko jednej strony przełyku; w tych więc przypadkach spotyka się wypuklenie ściany, które się da obejść zgłębnikiem, a widzieć je można dobrze zapomocą wziernika.

Przypadki przewlekłego zapalenia przełyku są dotychczas bardzo ciemne co do etyologii. Prawdopodobnie występują one najczęściej u pijaków w następstwie bezpośredniego drażnienia błony śluzowej wyskokiem. Mogą jednak pochodzić i z innych przyczyn. I tak nadmierna kwasota w żołądku działając wstecz na przełyk może dać powód do przewlekłego jego zapalenia. Może też zapalenie przejść na przełyk z sąsiedztwa np. z gardła lub krtani. Nie należą tutaj zapalenia przełyku ostre, pochodzące z przyczyn, łatwych do odgadnienia, jak po sparzeniu, połknięciu ciała obcego lub zaziębieniu. Obraz wziernikowy w zapaleniu przewlekłem przełyku przedstawia błonę śluzową żywo zaczerwienioną i to nie tylko w jednem miejscu, ale zazwyczaj w całym przebiegu lub w obszernych, podłużnie przebiegających pasach. W tych ostatnich przypadkach leczenie miejscowe zapomocą wstrzykiwań 1—4% rozczynu kamienia piekielnego daje bardzo dobre wyniki, bo znosi nadczułość błony śluzowej wywołaną przez powierzchowne nadżerki.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Krafft-Ebing: **Przepracowanie miejscowe przyczyną drżączki porażnej (porażenia z drżeniem[1])** *(paralysis agitans). (Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 5). W obrazie klinicznym porażenia z drżeniem zauważył autor, że, jeżeli choroba ta nie zaczęła się na kończynach dolnych pod wpływem urazu (patrz sprawozdanie z pracy tegoż autora o drżączce porażnej pod wpływem urazu, „Przegląd lekar." Nr. 6 z r. b.), to poczyna się zawsze na kończynach górnych, a przeważnie na prawej. I tak z 88 przypadków własnych tej choroby nie urazowego pochodzenia, spostrzegał autor początek porażenia z drżeniem w 50 przypadkach na kończynie górnej prawej, a w 38 na lewej. Niestety nie zwracał autor uwagi na to, czy i ilu pomiędzy tymi chorymi z początkiem porażenia na ręce lewej było mańkutów. Spostrzeżenia te zachęciły autora do zwracania baczniejszej uwagi na wywiady i nasunęły mu na myśl, że może istnieje szczególna przyczyna, wskutek której choroba z upodobaniem zajmuje kończyny górne, tem więcej, że coś podobnego przedstawiają nerwice zawodowe. Ponieważ przeważna liczba ludzi więcej natęża kończyny górne, aniżeli dolne, a rękę prawą więcej, niż lewą; ponieważ dalej praca kończyn górnych jest o wiele więcej złożoną, niż kończyn dolnych; wreszcie z powodu, że narządy ośrodkowe i włókna nerwowe, należące do kończyn górnych posiadają zapewne drobniejszą i misterniejszą budowę w porównaniu do kończyn dolnych, zyskuje pewną podstawę przypuszczenie, iż przepracowanie miejscowe (natężenie jednej ręki) jest przyczyną powstania porażenia z drżeniem i pierwotnego jego usadowienia się w rękach, a szczególnie w prawej. Trzeba oczywiście usposobienia do tej choroby, a wtedy nawet względnie nieznaczne przepracowanie zdoła ją wywołać. Na poparcie poglądu, że miejscowe przepracowanie *(surmenage local)* może podobnie, jak uraz, wywołać omawianą chorobę, potrzeba spostrzeżeń dokładnych, którymby nie można zrobić żadnego zarzutu. Autor przytacza dwa własne takie przypadki. Malarz, człowiek starszy (66 lat) malując dużo i bez wypoczynku, trzymał paletę w ręce lewej i od niej poczęło się porażenie z drżeniem. — Tokarz (54 lat) wprawiając w ruch koło nogą prawą, przechylał się na stronę lewą i opierał cały ciężar ciała na nodze lewej. Porażenie zaczęło się w nodze lewej, a potem objawiło się także w ręce lewej. W piśmiennictwie znalazł autor dwa dawniej opisane przypadki (z tych jeden ciekawy: rzeźnik izraelita zabijał 150 gęsi naraz, przyczem głowę drobiu przytrzymywał ręką lewą, od niej też po latach zaczęła się choroba). Na mocy tych spostrzeżeń należy w przyszłości w etyologii porażenia z drżeniem uwzględniać przepracowanie miejscowe. Zajmującą jest rzeczą, że i u zdrowych ludzi po natężającej pracy mięśniowej występuje drżenie z powodu znużenia, zupełnie podobne do drżączki porażnej. Wogóle należy uważać samo drżenie w tem porażeniu tylko za objaw czynnościowy choroby, a przez to rozjaśnią się przypadki z drżeniem niestałem lub nawet pozbawione drżenia. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Pott. **Działanie promieni Röntgena na hodowle zarazków gruźliczych.** *(The Lancet* 1897). Niektórzy autorowie polecali na podstawie swoich doświadczeń leczenie gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena, które miały sprowadzać poprawę stanu chorobowego. Nie wykazano jednak, czy działanie to odnosi się do zarazków gruźliczych, czy też do ota-

[1]) *Paralysis agitans* każe tłomaczyć ostatni Słownik terminologii lekarskiej polskiej przez „drżączka porażna". Tymczasem jest to mojem zdaniem tłomaczenie nie dobre, bo nie ścisłe. Jeden, wprawdzie najważniejszy objaw, wysuwa to tłomaczenie naprzód i przez to powstaje inne pojęcie. Jeżeli się mówi o samej drżączce, jako objawie, to można się wyrażać drżączka porażna. Jeżeli jednak chodzi o chorobę, jako pojęcie odrębne, to nie można inaczej mówić, jak tylko „porażenie z drżeniem" albo „porażenie drżenne", a to tem bardziej, że drżenie jest w tej chorobie tylko objawem czynnościowym, którego może w niektórych przypadkach brakować chwilowo albo nawet zupełnie. (Przyp. sprawozdawcy).

czających je tkanek. Pott badał wpływ promieni Röntgena na czyste hodowle zarazków gruźliczych. Doświadczenia wykazały, że zarazki gruźlicze, na które przez 10 godzin działały promienie Röntgena, rozwijały się dalej tak, jak i te hodowle, które nie były wystawione na działanie promieni. Wynika z tego, że jeśli w gruźlicy płuc pod wpływem promieni Röntgena następuje jakaś poprawa, to ta poprawa musiałaby zależeć nie od działania promieni na zarazki gruźlicze, lecz od wpływu na otaczające tkanki. *Dr. Batko.*

Dr. Engelien: **Przypadek tężca urazowego leczony surowicą przeciwtężcową.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899. Nr. 5). Autor opisuje przypadek tężca, który wystąpił u 45-cioletniego mężczyzny w piątym dniu po wbiciu sobie drzazgi w skórę palca wskazującego. Tężec rozpoczął się kurczem mięśni grzbietowych i krzyżowych i objął wkrótce wszystkie mięśnie do tego stopnia, że mocz musiano odprowadzać cewnikiem. Dopiero w ósmym dniu od wystąpienia pierwszych objawów wstrzyknięto choremu 250 jednostek immunizacyjnych (według obliczeń Behringa) i tyleż dnia następnego, poczem stan nieco się pogorszył, ale już trzeciego dnia zauważono, że sztywność mięśni karku nieco się zmniejszyła, gorączka jednak i zaburzenia świadomości były w tym dniu największe. Następnych dni zaczął zwolna ustępować tężec innych mięśni, chory zaczął mocz oddawać bez cewnika, a w siódmym dniu mógł już usiąść. W 11 dniu zaczął się przechadzać, a w 26 dniu opuścił szpital. Wyleczenie odnosi autor do surowicy przeciwtężcowej, a gorączkę i zaburzenia świadomości uważa za odczyn ustroju na surowicę. Że surowica w najcięższych przypadkach tężca zawodzi, nic dziwnego, bo przecież w każdej chorobie istnieją najcięższe przypadki, gdzie wszelkie leczenie zawodzi i prawdopodobnie zawsze zawodzić będzie. Dlatego złe wyniki w ciężkich przypadkach nie powinnyby odstraszać lekarza praktycznego od zastosowania surowicy. *Dr. Batko.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Piperidinum guajacolicum (Guajaperolum) $C_5H_{11}N.(C_7H_8O_2)_2$. Są to igiełki i tabliczki krystaliczne, do 3,5% w wodzie, a łatwo w wielu organicznych płynach rozpuszczalne. Według A. Chaplina i E. W. Tunnicliffea skuteczność zależy od obu składników, na które się środek ten dopiero w dwunastnicy rozkłada. Piperidyna działa zwężająco na naczynia, a podniecająco na rdzeń, gwajakol zaś odkaża błonę śluzową. Stosują też od lat wielu środek ten w gruźlicy krtani. Zapisuje się:

R.: Piperidini guajacolici 5.00
Aquae dest. 120.0
Mucilag. semin. Cydoniae; Syrupi simpl. aa 40.0.
MDs.: 1—3 łyżeczek 3 razy dnia zażyć.

Protargolum jest to połączenie srebra z białkiem, a przedstawia się jako proszek delikatny, żółtawy, w zimnej i ciepłej wodzie łatwo rozpuszczalny. Zawartość srebra metalicznego w protargolu wynosi 8%. Według prof. Neissera środek ten działa, drążąc w głąb tkanki, a nie wywołuje przytem podrażnienia. Nadaje się też do leczenia rzeżączki, szczególniej ostrej. Wstrzykiwania robi się 3 razy dnia, zaczynając od ¼% rozczynu, potem dochodząc do ½—1%. Leczenie trwa od 3—4 tygodni. Benazio używa protargolu przy zastrzale, ranach dartych i miażdżonych w postaci wysychających okładów, napojonych 5% rozczynem środka, także w postaci proszku do zasypywania, lub 10% maści. Przy rzeżączce zapisuje się:

Rp.: Protargoli 0.5—1.0—2.0
Glycerini 0.5—1.0
Solut. Natr. chlor. (0.6%) 200.0.
Detur ad vitr. nigr.
S.: 3 razy zastrzyknąć według podanych wskazówek.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Hanschel (z kliniki laryngol. prof. Chiariego w Wiedniu) donosi o dobrych wynikach, uzyskanych przy zastosowaniu Xeroformu jako środka, osłaniającego rany. Xeroform da się dobrze rozpylić, nie drażni tak, jak jodoform, a równie dobrze chroni rany od zakażenia i ogranicza wydzieliny. To samo można powiedzieć o gazie xeroformowej, 10%, używanej do tamponów po operacyach w nosie, które mimo 2—3 dniowego pozostawania nie wywoływały objawów zadrażnienia. Wielką zaletą xeroformu jest także jego bezwonność. *R.*

Doc. Dr. F. Tauszk stosował z pomyślnym skutkiem heroinę, nowy lek zastępujący morfinę, w 16 różnych przypadkach (gruźlicy, zapaleń płuc i opłucnej, w nieżytach oskrzeli). Jest to środek kojący; działanie występuje szybko (n. p. w dychawicy po 0,003 heroiny napad natychmiast ustąpił) i nie wywołuje ubocznych objawów. U kilku swych chorych stwierdził T. pod pewnym względem nawet wyższość heroiny nad morfiną i kodeiną, które stosowane były w dużych dawkach. W zapaleniu płuc heroina działa nie tylko kojąco, ale i uśmierzająco; działanie uśmierzające heroiny stwierdził T. także w nerwobólach n. trójdzielnego, w cukrówce, bólu głowy połowiczym, morzyskach i rwie kulszowej. T. podawał *pro dosi* 0·01—0·03 w proszku z *sacchar., natr. bicarb., sulf. aurat. antim.* ½ do 1 godziny przed jedzeniem. Przy dłuższem używaniu heroiny należy dawkę powiększyć o 0·005 gr. T. sądzi więc, że heroina dla szybkiego działania, tak kojącego, jak i uśmierzającego, utrzyma się między nowemi w ostatnich czasach polecanymi lekami. *G.*

Koelzer (Gryfia) przeprowadziwszy cały szereg doświadczeń z metakresolanytolem (40% metakresol 60% anytiny) na zwierzętach, którym wstrzykiwano paciorkowce i posocznicę mysią (oba jady wywołują u królików objawy róży), użył tego środka z dobrym skutkiem u ludzi (5) chorych na różę, pędzlując zajęty obszar skóry na 3—7 ctm. w obwodzie skóry zdrowej co 2 godz. przez 2—3 dni *(D. m. Woch.,* 43, 1898). Dodać tu należy, że w tym przedmiocie doświadczenia z anytyną robił Loeffler i na posiedzeniu Tow. Lek. w Gryfii wyraził przekonanie, że tak anytyna [zawierająca obok węglowodoru, wodoru i tlenu, także siarkę (16·5%) i amoniak (4·5%)], jak i środki łatwo w anytynie rozpuszczalne, a szczególnie metakresol (środki te nazywa anytolami), okazują dość znaczne własności przeciwgnilne. Ten ostatni przetwór jak i anytyna w 3% rozczynie działały pomyślnie w dławcu przy stosowaniu miejscowem, tak na prątki jak i na jad, — a ponieważ nie drażnią błony śluzowej, powinny być zdaniem S., użyte do dalszych prób. *F. K.*

Powietrze sztuczne *(La Semaine medicale,* 1899, Nr. 4). Na posiedzeniu *Académie de médecine* w Paryżu dnia 24 stycznia b. r. podał Laborde w swojem i Jauberta imieniu wiadomość o wynalezieniu pewnej istoty chemicznej, która przez proste zetknięcie się z zepsutem powietrzem odnawia je i powraca mu poprzednie własności. Istota ta zabiera w zupełności z powietrza zepsutego kwas węglowy, parę wodną i wytwory nieprzydatne do oddechania, a w miejsce ich najdokładniej matematycznie wprowadza tlen, którego było brak. Jak doświadczenia okazały, może dorosły człowiek oddechać przez dobę w ściśle zamkniętej przestrzeni (np. pod wodą w podmorskiej łodce, lub jako nurek) zapomocą 3—4 kg. wynalezionej przez obu autorów istoty chemicznej. W celach leczniczych można z pomocą kilku gramów istoty tej wytworzyć kilkadziesiąt litrów czystego tlenu.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Meckertchiantz przepisuje następujące leczenie *(La sem. med.* 1898) przy rzeżączce pochwy: po przepłókaniu i obsuszeniu pędzluje tak ściany pochwy, jak i szyję macicy nalewką jodową i powtarza to co 2—3 dni, w dniach przerwy zaś zaleca przepłókiwanie rozczynem nalewki; przytem smarować każe codziennie na przemiany podbrzusze i lędźwie nalewką jodową. Gdy objawy zapalne miną, pędzluje kanał szyi mieszaniną nalewki (1) z glyceryną (2), a gdy sprawa przeniosła się do jamy macicy, rozszerza ujście i tak samo działa na wnętrze macicy, dając zarazem jod na wewnątrz. *F. K.*

Ehrmann *(Wien. m. Bl.* 1898. 46) używając przy wypryskach szczególnie na rękach i nadmiernem poceniu *tannoformu* w postaci maści *(T. 3.0 Lanolin. Ung. simpl. aa 15,0)* lub pudru z łojkiem w stosunku 1:4, — stwierdza, że środek ten działa na przybłonki gruczołów potowych, zmniejszając ich czynność, a przy drobnych obrażeniach przyskórka i wypryskach, szczególnie sztucznie wywołanych, dalej przy oparzeniach i zapaleniach skóry okazał się lepszym, niż dotąd używane środki. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 15 lutego 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Dr. Pieniążek. Członków obecnych 18.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Doc. Baurowicz przedstawił dwa przypadki twardzieli z kliniki laryngologicznej i omówił wyniki leczenia 84 przypadków, zebranych od początku otwarcia oddziału twardzielowego po koniec roku 1898.

W dyskusyi wzięli udział kol.: Pieniążek, Borzęcki i Sroczyński.

Kol. Spira mówił: „O nerwobólu usznym“. (Rzecz przeznaczona jest do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol.: Raczyński i Pieniążek.

Sekretarz doroczny: *Dr. Lewkowicz.*

VII. Kilka uwag w sprawie leczenia błonicy surowicą w Galicyi.

(Dokończenie).

II.

Obok systematycznego leczenia surowicą błonicy, prowadzonego bez przerwy od lat czterech, z zajęciem również odczytywałem prace, ogłaszane w tym przedmiocie w zawodowych pismach lekarskich, — z uwagą rozglądałem się w sprawozdaniach i wykazach statystycznych o błonicy, podawanych z innych szpitali, śledząc, o ile i w czem gdzieindziej otrzymane wyniki leczenia zgadzają się ze spostrzeżeniami, poczynionemi u mnie w szpitalu św. Ludwika. I w ostatnim czasie z ciekawością wziąłem do rąk Nr. 47 czasopisma *Das Oesterreichische Sanitätswesen* z dnia 24 listopada 1898, w którem ogłoszone jest sprawozdanie z przebiegu chorób zakaźnych w Austryi w r. 1897. W dziale odnoszącym się do błonicy nie bez zdziwienia wyczytałem, że w leczeniu tej choroby surowicą, Galicya ostatnie zajmuje miejsce; a zdziwienie to będzie łatwem do pojęcia, uwzględniając tę okoliczność, że na kilka miesięcy wprzód umieszczonem było w roczniku *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (tom XLVI, 1898 pag. 450) sprawozdanie z czynności szpitali dzieci, a w niem co do leczenia błonicy surowicą, krakowski szpital św. Ludwika poczestne zajmuje miejsce. W sprawozdaniu tem bowiem (złożonem za r. 1896), daty statystyczne co do błonicy i jej leczenia przedstawiają się, jak następuje:

W szpitalach austryackich dla dzieci	Było chorych z błonicą	Leczono		Dokonano intubacyi	Zmarło	
		surowicą	bez surowicy		Ogółem	%
Szpital św. Anny w Wiedniu	453	407	46	69	89	20·5
Szpital św. Józefa w Wiedniu	310	*	*	42	93	32·2
Szpital Leopoldstadzki w Wiedniu	183	*	*	32	41	23·1
Szpital nast. tronu Rudolfa w Wiedniu	160	148	12	25	28	17·6
Szpital Karoliny w Wiedniu	103	*	*	—	19	18·9
Szpital ces. Franciszka Józefa w Pradze	250	*	*	52	32	12·8
Klinika dziecięca na czeskim uniw. w Pradze	126	94	32	8	22	17·4
Szpital św. Ludwika w Krakowie	**217**	**217**	—	**105**	**44**	**20·3**
Szpital św. Anny w Gracu	239	*	*	*	*	12·5
Szpital Ubogich w Budapeszcie	225	*	*	85	84	37·5

* W sprawozdaniu niema wzmianki, czy i wielu chorych było leczonych surowicą.

Z liczb w powyższej tablicy podanych, z łatwością odgadnąć można, że do krakowskiego szpitala św. Ludwika oddawano dzieci w późnym okresie choroby, z rozwiniętymi objawami dławca, gdyż przy średniej liczbie chorych, w porównaniu z innymi szpitalami, tutaj najwięcej dokonano intubacyi. Mimo to odsetek śmiertelności utrzymuje się w odpowiedniej proporcyi do innych szpitali.

Tymczasem co do błonicy i jej leczenia surowicą w roku 1897 cyfry ułożone na podstawie sprawozdań urzędowych przedstawiają się, odnośnie do Galicyi, jak następuje:

Chorych na błonicę było . 3151
Zmarło . . . . 1133 = 36%
Leczono surowicą 505
t. j. w stosunku do wszystkich chorych
leczono tylko 16%

Podając powyższe cyfry, nie mogę przecież pominąć milczeniem następującego szczegółu, że po wydaniu rozporządzenia Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 25 lutego 1895 L. 30890, przesyłałem za pośrednictwem biura fizyka miasta Krakowa wykazy imienne wszystkich chorych, leczonych surowicą w szpitalu św. Ludwika i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w podanem powyżej sprawozdaniu z roku 1897 w liczbie 505 znajdują się i chorzy, którzy w tymże roku przebyli leczenie w szpitalu św. Ludwika.

Było ich 236, z tych zmarło 52 = 21·5%.

Po odjęciu tej liczby chorych od leczonych w całej Galicyi, cyfry powyżej podane przedstawiają się, jak następuje:

Na . . . . . (3151—236) = 2915 chorych
leczono surowicą (509—236) = 273 „ = 9·36%

Znając stosunki na miejscu w Krakowie i w najbliższej okolicy, stanowczo twierdzić muszę, że liczba leczonych surowicą w rzeczywistości w r. 1897 była o wiele większą, niż to sprawozdanie urzędowe wskazuje. Podzielam też w zupełności zapatrywania Szanownej Redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, podane w „Wiadomościach bieżących“ w numerze 1 z r. 1899, że wielu lekarzy wolnopraktykujących u pacyentów swych, nawiedzonych błonicą, surowicę stosowało, o tem jednak władzy nie zawiadamiało. Inaczej jednak być nie mogło wobec tego, że w myśl powyżej podanego reskryptu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewn. z dnia 25 listopada 1895 r., główny nacisk położony jest na to, aby skutki leczenia surowicą były przedkładane przez lekarzy, zajmujących posady w publicznych szpitalach. Jeżeli więc chodzi o to, aby sprawozdania urzędowe zgadzały się z faktycznym stanem rzeczy, byłoby pożądanem, aby wolnopraktykujący lekarze przez odnośne sanitarne władze miejscowe do składania tych sprawozdań byli zawezwani, a dla ułatwienia tej czynności, aby im doręczono odpowiednio do celu ułożone formularze.

Chociażby w Galicyi w ubiegłym już czasie lekarze donosili o wszystkich przez siebie surowicą leczonych chorych, może nie w tak rażący sposób, ale zawsze pozostałby kraj nasz nieco w tyle poza innemi prowincyami państwa austryackiego, a to z powodu ubóstwa przeważnej liczby chorych, dotkniętych błonicą. Wiadomą jest rzeczą, że wszystkie choroby zakaźne w ogólności, a błonica w szczególności, najwięcej szerzą się między najuboższą klasą ludności, która w razie choroby na leczenie się żadnych nie posiada środków. Czyż ubogi wieśniak lub rzemieślnik, mimo największego przywiązania do dziatek swoich, mógł był n. p. w roku 1895 dla dziecka nawiedzonego błonicą, kupować do jednorazowego tylko zastrzyknięcia surowicę po cenie od 14 do 6 marek, albo nawet w latach następnych aż do końca roku 1898 po cenie od 2 złr. do 1 złr. 50 ct.?!

W innych prowincyach państwa austryackiego, ubodzy pod tym względem w korzystniejszych znajdowali się warunkach. W wielu prowincyach państwa, dłużej już, niż u nas, istniejące kasy chorych są liczniejsze, dokładniej zorganizowane i zasobniejsze, wskutek czego w razie potrzeby udzie-

lają one, o ile mi wiadomo, członkom swym surowicy bezpłatnie, lub po zniżonej cenie. Nadto w początkowej erze stosowania surowicy (1895—1896) czytaliśmy w pismach peryodycznych, że w większych miastach, gdzie znajdują się szpitale dla dzieci (głównie zaś w Wiedniu i w Pradze), znaleźli się prywatni dobroczyńcy, ofiarujący znaczne kwoty kierownikom tych szpitali na zakupno drogiej surowicy, w celu ułatwienia stosowania jej u chorych ubogich, a co w naszym kraju niestety miejsca nie miało, z wyjątkiem odosobnionej ofiary dla szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie, ze strony Wielkiego Wydziału Kasy Oszczędności m. Krakowa, o czem już powyżej w sprawozdaniu tem nadmieniłem. Wreszcie w niektórych prowincyach państwa i w okupowanych krajach Bośni i Hercogowiny lekarze powiatowi, a podobno nawet lekarze wolnopraktykujący, otrzymują od paru lat surowicę, zakupioną kosztem rządu, celem stosowania jej bezpłatnie u chorych ubogich. W Galicyi w ubiegłym czasie ułatwienia tego w leczeniu surowicą ubogich nie było, — na dowód czego przytoczyć mogę, że w r. 1896, gdy napływ chorych z błonicą do szpitala św. Ludwika i to przeważnie zamiejscowych, był tak duży, że z funduszów bieżących z trudnością tylko koszta zakupna surowicy pokrywać mogłem, wniosłem na dniu 3 lutego tegoż roku podanie do Wys. c. k. Namiestnictwa we Lwowie o udzielenie dla szpitala św. Ludwika z funduszów, przeznaczonych na tępienie chorób zakaźnych, odpowiedniej zapomogi pieniężnej, lub ostatecznie bezpłatnie pewnej ilości surowicy, w celu stosowania jej u chorych ubogich. Podanie to pozostało bez skutku.

Obecnie w kraju naszym stosunki te na korzystniejszą przechodzą drogę, gdyż, jak dowiadujemy się z okólnika c. k. Namiestnictwa z dnia 5 stycznia 1899 L. 101378/98 (zob. *Przegląd lekarski* Nr. 4 1899), otrzymały starostwa polecenie do sprowadzania w razie potrzeby surowicy przeciwbłoniczej z Zakładu higienicznego c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, zostającego pod kierunkiem prof. Dra Bujwida, w celu stosowania jej u ubogich przez lekarzy delegowanych z urzędu do leczenia chorych na błonicę. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że lekarze do tej czynności delegowani z powyższego rozporządzenia Wys. c. k. Namiestnictwa w całej pełni skorzystają, surowicę u chorych ubogich stosować, a o otrzymanych wynikach władze zawiadamiać będą.

Wśród tych nowych, dla leczenia błonicy korzystnych warunków, spodziewać się można, że w niedalekiej przyszłości, w najbliższem sprawozdaniu urzędowem o chorobach zakaźnych, w dziale odnoszącym się do błonicy, wyczytamy, że w Galicyi na 100 chorych, dotkniętych tą chorobą, w przeciwstawieniu do dotychczasowych stosunków, tylko 16% nie będzie leczonych surowicą, a w ślad za tem okaże się, że i dziś wysoki procent śmiertelności (36%) obniży się znacznie, jak to ma miejsce w innych prowincyach monarchii, n. p. w Tryeście (14·8%), Niższej Austryi (18·7%), Styryi (19·3%), gdzie już obecnie leczenie surowicą nietylko w szpitalach, ale i u chorych prywatnych, przez lekarzy wolnopraktykujących w wielkich rozmiarach znajduje zastosowanie.

Kraków, dnia 21 lutego 1899 r.

Prof. Dr. Jakubowski.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu lutym 1899.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 20 osób; w liczbie tej 4 osoby pozostałe w leczeniu ze stycznia i 4, — pozostające nadal w leczeniu na miesiąc marzec 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 20 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	2	—	2
w kończyny górne	3	8	11
w kończyny dolne i tułów	2	5	7
w ciało nagie	5	7	12
przez ubranie	2	6	8
liczby ogólne	7	13	20

Zwierzętami kąsającemi były we wszystkich powyższych przypadkach psy.

Kraków, dnia 1 marca 1899.

O. Bujwid.

— Centralna kasa wzajemnej pomocy lekarzy niemieckich składa się z trzech działów, prowadzonych odrębnie: 1) kasa chorych, 2) kasa niezdolnych do pracy, 3) kasa zabezpieczenia na starość. i przyjmuje za opłatą rocznych wkładek lub jednorazową zabezpieczenia na: 1) odszkodowanie w czasie choroby w wysokości 5—10 marek dziennie; w razie śmierci otrzymuje rodzina odprawę, równą odszkodowaniu za 10 dni choroby; 2) utrzymanie niezdolnych do pracy (500—1500 mk. rocznie, a w danym razie osobno ubezpieczenie na życie 500—1500 mk.). Członkiem kasy może być każdy lekarz niemiecki, przed przekroczeniem 50 roku życia. Po 6 tygodniach należenia do kasy zyskuje się prawo do odszkodowania przez 26 tygodni (względnie przez rok), jednakże prawo do odszkodowania mają tylko chorzy dłużej, niż przez 8 dni. Członkiem kasy niezdolnych do pracy może być tylko członek kasy chorych. Zabezpieczenie może być uskutecznione albo tak, że obowiązuje odrazu, lub też tak, że ubezpieczony nabywa praw dopiero po 5 latach opłacania wkładki (tak zw. „Carenzzeit"). Aby otrzymywać dziennie 1 M. odszkodowania z prawem do odprawy 50 M. w razie śmierci, opłacają członkowie kasy chorych: jednorazowo 141·60 M. lub rocznie 8·80 M., jeżeli wstępując do kasy liczą 30 lat życia; w 40 roku ż. 150·60, wzgl. 11·55 M.; w 50 r. ż. 159·05 wzgl. 16·70 M. Aby w razie niezdolności do pracy otrzymać dożywotnią płacę roczną 1000 M. należy opłacać: a) przy ubezpieczeniu, obowiązującem odrazu: w 30 r. ż. jednorazowo 1324·05 M. lub rocznie 81·50 M.; w 40 r. ż. 1897·00 wzgl. 143·60 M.; w 50 r. ż. 2716·70 wzgl. 276·25 M. b) przy ubezpieczeniu, obowiązującem po 5 latach („Carenzzeit"); w 30 roku ż. 1113·60 wzgl. 78·10 M., w 40 r. ż. 1528·50 wzgl. 131·45; w 50 r. ż. 2028·90 wzgl. 234:45 M. Po 5 latach należenia nabywają członkowie praw do udziału w zyskach (dywidenda). *(Correspbl. für schw. Aerzte, — Heilkunde V).*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 9 marca 1899 r.

D. 25 lutego odbył się we Lwowie pod przewodnictwem protomedyka Dra Merunowicza VII-my Zjazd lekarzy powiatowych, na który przybyło przeszło 70 członków.

Obrady zagaił przewodniczący przemówieniem powitalnem, a następnie podał do wiadomości zebranych, że Towarz. lekarzy galicyjskich ustanowiło nagrodę konkursową w kwocie 300 złr. za najlepszą pracę z dziedziny higieny, wskazując na takie tematy, jak higiena przemysłowa, podręcznik do zastósowania ustawy o fałszowaniu środków żywności, rozmiary nadużywania napojów wyskokowych w kraju i t. d.

W dalszym ciągu zdawał sprawę Dr. Obtułowicz, c. k. lekarz powiatowy we Lwowie, o nieuregulowanych stosunkach prawnych cmentarzy, tak pod względem higienicznego urządzenia, jak i nadzoru. Sprawozdanie Dra Obtułowicza dało wątek do poważnych rozpraw. Ważną tą sprawą ma się zająć krajowa Rada zdrowia.

Obecny na posiedzeniu prof. higieny i dyrektor krakowskiego Zakładu dla badania środków spożywczych, Dr. Bujwid, wyjaśniał postanowienia ustawy o fałszowaniu środków żywności. Zakłady te są w okresie organizowania się; dotychczasowa jednak działalność Zakładu krakowskiego dosadnie dowiodła, jak ta instytucya jest niezbędną. Stosowanie ustawy złożono przeważnie na barki lekarzy powiatowych; rozprawy na ten temat uwydatniły, że ta ich tak ważna i pożyteczna działalność spotyka się nie tylko z brakiem poparcia u władz, lecz nawet z stawianiem zapór takich, że na razie ustawa o fałszowaniu środków spożywczych ma w Galicyi tylko teoretyczne znaczenie. Nie pierwsza to dobra i zbawienna ustawa pozostaje u nas martwą dla braku jednolitości działania i biurokratycznej gnuśności.

* Uznając potrzebę tworzenia dalszych okręgów sanitarnych, uchwaliła sejmowa Komisya sanitarna odwołać się do Wys. Sejmu o upoważnienie do zorganizowania w roku bieżącym 16 nowych okręgów w następujących 15 powiatach: grybowskim, kamioneckim, ropczyckim, rudeckim, śniatyńskim, wielickim, buczackim, kossowskim, sanockim, sokalskim, tarnobrzeskim, brzeżańskim, chrzanowskim, jarosławskim i wadowickim.

Od czasu powołania do życia tej instytucyi utworzono 100 okręgów sanitarnych w 59 powiatach. Z tych, już zorganizowanych 100 okręgów, jest nieczynnych 14, mianowicie: w Wybranówce, Dzikowie, Kozowej, Podbrzu, Lubieniu Wielkim i Dąbrowicy, Probużnej, Majdanie Średnim i Nadwornej, Kurowicach, Tucholce, Nowem Siole, Boryni i Mościskach. Sejmowa Komisya Sanitarna wyraża przekonanie, że wśród przyczyn, dla których te okręgi nie są obsadzone, pierwsze miejsce zajmuje brak należycie ukwalifikowanych kandydatów. Byłoby rzeczą w wysokim stopniu ważną dowiedzieć się, dla czego, wobec tak wielkiej liczby lekarzy bez stałego zajęcia w Galicyi, w szczególności w wielkich miastach, władza autonomiczna nie może znaleźć kandydatów na te okregi? bo jeśli siedziba tych okręgów znajduje się w zapadłym kącie, gdzie nie tylko środki komunikacyjne są niemożebne, ale i warunki bytu, to jest wyżywienia i mieszkania są wielce utrudnione, a tem samem koszta życia droższe, to rzecz prosta, że posada lekarza okręgowego w takiej miejscowości powinna być inaczej i stosowniej wynagradzaną. Znając nieszczególne stosunki materyalne lekarzy galicyjskich, musimy przypuścić, że w tych 14 okręgach muszą być wyjątkowo niekorzystne warunki dla osiedlenia się lekarza okręgowego; na 100 okręgów, 14 nieobsadzonych, to zbyt poważny odsetek: a skoro przekonani jesteśmy, że dziś w Galicyi braku kandydatów być nie może, to chyba w statucie tej instytucyi tkwi przyczyna, dla której lekarze od niej stronią.

Przydałoby się więcej światła w tej sprawie.

— Biblioteka Towarz. lek. krak. otrzymała w darze od kol. Dr. Renckiego poszyty, uzupełniające roczniki 1892 i 1897 »Berliner klin. Wochenschrift«, a za uprzejmem pośrednictwem JW. Prof. Dr. Glzińskiego zupełne roczniki 1889 i 1890 tegoż czasopisma od kol. Dr. Kramarzyńskiego; za dary te składam ofiarodawcom najuprzejmiejsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Dzienniki niemieckie lekarskie, rozpisując się o nędzy, zaglądającej coraz więcej do domów lekarzy, przytaczają od czasu do czasu jaskrawe jej przykłady; donoszą n. p. o lekarzu na Morawach, który na starość musiał przyjąć posadę lekarza okręgowego z płacą 300 zlr. rocznie bez żadnych dodatków; ponieważ jednak był niedołężny i schorowany, przeto koledzy okoliczni załatwiali za niego wszelkie czynności, byle zachować mu ową płacę, chroniącą od śmierci głodowej. Kiedy wreszcie zmarł niedawno, gmina pokryć musiała koszta pogrzebu z funduszu ubogich. Podobno przykłady takie dałyby się odszukać i u nas. Zapobiedzby mu mogło utworzenie kasy chorych. Czemu jednak zapobiedz nie można, to coraz gorszym stosunkom materyalnym wśród młodszych lekarzy. Słyszeliśmy, że nie jeden, ale kilku młodszych kolegów stara się o miejsca suplentów gimnazyalnych, byle wywalczyć sobie chleb powszedni...

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Witold Dłużyński.

Mianowania i przeniesienia. Namiestnik mianował asystentów sanitarnych: Dra Leopolda Haima i Dra Teofila Bąkowskiego koncepistami sanitarnymi, i przeniósł lekarzy powiatowych: Dra Franciszka Sobolewskiego z Brodów do Lwowa, Dra Józefa Friedberga z Zaleszczyk do Brodów i Dra Leopolda Haima z Krakowa do Cieszanowa; asystentów sanitarnych: Dra Cyryla Dolnickiego z Peczeniżyna do Zaleszczyk, Dra Aleksandra Jastrzębskiego ze Stanisławowa do Peczeniżyna i Dra Romana Małaczyńskiego ze Lwowa do Sambora. Prof. Dr. Leopold z Drezna powołany został na katedrę położnictwa i ginekologii w niemieckim Uniwersytecie w Pradze. Prof. Geppert otrzymał wezwanie do objęcia katedry farmakologii w Giessen, jako profesor zwyczajny.

Nekrologia. Dr. Leopold Mieczkowski, urodzony w roku 1833 w Prusach Zachodnich; nauki gimnazyalne odbył w Chełmnie; w roku 1853 wstąpił na wydział lekarski w Berlinie, który ukończył w r. 1857. W r. 1859 uzyskał prawo do praktyki lekarskiej w Królestwie Polskiem; w latach 1863 i 1864 niósł pomoc lekarską rannym. Po półtorarocznej wycieczce za granicę osiedlił się w Mławie, następnie Płocku, a później Włocławku. W miesiącach letnich pełnił obowiązki lekarza zdrojowego w Ciechocinku. Prócz dysertacyi na stopień doktora medycyny, zostawił kilka rozpraw, dotyczących wód ciechocińskich i zakładu zdrojowego w Ciechocinku. Ludwik Przesmycki urodził się na Wołyniu w r. 1839; do gimnazyum uczęszczał w Białej Cerkwi; nauki lekarskie odbył w Warszawie. Był założycielem i kierownikiem Zakładu kumysowego w Sławucie. Dr. Aleksander Jopkiewicz zmarł w Bodzentynie z duru osutkowego. Dr. Salezy Bursztyński zmarł w Częstochowie w 80 r. życia. Dr. William Rutherford, profesor fizyologii, zmarł w Edynburgu. Dr. Studtgaardt, prof. chirurgii, zmarł w Kopenhadze. Dr. Mavrogeni Pasza, naczelny lekarz sułtańskiego dworu, kierownik czasopisma »Gazette médicale d'Orient«, zmarł w Konstantynopolu. Dr. Józef Coats, profesor patologii, zmarł w Glasgowie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 9: Męczkowskiego W.: O. syryngomyelii. Łapińskiego W.: Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie choroby Littla (dok.). Dr. Kossakowskiego W.: Rumień lombardzki. W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 3: Dr. Schroetera P.: Przypadek urazu nerki. Dr. Grodeckiego F.: Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. Dr. Goldenberga A.: Epidemia duru brzusznego poronnego. Dr. Brzezińskiego J.: Notatka z higieny przemysłu fabrycznego. Dr. Rząda A.: W sprawie przytułków dla dzieci wiejskich na czas robót polnych. Dr. Łazarowicza K.: Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich. Dr. Sterlinga S.: Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. W *Medycynie* Nr. 9: Dr. Steinhausa J.: Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków. Sachsa F.: O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Handelsman Bronisław: Mięsak śródpiersia przedniego. Łódź, 1899. (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, Nr. 2),

— Jasiński Wł.: Antropologia kryminalistyczna, a sprawiedliwość. (Lwów).

— Tenże: Die Gerechtigkeit vom Standpunkte der Criminal-anthropologie. Wiedeń, 1899. (Odbitka z *Wiener medizinische Wochenschrift*, Nr. 6).

— Dr. Frank E.: Zu prophylaxe des Trippers. Berlin, 1899. (Odbitka z *Allg. Med. Central. Zeitung*, Nr. 5).

— Doc. Dr. Schramm H.: Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurbruchen. Wiedeń, 1899. (Odbitka z *Wiener medizinische Wochenschrift*, Nr. 7).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne dnia 15 b. m., we środę, w sali Śniadeckich (Collegium novum), o godzinie 6-tej wieczorem, na którem kol. Dr. Latkowski mówić będzie: *O wpływie wody maryenbadzkiej na trawienie.*

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS

na posadę asystenta przy katedrze hygieny z płacą roczną 700 złr. rozpisuje dziekanat Wydziału lekarskiego w Krakowie. — Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 20 marca 1899 r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Marca 1899. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 140 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Marca 1899. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O rwie usznej *(Otalgia nervosa).*

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego w dniu 15 lutego 1899 r.).

Mam zamiar nakreślić Szan. kolegom obraz choroby, która wprawdzie należy do zakresu specyalnej gałęzi nauk lekarskich, przydarzyć się jednak może i przydarza się dość często każdemu lekarzowi praktykującemu; sądzę więc, że omówienie jej na tem miejscu nie będzie może bez korzyści.

W szerszem słowa znaczeniu rwą uszną nazywamy takie umiejscowione na jakiembądź miejscu narządu słuchowego bóle, dla przyczynowego wyjaśnienia których nie możemy wykazać żadnej podstawy anatomicznej. Bóle te powstają bądź jako rwa pierwotna *(Otalgia idiopathica),* bądź też zostają wywołane w narządzie usznym drogą odruchową, jako następstwo jakiejś sprawy chorobowej, toczącej się w bliższem lub dalszem oddaleniu od ucha, tak zw. rwa odruchowa *(Otalgia refletorica).*

Etyologia. Pierwotna rwa uszna pojawia się albo samodzielnie, albo też jako częściowy objaw rwy nerwu troistego, ramieniowego, szyjnopotylicznego, lub stawu żuchwowego. Przyczyny tej postaci rwy są albo ściśle miejscowe, jak wpływ zimna, silne zadziałanie dźwięku, schorzenia pni nerwowych w ich przebiegu, lub ucisk na nie, zapalenie okołonerwowe *(perineuritis)* i t. p.; albo też ogólne, jak niedokrewność, błednica, wyniszczenie ogólne, kiła, gościec, gruźlica, niedomoga nerwowa, macinnica. Histeryczne obrzmienia guzkowate w przebiegu nerwów w okolicy głowy lub szyi mogą spowodować napady silnych bólów w uchu, jak to niejednokrotnie spostrzegał Urbantschitsch *(Handbuch der Ohrenheilkunde. Schwartze St. 430).* Rwa uszna, występująca w okresowych przerwach, może polegać na zakażeniu zimniczem *(Intermittens larvata).* Kaufmann spostrzegał[1]) przypadki występującej nagminnie rwy usznej podczas panującej grypy (influenzy), jako postać poronną tej choroby (może rodzaj *influenza larvata);* również Eitelberg opisał *(Ueber die vom Gehörorgane ausgelösten allgemeinen und localen Reflexerscheinungen. Jena, 1895)* przypadki rwy usznej, występujące w przebiegu i w następstwie grypy. Nieznaczne bóle uszne mogą także zjawiać się jako objawy zwiastunowe, występującego po kilku miesiącach później przytłumienia słuchu (Urbatschitsch l. c.). Wreszcie zdarza się dość często, że przyczyna tego cierpienia pozostaje całkiem nierozpoznana.

[1]) Sprawozdanie z posiedzenia rakuzkiego Towarzystwa Otologicznego w dniu 24 listopada, 1896 r.

Za pośrednictwem rozgałęziających się w uchu rozlicznych nerwów, jako to: gałązek nerwów troistego, błędnego, językopołykowego, spółczulnego i szyjnego splotu nerwowego, narząd słuchowy pozostaje w związku z różnymi, nietylko najbliższymi, lecz i odleglejszymi narządami ustroju, które mogą stanowić odruchowy punkt wyjścia dla powstania rwy usznej. Najczęściej przyczynę odruchowej rwy usznej stwierdzić można w zębach *(Otalgia e carie dentis).* Ten związek między uszami i zębami spostrzega się i w kierunku odwrotnym, t. j., że bóle zębów dość często towarzyszą różnym chorobom usznym. Pedyatrzy mają nie rzadko sposobność spostrzegania różnych chorób usznych, wikłających tak zw. trudne ząbkowanie *(Dentitio difficilis),* a ja przypuszczam, że owe objawy mózgowe i oponowe, czasem spostrzegać się dające podczas ząbkowania, jak drgawki itd., często mają swoje źródło nie w zmianach w mózgu, lecz w zboczeniach w narządzie słuchowym, co łatwo tłómaczy się, jeżeli sobie uprzytomnimy, że owe narządy, zęby i ucho, są unerwione przez gałęzie jednego i tego samego nerwu, to jest n. troistego, utrwalającego ich wzajemny stosunek. Dalej bywa rwa wywołana przez najrozmaitsze postacie zapalenia gardła, zmiany w nosie, szczególnie obrzęki w muszlach, ropotok jamy Highmora, rak szczęki górnej i części pozapołykowych, owrzodzenia na nagłośni *(Gerhardt. Archiv Virchowa, T. 27)* i w sąsiedztwie ujść trąbkowych. W tych dniach zostałem wezwany do chorego dziecka, skarżącego się na bóle w uchu i w zębach. Badanie wykazało w uchu stosunki prawidłowe, w gardle zaś silne naloty błonicze i lekkie zwężenie krtani. A więc, mimo tak daleko już posuniętej sprawy, która wymagała tej samej nocy wykonania drugiego wstrzyknięcia surowicy i intubacyi, to przecież nie było żadnych objawów, któreby zwróciły uwagę otoczenia na właściwą chorobę, gdyż nie było ani gorączki, ani utrudnienia w połykaniu, a jedynymi objawami podmiotowymi, które zwracały uwagę rodziny, były bóle zębów i w uchu. Przypadek ten godzien uwagi, gdyż podobny może się często zdarzać i przy powierzchownem badaniu dać powód do fatalnej i zgubnej w nastepstwach pomyłki rozpoznawczej. Po wyłuszczeniu migdałków i wyrośli gruczołowatych występują niekiedy bóle w uchu, trwające kilka godzin. Również spostrzegano je jako wczesny objaw raka języka. Spowodować je mogą dalej choroby zwoju Gassera, nowotwory mózgu, próchnica kości czaszkowych i zmiany patologiczne w szyjnym stosie kręgowym. Do narządów odleglejszych, mogących stać się źródłem rwy usznej, zaliczyć należy zboczenia płciowe, zaburzenia w miesiączkowaniu, cierpienia macicy (tyłozgięcie, uklej) *(Levy. Zeitschrift für Ohrenh. XXIX str. 202).* W początku suchot płucnych mogą pojawić się silne bóle w uchu, w czasie, gdy zajęcie płuc jeszcze nie jest dość wybitnem.

Obok tych czynników usposabiających, zdarzają się nieraz przyczyny okolicznościowe, które jako *causa efficiens* wywyłują bezpośrednio napad bólów; tu należą: zimne powietrze, przeciąg, uraz; lecz po największej części bóle występują bez tych czynników zewnętrznych i przypadkowych.

Rozpoznanie rwy usznej polega na ujemnym wyniku przedmiotowego badania narządu słuchowego, a zatem na wykluczeniu jakiejś choroby tego narządu, względnie na dodatnim wyniku badania innych części ciała, które jak wyżej wymieniliśmy, mogą wywołać drogą zwrotną rwę uszną. Jeżeli zatem chory narzeka na ból w uchu, a badanie przedmiotowe nie wykazuje w tym narządzie żadnych zmian chorobowych, a przynajmniej takich, na których karb możnaby te bóle położyć, to najbliższem zadaniem lekarza powinno być zbadanie zębów. Następnie należy poszukiwać za możebnemi zmianami w nosie, gardle, jamie nosowo-połykowej, krtani, narządach płciowych, w składzie krwi i w nerwach, starając się wynaleźć znane miejsca bolesne (points douloureux) na poszczególnych pniach nerwów. Stwierdzenie jednoczesnych drgań w mięśniach twarzowych i zaburzeń czuciowych w zakresie n. twarzowego wskazuje na zapalenie w przewodzie Falopiusza, jako na punkt wyjścia i przyczynę bólów usznych. Należy jednak przytem zawsze mieć na uwadze, iż mimo obecności próchnicy zębów i innych zmian, przecież bóle w uchu wystąpić mogą zupełnie samodzielnie i od nich niezależnie. Rwa umiejscowiona w głębszych częściach zewnętrznego przewodu usznego, w części przewodu kostnego, nie daje się odróżnić od nerwobólu, mającego siedzibę w uchu środkowem. Jeżeli uszne bóle nerwowe pojawiają się obok przypadkowo istniejących w uchu równocześnie zmian i spraw chorobowych, wtedy rozpoznanie czysto nerwowej przyrody tych bólów może podlegać znacznym trudnościom. W niektórych przypadkach wpływ leczenia choroby usznej na rwę będzie mógł sprawę wyświetlić, według zasady *ex juvantibus*. W innych razach rozpoznanie pozostanie w zawieszeniu.

Przebieg rwy usznej bywa rozmaity: może ona trwać bez przerwy, lecz może też pojawiać się napadowo i to w różnych, bądź niestałych, bądź też regularnych, typowych odstępach. Może się ona rozszerzyć na okolice sąsiednie i wzmagać się pod wpływem różnorodnych czynników zewnętrznych, jako to: dźwięk, ucisk, nizkie stopnie ciepłoty itd. Nierzadko towarzyszą jej inne objawy nerwowe, mianowicie naczynioruchowe, czuciowe, zmysłowe i odżywcze w narządzie słuchowym, jako przedmiotowe wrażenie słuchowe, szum w uszach, przytłumienie słuchu, nadczułość słuchowa, przekrwienie i nastrzykanie naczyń i nadczułość w różnych miejscach narządu usznego, które to zjawiska zazwyczaj ustępują równocześnie z napadami bólów.

Rokowanie w nerwobólu pierwotnym jest w ogólności korzystne, a zależy w poszczególnych przypadkach od przyczyny, względnie od choroby podstawowej. W przypadkach, w których tę ostatnią trudno usunąć, jak np. w raku gardła i krtani, w gruźlicy, chorobach mózgu, w kile zadawnionej itp. rokowanie staje się oczywiście niekorzystne. Próchnica zębów, jako przyczyna rwy usznej i inne, podobnie łatwe do usunięcia przyczyny, pozwalają wprawdzie na dobre, ale przecież nie bezwarunkowo pewne rokowanie. I tutaj bowiem ostrożność nakazuje niejakie zastrzeżenia, gdyż bóle uszne mogą być pierwotne obok owych zboczeń i niezależne od nich, gdyż związek przyczynowy nerwobólu usznego z wymienionemi zmianami chorobowemi nie zawsze z kategoryczną pewnością wykazać można.

(Dokończenie nastąpi).

II. Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki.

Prof. Dr. Emanuel Machek.

(Wykład przy otwarciu kliniki okulistycznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899 r.).

(Dokończenie).

Zdawało się, że wyczerpawszy środki badania, oparte przeważnie na prawach optycznych, okulistyka wolniej będzie się rozwijać. Lecz stało się inaczej. Nauka nasza korzysta z najnowszych zdobyczy innych gałęzi nauk przyrodniczych i lekarskich, aby się wydoskonalać, rozwijać i postępować. Kiedy jeszcze w zeszłym wieku Maitre Jean, Brissot i Pourfour de Petit wykazali, że katarakta, to zaćmienie soczewki, obmyślił Daviel operacyę zaćmy, polegającą na wydobyciu soczewki z oka, podczas kiedy dawniej ją zatapiano w ciałku szklannem. Tę genialną operacyę Daviela zwalczano w pierwszej połowie naszego wieku prawie wszędzie z powodu częstej utraty oka przez ropienie. Był czas, w którym tej francuskiej operacyi broniła jedynie szkoła wiedeńska Beera. Nie wiedziano podówczas, że ropienie jest następstwem działania chorobotwórczych ustrojów. Nauka o postępowaniu przeciwgnilnem i bezgnilnem zmieniła operacyjną część okulistyki do niepoznania i sprawiła, że wyniki naszych operacyjnych zabiegów są o wiele pewniejsze. Teraz wróciliśmy do pierwotnej myśli Daviela wydobywania soczewki z oka, chociaż ją dziś wykonywamy inaczej. Wynalazek kokainy, tego łagodnego środka znieczulającego, ułatwił wykonanie pewnych zabiegów śródocznych, które dawniej były bardzo niebezpieczne, lub wprost wykonać się nie dały. Bakteryologia wykazała cały szereg chorobotwórczych ustrojów i wyjaśniła etyologię chorób zakaźnych z naukową ścisłością, która jasno wykazuje związek między przyczyną a skutkiem. Ostry śluzoropotok powiek rozpoznajemy zapomocą drobnowidu, wykazując dwoinki (gonokoki) Neussera. Przyczyną błonicy oka i krupowego zapalenia spojówki jest prątek Löfflera, którego wykrycie wykazało etyologiczną tożsamość tych cierpień.

Najwięcej jednakże spodziewa się okulistyka po doświadczalnej patologii. Tu wskazać tylko trzeba na doświadczenia Munka o korowej sferze widzenia, na prace Guddena o przebiegu włókien wzrokowych. W ten sposób dzięki środkom badania i dzięki naukom pomocniczym, z których chętnie czerpiemy, coraz mniejszą jest ilość niezrozumiałych i ścisłą teoryą niepopartych zjawisk. Zręcznie według potrzeby i rodzaju zadania obmyślane doświadczenie na zwierzęciu wyjaśnia najtrudniejsze zagadnienia, a spostrzeganie przebiegu chorób przy łożu chorego wzbogaca coraz bardziej naszą wiedzę i coraz ściślejszą staje się nauka o oku i jego chorobach. Treść zaś tej nauki tak teoretyczna, jak zastósowana, opłaca zużyty wysiłek pracy. Z zadowoleniem spogląda myśl ludzka na bogate owoce swoich trudów. Chociaż

zadaniem nauki jest szukanie prawdy, bez oglądania się na wynikające z jej poznania skutki, toć przecie błogosławiony owoc pracy, który służy dobru ludzkości. Tę wielką praktyczną i toeretyczną doniosłość zawdzięcza okulistyka właśnie temu, że w wysokim stopniu jest przystępna przyrodniczym sposobom badania, snując z ich wyników daleko idące wnioski i właśnie dlatego mógł o niej powiedzieć niedawno Helmholz, który obok Graefego, Arlta i Dondersa przyczynił się najbardziej do nowszego rozwoju tej nauki, że „okulistyka przyświeca dziś, jako przykład użyteczności metody i ścisłości nauki innym gałęziom medycyny tak, jak astronomia przyświecała innym gałęziom nauk przyrodniczych przez długi szereg wieków“.

Czem jest wogóle ta użyteczna metoda przyrodnicza, której zastósowanie do nauk lekarskich tak bardzo się przyczyniło do ich rozwoju?

Samo określenie „przyrodnicza metoda“, nie wystarcza. Beer, największy i najzasłużeńszy okulista pierwszej połowy naszego wieku, oddaje swoją „Naukę o chorobach oczu“ światu lekarskiemu jako system „czysto przyrodniczy“. Gromadzi on koło siebie w Wiedniu, gdzie wyjątkowo dlań w r 1812 utworzono pierwszą katedrę okulistyki, lekarzy całego świata. Sławę swoją zawdzięczał pomysłowości i bystrości spostrzegania. Młodością swoją i sposobem myślenia tkwił jednak w końcu zeszłego wieku, a wykształcony w filozoficznej szkole głębokich a radykalnych myślicieli, którzy w tym czasie wpłynęli na przekształcenie umysłowe europejskiego społeczeństwa, potrzebował, jak wogóle ówczesna medycyna, niejako wyczerpującego systemu, i w tym celu szukał dla zboczeń ocznych ogólnych i podstawowych przyczyn. Znalazł je w chorobach soków krwi, w systemie wrażliwym, czuciowym, produktywnym, w błędnem pomięszaniu organicznej materyi i zagrzązł teoretycznie w humoralnej patologii, głęboko obmyślanej, lecz niepopartej dostatecznie przedmiotowem badaniem, stawszy się sam jednym z głównych jej filarów. Beer snuje swoje wnioski deduktywnie, lecz ilość i jakość spostrzeżeń, na których je opiera, jest jednostajna i mała. Budowa jego systemu przyrodniczego runęła wobec naukowych wyników anatomii patologicznej, która daremnie szukała Beerowskich zboczeń organicznej materyi, a z nią także runęły subtelne dedukcye ogólnopatologiczne. Zdanie o zależności oka od całości ustroju rozumiał Beer także w znaczeniu humoralno-patologicznem swego systemu, a nie w znaczeniu dzisiejszem, o czem pamiętać powinni autorowie, którzy dość często i niewłaściwie przytaczają zdanie tego okulisty, jakoby w znaczeniu dzisiejszem wypowiedziane. Dziś zależność zboczeń ocznych opiera się na związku, który anatomicznie można wykazać; tego związku Beer jeszcze nie znał.

Nasza przyrodnicza metoda badania, niemająca z przyrodniczym systemem Beera nic wspólnego, jest skromnem spostrzeganiem objawów życia, życia komórki, narządów, ustroju i badaniem tych objawów, często zapomocą środków, które wzmacniają i powiększają czynność naszych zmysłów, a tem samem rozszerzają granice ich działalności. Jeżeli w powtarzających się objawach spostrzegamy pewną okresowość, pewną prawidłową konieczność, tedy wysnuwamy ztąd prawa, według których żyje komórka, według których czynnym jest narząd, według których wreszcie istnieje zdrowy lub chory ustrój. Jest to ta sama droga, — gdzie wrażenie zmysłowe wprost budzi pojęcie, — na której odkryto prawo ciążenia. Tam był świat zewnętrzny zakładem doświadczalnym, który pouczał o powszechności tego prawa i wskazywał, że wszystko ciąży. Chcąc jednakże wykazać powszechność prawa Harveya albo Roberta Mayera potrzeba już innych środków, a znowu innych, aby wykazać prawa oddziaływania źrenicy lub akomodacyi, lub wreszcie prawa, którym n. p. posłuszne jest oko o podwyższonym ucisku, możnaby słusznie powiedzieć, prawa normalnego przebiegu chorobowego stanu. Aby te badania w sferze drobnych zmian ustroju, które są tak ważne dla zdrowia całej ludzkości, należycie postępować mogły, niewystarcza luźna praca jednostek, lecz potrzeba obok tej iskry wewnętrznej, która tli na dnie duszy ludzkiej, a która prowadzi człowieka przez pracę ku prawdzie, także dobrze wyposażonych i urządzonych zakładów i klinik, z których dziś drugą oddajemy na użytek publiczny [1]).

Odtąd także i nasza klinika, będąca na drodze należytego wyposażenia, stanąć będzie mogła do pracy w równych warunkach z zakładami reszty cywilizowanego świata. Stanęła troską rządu a ofiarą naszego społeczeństwa. Dziękowano za to już przy wielu innych sposobnościach, nie powtarzam tedy podziękowań, a stwierdzam tylko, że odtąd obowiązkiem naszym będzie, aby przez pracę codzienną i systematyczną, sumienną i wytrwałą, urósł plon z tego zasiewu społeczeństwa.

Niechże klinika zachowywa i ratuje wzrok, ten przedziwny dar twórczych sił przyrody, oddając chorych światłu i pracy, niech wzrok stracony, gdzie można, przywraca, a da Bóg, że z pośród tych murów nietylko płynąć będzie światło dla jednostek, lecz, że praca, tu poczęta, powiększy światło nauki, na chwałę naszej Wszechnicy i na pożytek cierpiącej ludzkości.

III. **Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.**

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Dokończenie).

W drugiej gromadzie chyba tylko niektóre przypadki zagięcia kątowatego, zatkania kamieniami żółciowymi, wreszcie wgłobienia przewlekłego, mogłyby zakończyć się szczęśliwie. Z tego więc wynika, że moglibyśmy jedynie, i to z wielkiemi zastrzeżeniami, przeciwstawić 35% wyleczeń środkami wewnętrznymi 82% wyleczeń, któreśmy w tych właśnie postaciach niedrożności otrzymali drogą operacyjną. Nasze zaś 35% wyleczeń, otrzymanych w uwięzgnięciu, to niepodzielny zysk leczenia chirurgicznego.

Podstawa drugiego zarzutu, że do szczegółowego rozpoznania potrzeba dłuższego czasu, a leczenie chirurgiczne jest jedynie usprawiedliwione w przypadkach zupełnie dokładnie rozpoznanych, gdyż te tylko mogą dać dobre wyniki, jest zupełnie niesłuszną. Rozpoznanie w przypadkach świe-

[1]) Tego samego dnia odbyło się otwarcie kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra Marsa.

żych jest najłatwiejsze, jak to wykazuje nasze zestawienie; przez dłuższe zwlekanie możemy doczekać się tylko powikłań a w pierwszym rzędzie zapalenia otrzewnej, które oczywiście nie przyczynia się do przejrzystości obrazu. Zestawiając następnie przypadki nierozpoznane z gromady pierwszej, otrzymamy wprawdzie śmiertelność wyższą, niż ogólna śmiertelność tej gromady, bo aż 79·4%; zwróciwszy jednak uwagę na to, że trudności rozpoznawcze polegały właśnie w tych przypadkach głównie na powikłaniu zapaleniem otrzewnej, to odsetek śmiertelności po odliczeniu przypadków nierozpoznanych, a powikłanych zapaleniem otrzewnej, zmniejszy się do 52%, a w gromadzie drugiej do 56%. Na zarzut, że laparotomia w niedrożności bez szczegółowego rozpoznania jest tylko próbną, a w tym stanie chorego zbyt ryzykowną, że trudności przy wyszukiwaniu przeszkody są w tych przypadkach nadzwyczaj wielkie, należy zauważyć, że każda laparotomia w tem znaczeniu jest próbną, każda prawie laparotomia przynosi pewne niespodzianki, a obraz chorobowy po otwarciu jamy brzusznej różni się zazwyczaj od obrazu, wytworzonego przez badanie przed operacyą. Wyszukanie zaś samej przeszkody zależne jest głównie od stanu, w jakim robimy operacyę. Im przypadek wcześniejszy, im zmiany mniejsze, tem wyszukanie przeszkody łatwiejsze, mniej czasu pochłaniające. Muszę się jednakowoż tutaj stanowczo zastrzedz przeciw zarzutowi, któryby mnie mógł spotkać przez fałszywe zrozumienie powyższych wywodów, jakobym był zwolennikiem operowania pierwszego lepszego przypadku z objawami niedrożności bez względu na ścisłość rozpoznania. Przeciw temu świadczy stanowczo cały tok niniejszego zestawienia. Jestem stanowczym zwolennikiem ścisłości w rozpoznaniu chirurga, ale zarazem żądam ścisłego rozpoznania przed przystąpieniem do leczenia wewnętrznego. Leczenie przypadowe czyli bezczynność w tej tak groźnej i szybko postępującej chorobie nie jest środkiem obojętnym i owszem działa ono szkodliwie. Porównanie szkodliwości leczenia wyczekującego w niedrożności mechanicznej ze szkodliwością laparotomii w niedrożności czynnościowej może jedynie wypaść na korzyść zabiegu chirurgicznego. Gdy bowiem pierwsze zawsze przynosi szkodę choremu, to leczenie operacyjne w całym szeregu niedrożności czynnościowych jest nawet stanowczo wskazane.

Nie zapoznając wartości leczenia wewnętrznego, z którego w pierwszym rzędzie należy podnieść podawanie przetworów makowca i przepłókiwanie żołądka, nie można go przeciwstawiać leczeniu chirurgicznemu; środki wewnętrzne należy uważać raczej za przygotowanie do zabiegu operacyjnego, który z chwilą rozpoznania przeszkody mechanicznej jest jedynie wskazanym. Dotychczasowe wyniki leczenia chirurgicznego dużo pozostawiają do życzenia, wina tego jednakowoż spada w pierwszym rzędzie na odwlekanie chwili operacyi. Następujące zestawienie liczby chorych, leczonych wogóle, z podaniem dokładnego czasu choroby i liczbą wyleczonych:

Gromada I. Uwięzgnięcie.

Ilość dni choroby	Ilość chorych	Ilość wyleczeń	% wyleczeń
1	4	2	50
2	9	5	55·5
3	23	10	43·5
4	18	8	44
5	12	4	33·3
6	4	0	0
7	2	1	50
8	11	2	18
10	6	1	16·6
11	3	0	0
12	2	1	50
14	1	0	0

Gromada II. Zamknięcie.

(To zestawienie obejmuje tylko *Infractio, Accretio, Compressio* i *Obturatio*).

Ilość dni choroby	Ilość chorych	Ilość wyleczeń	% wyleczeń
1	2	2	100
2	5	4	80
3	1	1	100
4	3	0	0
5	3	2	66·6
6	3	1	33·3
8	3	1	33·3
14	1	0	0

poucza nas, że w I. gromadzie u chorych. operowanych w 3 pierwszych dobach, osiągnęliśmy wyleczeń 65%, w gromadzie zaś drugiej 87·5%.

Tem też trudniej zrozumieć utarte mniemanie warunkowych zwolenników operacyi, że należy najpierw stosować wszelkie środki wewnętrzne, dopóki siły chorego są dobre, dopóki serce prawidłowo działa. Dopiero wobec bezskuteczności takiego leczenia, którego czas nawet ściśle niektórzy klinicyści do 2, a wyjątkowo 3 dni zakreślają, wśród dobrego jeszcze wciąż stanu należy oddać chorego w ręce chirurga. Wyraźnie bowiem ciż sami autorowie twierdzą, zupełnie zresztą słusznie, że w razie upadku sił, operacya nie może mieć pomyślnych widoków. Niestety nie podają oni jednak oznak, odróżniających dobry stan chorego, dozwalający jeszcze na stosowanie środków wewnętrznych od dobrego stanu, wymagającego już jednak operacyi. Ponieważ więc nie mamy takich oznak, ponieważ dalej nigdy nie możemy przewidzieć jak szybko wystąpią zmiany w jelicie, przeto pomoc chirurgiczna winna być natychmiastową.

Postępowanie operacyjne w naszych przypadkach przedstawia się w ogólnych zarysach w sposób następujący.

Operowano zazwyczaj w uśpieniu chloroformowem, wyjątkowo tylko wśród znieczulenia miejscowego. Od roku 1893 zaprowadził prof. Obaliński ścisłą aseptykę. Powłoki brzuszne otwierano w linii środkowej długiem cięciem, aby można było nietylko dotykiem, ale i wzrokiem szybko objąć stosunki anatomiczne. Pętle jelita, wydobywające się na zewnątrz, okrywano ciepłemi przykładkami (kompresami). Siedzibę przeszkody odkrywano przez częściowe wytrzewienie rozdętych jelit. Postępowanie to jest zdaniem naszem najwłaściwsze, zwłaszcza w przypadkach większego wzdęcia. Dozwala ono nadzwyczaj szybko rozpatrzeć się w stosunkach, szybkość zaś działania jest pierwszym warunkiem osiągnięcia dobrego wyniku. Wytrzewienie przy należytem i oględnem ochranianiu jelit nie sprowadza złych następstw. Stosownie do rodzaju przeszkody i stopnia następowych zmian patologicznych różne musiano stosować zabiegi, ogólnie jednak mówiąc, starano się o ile możności doszczętnie usunąć przeszkodę. W uwięzgnięciu, rozumie się, nigdy nie odstępowano od tej zasady; w zamknięciu zaś jelita tylko wtedy, jeżeli nie można było usunąć przeszkody czy to ze względów technicznych, czy też z powodu niestosunku sił chorego do ciężkości zabiegu, albo omijano przeszkodę przez wykonanie enteroanastomozy, albo też zakładano rzyć sztuczną powyżej miejsca niedrożności.

W przypadkach zgorzeli jelita, wycinano je w granicach zdrowych i najczęściej łączono odcinki szwem okrężnym, jedwabnym, ciągłym, dwupiętrowym. W razie niedostatecznych sił chorego wszywano końce jelita po wycięciu części zgorzelinowej w ranę brzuszną. Zabiegi te jednak małe mają widoki pomyślnego zejścia. Każdy zabieg wykonany na jelicie zmienionem wobec ciężkiego stanu chorego, wobec zajęcia otrzewnej sprawą zapalną, znacznie pogarsza rokowanie.

Następujące zestawienie zabiegów stwierdza wyraźnie to zdanie.

Uwięzgnięcie.

Zabieg	Ilość chorych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Odprowadzenie	72	32	44·4
Entero-anastomosis obok odprowadzenia w przyp. 22	1	0	0
Resectio intest. enterorhaphia w skręcie kiszki esowatej, jako operacya zapobiegawcza sposobem Obalińskiego.	3	2	66·6
Anus praeter naturam z powodu zgorzeli jelita	7	0	0
Resectio int. enterorhaphia z powodu zgorzeli jelita.	16	1	6·6

Zamknięcie.

Zabieg	Ilość chorych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Odprowadzenie	31	20	64·5
Entero-anastomosis	7	2	28·3
Anus praeter naturam	12	4	33·3
Entero-anastomosis z następowem wycięciem	1	1	100
Resectio intest. enterorhaphia z powodu zgorzeli	5	3	60
Resectio intest. enterorhaphia dla usunięcia zrostów zaciskających jelito przyp. 122	1	0	0

W razie nadmiernego wzdęcia zastoinowego nacinano poprzecznie jelito i zeszywano je, po wypuszczeniu nagromadzonej treści.

Odprowadzenie jelit do jamy brzusznej przedstawia często znaczne trudności. Aby ułatwić odprowadzenie, przykrywano wytrzewione jelita przykładką (kompresem), której brzegi wsuwano pod uniesione ku górze brzegi rany brzusznej. Przez jednostajny ucisk na przykładkę (kompres) jelita łatwiej się wciskały do jamy brzusznej. Następnie szyto ranę brzuszną ponad przykładką (kompresem), którą w miarę postępu szwu wysuwano z jamy brzusznej. Rany brzusznej

zazwyczaj nie zaszywano w całości, ale zostawiano otwór, przez który sączkowano jamę brzuszną. Do postępowania tego obok znanych prac doświadczalnych, skłoniło nas zarazem i własne doświadczenie, a mianowicie w kilku przypadkach, w których podczas operacyi ani śladu zapalenia otrzewnej nie było, sekcya wykazała je na ograniczonej przestrzeni, a wychodziło ono z jelita, zajętego pierwotnie sprawą chorobową. Sączkowanie uskuteczniano za pomocą wyjałowionej gazy i to głównie w kierunku siedziby przeszkody.

Po operacyi starano się o ile możności o dokładne opróżnienie jelit, a to najczęściej za pomocą wysokich wlewań do odbytnicy. Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam poniżej wynik leczenia operacyjnego w naszych przypadkach:

Uwięzgnięcie.

Postać uwięzgnięcia	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczonych
Torsio flex. sigm.	31	15	48·4
Torsio int. ilei	24	6	25
Torsio coeci	5	2	40
Strangulatio	16	7	43·7
Repositio spuria herniae incarc.	7	4	57
Hernia subcoecalis	1	1	100
Invaginatio acuta	15	0	0
Razem	99	35	35·3

Zamknięcie.

Postać zamknięcia	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczonych
Invagin. chronica	9	8	88·8
Infractio	10	8	80
Accretion. diffus.	7	1	14·28
Compressio	4	1	25
Obturatio	3	2	66·6
Occlusio e cicatrice	3	2	66·6
Tbc. intestini	8	5	62·5
Carcinoma	13	3	23
Razem	57	30	52·7

W końcu należy mi przedstawić przypadki dawne t. j. operowane do roku 1893 i nowe t. j. od 1893 do 1898 r., w celu porównania otrzymanych wyników.

Uwięzgnięcie.

Postać uwięzgnięcia	Przypadki dawne			Przypadki nowe		
	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Torsio flexur. sigm.	17	9	52·9	14	6	42·8
Torsio intest. ilei	19	4	21	5	2	40
Torsio coeci	1	1	100	4	1	25
Strangulatio	11	5	45·4	5	2	40
Repositio spuria hern. incar.	5	2	40	2	2	100
Hernia subcoecalis	0	0	0	1	1	100
Invaginatio acuta	6	0	0	9	0	0
Razem	59	21	35·6	40	14	35

Zamknięcie.

Postać zamknięcia	Przypadki dawne			Przypadki nowe		
	Liczba leczonych	Liczba wyleczonych	% wyleczeń	Liczba leczonych	Liczba wyleczonych	% wyleczeń
Invaginatio chronica	1	0	0	8	8	100
Infractio	4	3	75	6	5	83·3
Acceretion. diffus.	6	1	16·6	1	0	0
Compressio	2	1	50	2	0	0
Obturatio	0	0	0	3	2	66·6
Occlusio e cicatrice	2	1	50	1	1	100
Tbc. intestini	6	3	50	2	2	100
Carcinoma	11	3	27	2	0	0
Razem	32	12	37·5	25	18	72

Z zestawienia tego wynika, że w uwięzgnięciu nie zdołaliśmy mimo nabytego doświadczenia i udoskonalonej techniki postąpić naprzód; wynik wobec późnego zgłaszania się chorych, pozostaje niezmieniony.

W gromadzie zaś zamknięcia stosunki się znacznie na korzyść zmieniły; osiągnęliśmy bowiem prawie 2 razy lepsze wyniki niż przed r. 1893.

Wobec tego, że stan zgłaszających się chorych w porównaniu ze statystyką dawną pozostał niezmieniony, należy odnieść to znaczne polepszenie wyników w ostatnich latach jedynie do wydoskonalenia techniki operacyjnej, a w pierwszym rzędzie do postępowania aseptycznego, które Obaliński w tym czasie wprowadził.

IV. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu duru brzusznego wyciągiem przeciwdurowym.

Dr. Jeż. „Ueber Typhusbehandlung (Abdominaltyphus) mit einem Antityphusextract“ *(Wiener med. Wochs.* 1899 p. 346).

Autor w poprzedniej swej pracy: *Ueber antitoxische u. therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenem. Abdominaltyphus* (98 r. Nr. 19 *Wiener med. Wochenschrift)* doszedł do przeświadczenia, że w surowicy krwi ozdrowieńców po durze antytoksyczne i ochronne ciała znajdują się w zbyt małej ilości, by surowicy takiej można było użyć w celach leczniczych. Taki sam wynik otrzymał autor, posługując się do leczenia duru brzusznego zamiast surowicy ludzkiej surowica krwi królików, uodpornionych przeciw tej chorobie. Te okoliczności naprowadziły autora na myśl, że nie we krwi należy szukać istot leczniczych dla duru, lecz w rozmaitych narządach zwierząt. A ponieważ według doświadczeń Wassermanna, Kitasato i Briegera za źródło tworzenia się antytoksyn należało uważać grasicę, więc w tym gruczole zaczął Dr. Jeż poszukiwać ciał ochronnych dla duru, bez jakiegokolwiek jednak dodatniego wyniku w tym względzie. Wtedy autor zwrócił się do teoryi „bocznych łańcuchów“ (Seitenkettentheorie) Ehrlicha i przypuszczając, że w prawidłowych narządach królików znajdzie składniki, które z wytworzonymi przez prątki durowe jadami dadzą po przejściu do krwi chemiczne połączenia o własnościach antytoksycznych, począł z mózgu, rdzenia kręgowego, wątroby, śledziony i szpiku kostnego tych zwierząt sporządzać rozmaite wyciągi, które następnie w postaci wstrzykiwań podskórnych lub wewnątrzotrzewnowych stosował królikom, zakażając je przedtem lub jednocześnie durem (hodowlami bulionowemi). I te jednak usiłowania nie doprowadziły do pożądanego skutku; zwierzęta w ten sposób traktowane padały bez wyjątku. W tak niepomyślnych warunkach autor zwrócił uwagę na doświadczenia Wassermanna, według których prawidłowe narządy królików wtedy posiadają własności antytoksyczne, gdy poprzednio zwierzętom tym zaszczepi się prątki durowe martwe lub żyjące, jednem słowem zakazi się je durem. Powtórzywszy te doświadczenia Wassermanna i przekonawszy się o ich zupełnej słuszności, o czem mają świadczyć wyciągi z protokółów, odnoszące się do dwóch królików, autor zabrał się do sporządzenia swego „wyciągu przeciwdurowego“. W tym celu wyjmował bezpośrednio po śmierci królików, które padły lub zostały umyślnie zabite po uprzedniem zakażeniu hodowlami bulionowemi prątków durowych, rozmaite narządy tych zwierząt (grasicę, śledzionę, szpik kostny i mózg), siekał je drobno i rozcierał w moździerzu z solą kuchenną, alkoholem, gliceryną, z małemi ilościami karbolu i pepsyny (w jakim stosunku, niewiadomo. *Rf).* Otrzymywał w ten sposób miazgę, którą przez 24 godzin wymrażał, a następnie przesączał (przez co? przyp. ref.). Przesącz czyli „wyciąg przeciwdurowy“ nie posiadał żadnych własności bakteryobójczych względem prątków durowych, nie dawał odczynu Widala, lecz w wysokim stopniu posiadał własności antytoksyczne. Zastosowany wewnętrznie u ludzi w przypadkach duru brzusznego (wstrzykiwania dawały niepomyślne wyniki) w ilości 2—5 łyżeczek od kawy co 2 godziny zmieniał ten wyciąg tor gorączki ze stałej na zwalniającą aż do zupełnego jej spadku, zmieniał tętno małe, częste, a nieraz dwubitne, na silne, pełne i miarowe, wywoływał znakomitą poprawę stanu ogólnego chorych, usuwał śpiączkę, majaczenie i t. d. Już po dwóch tygodniach choroby robili leczeni wrażenie ozdrowieńców, a nawet byli puszczani do domu, jako zupełnie uzdrowieni. Żadnych ubocznych objawów autor nie zauważył. Doświadczenia swoje przeprowadził Dr. Jeż na 18 chorych, z czego przytacza 3 tablice krzywych ciepłoty i tętna. Oprócz swego wyciągu stosował autor wszelkie wskazane w przebiegu duru zabiegi dyetetyczno-hygieniczne.

Brak tablic, wykazujących przebieg choroby, jak również danych, na których opierało się rozpoznanie duru brzusznego, a wogóle nadzwyczaj pobieżny opis doświadczeń, nie pozwalają w należyty sposób ocenić wartości środka leczniczego, zastosowanego przez autora, budząc poważne pod tym względem wątpliwości. *Dr. N. K.*

V. Wyciągi.

A. Köhler: **Leczenie przewlekłego wrzodu podudzia.** *(Samml. klin. Vortr.* Volkmanna, Nr. 231). Gdy lekarzowi uda się wygoić wrzód podudzia, wtedy nikt o tem nie mówi, boć to był tylko wrzód. Kiedy jednak mimo leczenia wrzód się zabliźnić nie chce, powiada się wówczas o lekarzu: ten, to nawet wrzodu wygoić nie potrafi. A naprawdę cierpienie to jest bardzo uporczywem i w każdym przypadku trzeba walczyć z kilkoma trudnościami. Jedną z pierwszych — to stosunki społeczne, które nie pozwalają choremu odpowiednio się leczyć. Dziś dzięki licznym szpitalom i zakładom dobroczynnym przeszkoda ta już prawie usuniętą została. Gdyby tylko nie wchodziła tu w grę zła wola samych chorych, którzy i teraz wyznają przesąd, dawniej i w urzędowej medycynie obowiązujący, że przez wrzody, ustrój wydziela ze siebie złe soki i wierni temu przekonaniu nietylko zwlekają z leczeniem się, lecz często czynnie udaremniają najlepsze chęci lekarza. W pewnych razach lekarz zwrócić powinien uwagę i na ogólne zmiany w ustroju, których wrzód na goleni może być objawem, jak kiła, lub które podtrzymują go, jak choroby serca, nerek i inne siły ustroju podkopujące cierpienia przewlekłe. Także stosunki miejscowe (napięcie skóry, jej stosunek do podstawy) nie są bynajmniej korzystne dla gojenia się tych spraw. Ostatni niekorzystny wpływ zobojętnia tylko częściowo nadzwyczajna troska o czystość i dobre odżywienie skóry. W znacznej jednak liczbie przypadków żylaki są głównym niekorzystnym współczynnikiem, i to tak często, że leczenie wrzodu nakrywa się z leczeniem żylaków. A przeciw żylakom walczymy oddawna i wieloma środkami. Zawijania rozmaitego rodzaju opaskami (Martin, u nas Gabryszewski, przylepcem (Baynton), rozmaitego rodzaju pończochy i kamasze, miejscowy ucisk na żyłę podskórną odgoleniową *(v. saphena maj.)* (Ravoth, Colles, Sanson, Starton, Landerer), wyczerpują główne sposoby leczenia łagodzącego. Następują zabiegi takie, jak: elektropunktura, wstrzykiwanie do żył rozmaitych, krzepnięcie krwi, wywołujących ciał, wstrzykiwanie wyskoku w tkanki, otaczające żyłę itd. itd. W końcu cały szereg sposobów i nazwisk, prawdziwa litania z Hipokratesem i Celsusem na czele, a Trendelenburgiem u końca, zalecających okłówanie i podwiązywanie żył podudzia przezskórnie, podskórnie, w otwartej ranie etc. Dziś wybieramy bez namysłu sposób Trendelenburga podwiązywania i wycinania kawałków z żyły podskórnej odgoleniowej *(v. saphena magna)*, szukając jej na wewnętrznym brzegu m. krawieckiego *(m. sartorius).* Sposób w zasadzie łatwy i bez niebezpieczeństw, wyjątkowo może być bardzo trudnym (autorowi dwa razy zdarzyło się, że żyły tej nie mógł odnaleść wcale) i niebezpiecznym (Köhlerowi umarł jeden chory skutkiem zatoru tętnicy płucnej skrzepem, oderwanym z dośrodkowego odcinka podwiązanej żyły). Takiem podwiązaniem usuwa się przekrwienie bierne i znosi bóle dokuczające choremu. Zwykle jednak musimy, aby rozmiękczyć naciekłe i niepodatne brzegi obwodowe wrzodu i przyspieszyć wygojenie, stosować okłady wysychające na wrzód, lub przeciągłe kąpiele ciepłe, dodać okrojenie *(circumcisio)* Nussbauma, mięsienie lub pokryć dno wrzodu w sposób znany, którymkolwiek sposobem: Wolfego, Krausego, Reverdina, Thierscha etc., nie zaniedbywać zawijań opaską Martina i zakładać opatrunki klejowo-cynkowe. Sam wrzód opatrywać trzeba przeciwgnilnie, unikając jodoformu, który zwykle sprowadza wyprysk, a obojętnem już jest, czego użyjemy, bo nie proszki i maści goją wrzód, ale tkanki

otaczające. Mimo to wszystko i dziś nie unikniemy tego, aby w jednym lub drugim przypadku nie wykonać z powodu wrzodu i odjęcia podudzia, wypiłowania kości pod owrzodzeniem (Martel a właściwie Jasiński, przyp. ref.), modyfikowanej operacyi Władymirow-Mikulicza (Niché) odmiany operacyi Symego, poleconej przez Keetleya (lub o wiele pewniejszej odpowiednio zmienionej operacyi Pirogowa, zaleconej przez Rydygiera: osteodermoplastyczna amputacya stopy. „Przegl. lek.“, 1888, Nr. 26. Przyp. ref.).

Herman.

Prof. Landerer: **Leczenie gruźlicy kwasem cynamonowym.** (Lipsk, F. C. W. Vogel, 1898, str. 308, z tablicami mikrofotograficznemi). Pochop do zastósowania kwasu cynamonowego w gruźlicy wziął autor z powszechnie uznanego przekonania, że balsam peruwiański leczy miejscowe sprawy gruźlicze, a kwas cynamonowy jest, jak wiadomo, głównym składnikiem balsamu peruwiańskiego. L. zaczął od wstrzykiwania zawiesiny balsamu p. do żyły, potem przeszedł do samego kwasu cynamonowego, jednak sposoby te były bardzo niewygodne. Dopiero uzyskawszy nowe połączenie przez gotowanie kwasu cynamonowego z dwuwęglanem sodowym, mógł rozpocząć próby w szerszych rozmiarach. Połączenie to, tak zwany hetol, jest rozpuszczalne w wodzie w stosunku 1:20 i da się dobrze wyjaławiać. L. używa rozczynów 1—5%, obojętnie lub słabo zasadowo oddziaływujących, wodnych lub 0·6% solnych (t. j. chlorku sodowego). Rozczyn przesączony, wyjałowiony przez 5 minut, przechowuje się w ciemnych naczyniach; przed samem użyciem zagotowuje się jeszcze przez 3 minuty. Wstrzykiwania, oczywiście z zachowaniem najściślejszej czystości, robi się w okolicy łokcia w żyły, nabrzmiałe po założeniu przepaski uciskającej.

Wszelkie rodzaje spraw gruźliczych mają się nadawać do takiego leczenia, tak gruźlica płuc, jak innych narzadów, kości i t. d. W gruźlicy płuc zaczyna L. od 0·0005—0·001 hetolu i co 2 dni zwiększając dawkę o $^1/_2$ mg (później po przyzwyczajeniu się chorego o $2^1/_2$ mg.), dochodzi do największej dawki 25 mg., którą nawet czasami podwaja u silnych osobników (więc aż do 0·05 hetolu). Gorączka wyższa, skłonność do krwotoków, osłabienie serca, wymagają wogóle niższych dawek. W świeżych sprawach zapalnych, podobnych do zapalenia płuc, należy przerwać leczenie. W gruźlicy miejscowej obok wstrzykiwań żylnych hetolu, używa też L. miejscowo połączeń: cinnamylmetakresol lub hetokresol, a do wstrzykiwań do ropni gruźliczych mięszanki hetokrezolu z jodoformem (2:1 lub 1:1), rozcieńczonej w 8 częściach 3—5% roczczynu kwasu karbolowego.

Kwas cynamonowy ma być nieszkodliwy dla ustroju zdrowego, a rozwijać swoje działanie tylko wobec jadu gruźliczego. Działanie to objawia się hyperleukocytozą, a miejscowo takiemi zmianami ognisk gruźliczych, jakiemi się odznacza dobrowolne zabliźnianie się gruźlicy. Pod działaniem kw. cynamonowego ma powstawać naprzód stan zapalny, potem bujanie świeżej tkanki łącznej i nowych naczyń włosowatych, a w końcu po wessaniu cząstek zmartwiałych zbliznowacenie ogniska gruźliczego. Za zapatrywaniami autora zdają się przemawiać liczne doświadczenia i próby na chorych, zebrane w 241 opisach przypadków, a poparte rozbiorami zwłok i objaśnione dodanymi do dzieła mikrofotogramami.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

E. Kraus: **O zastosowaniu mączki Kufeka do sztucznego żywienia dzieci zdrowych i cierpiących na choroby przewodu pokarmowego.** (*Allg. Wiener medic. Zeitung*, 45, 1898). Skąpa ilość śliny i niedostateczne działanie trzustki w pierwszym okresie życia wykluczają z góry użycie tych mączek, które zawierają skrobię, jako taką. W pierwszych 6 miesiącach strawieniu uledz mogą tylko przetwory, zawierające dekstrynę i cukier, t. j. wodniki węgla w postaci rozpuszczalnej. Taką właśnie jest mączka Kufeka. Według rozbioru prof. Eschericha zawiera ona w porównaniu z mączką Nestla blisko 3 razy więcej wodników węgla, w wodzie rozpuszczalnych. Biedert sądzi, że zmięszana z mlekiem zapobiega ona zbijaniu się sernika mleka krowiego w duże płaty. Z powodu tych własności odpowiedniem jest podawanie dzieciom, sztucznie żywionym, mięszaniny mleka nie z wodą, lecz z polewką, przyrządzoną z tej mączki w stosunku odpowiednim do wieku dziecka.

Doświadczenia własne autora odnoszą się do 12 dzieci, między 3—5 miesiącem życia, żywionych w powyższy sposób z pełnym wynikiem dodatnim. Również dobre wyniki osiągnięto u dzieci, które poprzednio, żywione czystem mlekiem, okazywały pewne przypadłości ze strony przewodu pokarmowego. W tych przypadkach kilkodniowe podawanie polewki, przyrządzonej z mączki Kufeka, usuwało cierpienie. Ważnem jest, że tak czysta polewka, jak i mięszanina jej z mlekiem dadzą się bez szkody dla strawności i smaku wyjałowić w przyrządzie Soxhleta.

P. M.

VI. **Zapiski lecznicze i nowe leki.**

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Pyramidonum (*Dimethylamido-phenyldimethylpyrasolon*) jest to żółtawo-biały, krystaliczny proszek, nie posiadający prawie smaku, a rozpuszczalny w wodzie w stosunku 1:10.

Według badań licznych autorów, posiada pyramidon własność obniżania gorączki, a przewyższa w tym kierunku bezwarunkowo antipirynę; podają go też przy ostrym gośćcu stawowym zamiast salicylanu sodowego. Największe jednak zastósowanie znaleść powinien ten środek w gorączkowych chorobach zakaźnych, jak gruźlica płuc, dur brzuszny, płonica i t. d. Dawka dzienna dochodzić może do 3 grm.

Zapisywać najlepiej:

Rp.: Pyramidoni 0·3—0·75
Dentur tales doses Nr. X
S.: w razie potrzeby rozpuścić 1 proszek w wodzie i zażyć.

Pyrogallolum oxydatum. Unna utrzymuje, że zapomocą tego środka można leczyć trąd. Nie wywołuje on sztucznego zapalenia zdrowej skóry, nie czerni moczu, a nie niszcząc ciałek czerwonych, nie zatruwa ustroju, jak to przy stósowaniu pyrogalolu spostrzegano. Unna poleca natrzeć całe ciało chorego dwa razy dziennie maścią według przepisu:

Rp.: Pyrogalloli oxydati 50·0
Acidi salicylici 60·0
Lanolini 900·0
M. f. unguentum.
Ds.: zewnętrznie.

Zamiast *Ol. gynocardiae*, wstrzykiwanego dawniej podskórnie w początkach leczenia, podaje się równocześnie *pyrog. oxyd.* wewnętrznie; na litr esencyi cytrynowej dodaje się 50 grm. tego środka i z tego wypija chory 4 łyżki dziennie (= 2·5 grm. przetworu).

Phesinum jest to czerwono brunatny, lekki, bezpostaciowy proszek, bez zapachu, o smaku słonawym, nieco piekącym, w wodzie bardzo łatwo rozpuszczalny.

Cosaprinum, proszek szary, bezpostaciowy, bez zapachu, o smaku nieco słonym, w wodzie bardzo łatwo rozpuszczalny.

Phesinum jest to sulfo-deriwat fenacetyny, *cosaprinum* zaś antyfebryny. Ponieważ zaś oba te przetwory są bardzo łatwo w wodzie rozpuszczalne, działają szybko, a ustrojowi zupełnie nie szkodzą, niezawodnie wywalczą sobie prawo bytu w terapii.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

M. Joseph zestawia (*Berl. klin. Z.* 110) wszystkie choroby skóry głowy z praktycznego punktu widzenia razem. Przy wypryskach u dzieci usunąć należy przedewszystkiem strupy zapomocą oliwy, poczem dopiero stósować należy maści obojętne. U starszych zaleca wcierać dwa razy dnia (bez obcinania włosów) maść: *Hydr. sulf. rubr. 1,0 Sulf. subl. 24,0 Ol. Berg. gtt. 25. Vasel. flav. ad 100,0*, zakazując zmywać głowę, aż po 4—5 dniach, gdy strupy dobrze rozmiękną, poczem dalej maść. Ostatni okres

suchy leczy zapomocą natłuszczania co wieczór oliwą lub maścią (*Ac. salicyl. 1,0 Tinc. Benz. 3,0 Vaselin. ad 30,0*). Przy *e. seborrhoicum* każe codziennie wcierać: *Tct. Canthar 4,0 Spir. Lavand. Rosmar. aa 50,0* i następowo natłuszczać: *Resorc. 1,0 Sulf. praecip. 4,0 Vaselin ad 50,0*.— Łuszczycę głowy leczy zapomocą 10% maści pyrogallusowej, 10% tlenku rtęc. białego lub 10% gallonolu. Podobnie trądzik ospowaty smarować każe wieczór powyższą maścią rtęciową, a rano zmyć łagodnem mydłem. — Przy wypadaniu włosów w kile używa obok ogólnego leczenia rtęcią smarowania maścią rtęciową białą lub rozczynem sublimatu, a owrzodzenia kiły późnej okłada rozcz. sublimatu 1:500, maścią rtęc. białą lub też posypuje kalomelem. *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Gluziński. Obecnych członków 32.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Odnośnie do wygłoszonego na ostatniem posiedzeniu odczytu kol. Doc. Wehra: »O zeszywaniu ran serca«, demonstrował radca dworu, Prof. Rydygier, na zwłokach swoją metodę operowania klatki piersiowej, celem odsłonięcia worka sercowego; poczem toczyły się ożywione rozprawy nad wspomnianym odczytem kol. Wehra.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Prof. Prus: sądzi, że chirurgia serca ma wielką przyszłość, a zdanie to opiera na wynikach badań doświadczalnych nad wskrzeszaniem zwierząt w przypadkach śmierci z uduszenia lub zatrucia chloroformem. Mowca nadmienia, że już od kilku lat przedstawia swym słuchaczom wśród wykładów doświadczenia Boehma, który wykazał, że koty zabite bądź to przez uduszenie, bądź też przez zatrucie chloroformem, można wskrzesić przy pomocy mięsienia serca i sztucznego oddychania po upływie kilku, kilkunastu a nawet 40 minut, licząc od chwili ustania oddechów i ruchów serca. Mięsienie serca nietylko wprawia krew w ruch podobnie jak skurcz serca, lecz także pobudza serce rytmicznie. Po pewnym czasie mięsienia pojawiają się zwykle samoistne skurcze przedsionka prawego i komórki prawej, a późniejtakże przedsionka i komórki lewej, następnie powraca samodzielny oddech, poczem zjawiają się odruchy, a wreszcie ruchy dowolne. Zwierzęta w ten sposób wskrzeszone, są przez kilka dni ślepe, czynność mózgu odbywa się leniwo, a w moczu znajduje się cukier. Kol. Prof. Prus dodaje, że tego rodzaju doświadczenia wykonywał na królikach i psach i że u zwierząt tych otwierał klatkę piersiową nie tylko w celu dokładnego określenia chwili ustania wszelkich ruchów serca wskutek śmierci z uduszenia lub zatrucia chloroformem, lecz także w celu należytego rytmicznego naciskania serca, ujętego wprost w palce, oraz w celu ścisłego spostrzegania wszelkich budzących się samodzielnych ruchów serca, a względnie drgań włókienkowych (delirium cordis).

Otóż na podstawie tych doświadczeń wyraża mowca przypuszczenie, że nawet i u ludzi w przypadkach śmierci z uduszenia, zatrucia chloroformem, rażenia piorunem itp. można mieć nadzieję wskrzeszenia zmarłego, jeżeli po bezskutecznych usiłowaniach cucenia przystąpimy do odsłonięcia serca według metody podanej przez Radcę dworu Prof. Rydygiera i zastosujemy bezpośrednie mięsienie serca obok sztucznego oddychania; pamiętać bowiem musimy, że z chwilą ustania oddychania i ruchów serca, a więc z chwilą śmierci, nie znika jeszcze pobudliwość tkanek. I tak np. stwierdzono, że serce psa może wśród pewnych warunków zachować swą pobudliwość nawet przez 96½ godzin po śmierci zwierzęcia. W końcu nadmienia mowca, że w przypadkach, w których wśród zeszywania rany serca, serce bić przestało, lub okazuje drgania włóknienkowe, należy również zastósować mięsienie serca celem pobudzenia go do rytmicznej czynności.

Radca Dworu Prof. Rydygier podnosi, jako ważne zalety cięcia trójkątnego, szybkość, pewność i łatwość jego wykonania. Cięcie zaś poprzeczne utrudnia operacyę i może sprowadzić skaleczenie przepony. Idąc zaś przy cięciu trójkątnem ponad III żebro omija się niemiłą sposobność zranienia przedsionka. W odpowiedzi kol. Prusowi, odnośnie do wzmianki o wykonywaniu mięsienia samego serca u kotów, zaznacza, że mięsienie serca przez klatkę piersiową zastosowuje się w chirurgii z pomyślnym skutkiem od lat 4 na ludziach, jako sposób ratowania w razie osłabienia akcyi serca. Prof. Rydygier opisuje, w jaki sposób wprowadził je do praktyki Mass, asystent Koeniga.

Kol. Prof. Kadyi zwraca uwagę na okoliczność, że akcyę serca może upośledzać krew wylewająca się przy zranieniach do worka osierdziowego, działając tamująco na czynność serca. W takich razach już samo otwarcie worka osierdziowego może przywrócić akcyę serca i uratować chorego

Kol. Prof. Beck nie podziela obaw Prof. Rydygiera co do absolutnego niebezpieczeństwa zranienia przepony. Ono może istnieć tylko przy gwałtownych ruchach chorego, podczas gdy przeciwnie przy głębokich wdechach wskutek niskiego ustawienia się przepony niebezpieczeństwo to ustaje. Co do mięsienia, mowca zapatruje się mniej optymistycznie; doświadczenia przekonały go bowiem, że skutek mięsienia zależy od gatunku zwierzęcia: u kotów np. może je przywrócić do życia, u psów zaś nie daje zamierzonego wyniku.

Kol. Prof. Prus, wspomniawszy o wpływie elektryczności na czynność serca i przytoczywszy spostrzeżenia Ziemssena nad wpływem prądu stałego na serce Katarzyny Serafin, oświadcza, że z największą gotowością przedstawi na jednem z najbliższych posiedzeń swe doświadczenia nad wskrzeszaniem.

Kol. Obtułowicz stwierdza na podstawie własnych spostrzeżeń zdanie Dra Prusa, iż stan porażenny serca i ustanie oddechów nieraz są dalekie od chwili śmierci rzeczywistej, która dopiero po wielu godzinach następuje. Pod tym względem interesującym okazuje się przypadek, opisany przez Dr. O. w rozprawie jego »o dyfteryi« z r. 1886 (str. 68), gdzie 3-letni chłopczyk (A. Ag.), dotknięty błonicą i skutkiem tego operowany (tracheotomia), trzeciego dnia po tym rękoczynie zmarł skutkiem porażenia serca w obecności Dra O. i drugiego lekarza. W chwili śmierci zastrzyknął mu Dr. O. kilka strzykawek eteru siarkowego podskórnie. W godzinę blisko po ustaniu ruchów serca i oddechów, gdy Dr. O., wydawszy kartkę śmierci, miał już odjeżdżać, nagle chłopczyk ten podniósł się w łóżeczku i począł spokojnie oddychać, oraz tętno jego znów stało się wyczuwalnem. Przez 9 godzin żył jeszcze ten chłopczyk i budził wszelkie nadzieje ocalenia, lecz potem nagle upadł na poduszki i zmarł skutkiem porażenia serca po błonicy. Tym razem już zastrzykiwania eteru i sztuczne oddychanie nie zdołały ocucić zmarłego. Drugi przypadek dotyczył 60-letniego właściciela dóbr A. S, który zadusił się skutkiem zwężenia krtani i polipów krtaniowych. Dr. O., przypadkiem wezwany do tego chorego, mógł wykonać tracheotomią na pozornie zmarłym, dopiero w blisko godzinę po jego zaduszeniu się.

Mimo tego rękoczynu i mimo różnych środków trzeźwiących i podniecających, wstrzykiwanych podskórnie, nie można się było docucić zaduszonego i bez nadziei prawie pracował Dr. O. wraz z drugim lekarzem nad cuceniem zapomocą sztucznego oddechania i ugniatania klatki piersiowej. Dopiero po 3 godzinach mozolnej pracy zdołał Dr. O. wywołać pierwsze objawy powracającego życia, a przez założenie szerszej rurki tchawiczej i nadłamanie przy tej sposobności zwapniałej chrząstki pierścieniowej wywołał Dr. O. taki odruch, iż zaduszony odrazu usiadł i odzyskał przytomność, a po usunięciu przez Dra O. polipów krtaniowych, żył jeszcze 3 lata.

Dr. O., potrącając jeszcze o literaturę dotyczącą ran serca, omawia statystykę Fischera, który przytacza 452 przypadków zranień serca, z której to liczby 72 przypadki zakończyły się samoistnem wyleczeniem. Z cyfry tej znów przypada połowa, bo 36, na przypadki, w których wyleczenie samoistne stwierdzonem zostało następnie przez obdukcyę. Niewątpliwie zaś nader interesującym jest przypadek, dotyczący szewca z Bologii, u którego skutkiem przebicia serca sztyletem nastąpiło samoistne wyleczenie, lecz niezupełne, bo wytworzyła się w następstwie tego urazu niedomykalność zastawki dwukończystej. W ciągu kilku miesięcy wywiązało się osłabienie mięśnia sercowego i brak kompenzacyi z następową puchliną, a gdy śmierć nastąpiła, — dokonano obdukcyi, która wykazała bliznę w ścianie komórki lewej i przecięcie nitek ścięgnistych, biegnących od mięśni brodawkowych do zastawki dwukończystej. Przypadek ten dowodzi również, że, o ile okoliczności pozwolą, lepiej nie spuszczać się na siły natury i szczęśliwy zbieg okoliczności, lecz racyonalniejszą zdaje się być rzeczą, próbować zeszyć serce, bo blizna po zeszyciu niewątpliwie będzie silniejszą i, w razie szczęśliwego przebiegu przypadku, zapewni operowanemu lepszą przyszłość (autoreferat).

Nadto zabierali jeszcze głos w dyskusyi kol.: prof. Gluziński, prof. Ziembicki i Wehr.

3. Kol. Hojnacki wygłosił odczyt p. t.: »*Przypadek ciężkiej gorączki połogowej, leczonej surowicą Marmorka*«.

Dyskusyę nad tym odczytem, z powodu spóźnionej pory, odłożono do następnego posiedzenia.

Lwów, dnia 8 marca 1899.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VIII. Korespondencya.

Lwów, marzec.

Sprawa założenia we Lwowie domu zdrowia zdaje się być pomyślnie załatwioną. Jeden z kolegów, zrzekając się własnej praktyki, urządza dom taki według wszelkich wymagań naszych wiadomości o aseptyce i t. p. Odpadnie zatem potrzeba dokonywania ciężkich operacyj po szpitalach i klinikach i związana z nią potrzeba zastanawiania się, czy i w jakich przypadkach można prywatnych chorych pomieszczać w oddziałach szpitalnych, czy i w jakich przypadkach można od nich przyjmować honorarya. Że sprawy honoraryów jednem cięciem rozstrzygnąć nie można, to pewna. Uchwała sejmowa z 22 maja 1875 r. w § 34 powiada: „Oprócz taksy nie wolno pobierać od chorych żadnej należytości pod jaką bądź nazwą“, ale to niczego nie stanowi, bo ta sama uchwała w § 9 powiada: „Dyrektor obowiązany jest mieszkać w szpitalu“, w § 17: „Sekundaryusze obowiązani są mieszkać w szpitalu;“ — dalej poprzednia uchwała z 3 października 1871 r. w art. II, § 2, lit. d powiada nawet: „Praktykanci otrzymują zasiłek (adjutum) rocznie po 400 złr.“ Tymczasem ani dla dyrektora, ani dla sekundaryuszów nie ma pomieszczenia w szpitalu, a z praktykantów czasem, któryś, dostanie koło Bożego Narodzenia 50 złr. „na rybę“. Więc ustawę tę krytykować wolno. Zresztą wielkie też pytanie, czy we wspomnianym § 34 ustawodawcy mieli na myśli lekarzy, boć § 37 tejże uchwały mówi: „Chorym wolno na własny koszt, za porozumieniem się z lekarzem ordynującym, zawezwać do narad lekarskich innych lekarzy, bądź to szpitalnych, bądź z poza ich grona“. Mniejsza z tem; nie znam się na prawie, wiem tyle, że chorzy płacili za operacye, dokonywane w szpitalach tutejszych, nim jeszcze kliniki przyszły i że mimo wszystko działoby się tak samo i w przyszłości, bo lekarz, jeśli może, z pewnością postara się o jak najlepsze umieszczenie dla chorego, a takiem jak dotąd były tylko szpitale, posiadające sale operacyjne i przyrządy sterylizacyjne. Między chorymi zaś jeszcze nie zupełnie zaginął typ ludzi, którzy w jakikolwiek sposób postaraliby się wywdzięczyć owemu lekarzowi za jego trudy.

Nie dziwić się jednak Wydziałowi krajowemu, obowiązanemu do kontroli nad oddziałami szpitalnymi, a więc i nad klinikami lwowskiemi, które według niefortunnej ugody z rządem są nimi także, że wobec coraz głośniej szerzących się pogłosek, jakoby w ambulatoryach klinicznych kazano płacić zgłaszającym się chorym, — zapytał poufnie dyrektora szpitala, zwierzchnika klinik pod względem materyalnym, ile w tej pogłosce jest prawdy? Pogłoski były nieprawdziwe; poszły ztąd, że odźwierni kliniczni wyjaśniali prywatnym chorym, zgłaszającym się poza godzinami ambulatoryum klinicznego, że tylko w takie godziny mają prawo do bezpłatnej porady, a o każdej innej porze jedynie za opłatą mogą zasięgać porady. Niestety, dyrektor ówczesny, kierując się niezrozumiałemi wobec klauzuli „poufnie“ pobudkami, nieoględnie kazał odpisy porobić i, wraz z ową klauzulą „poufnie“, kierownikom klinik rozesłał, czem wywołał oburzenie, odpowiedź szorstką i zaostrzenie stosunków.

Odpowiedzialność za ten postępek stanowczo nie ciąży na Wydziale krajowym. Winne tu stosunki, dwoistość naszych urządzeń, zabytki z czasów zbrojnego zajęcia kraju. Jestto mniej więcej tak: „ja ci daję rządcę, coś w rodzaju sekwestratora, a ty go płać“. Dyrektor szpitala, płatny przez kraj, mianowany był z Wiednia, i mimo wieku ustąpić własnowolnie nie chciał. Wszak już po usunięciu go podniesiono kwestyę, czy to jest dopuszczalne, — odwołano się nawet w tej sprawie do trybunału państwowego, jeśli się nie mylę. Jest jednak nadzieja, że jeżeli za czasów Agenora Gołuchowskiego kraj w podobnym przypadku podobnie postąpił, to tem mniej dzisiaj, w okresie rozszerzenia autonomii, władze centralne oponować będą.

Dualizm naszych stosunków daje się odczuć na każdym kroku. On spowodował nieporozumienia między Wydziałem krajowym, a Wydziałem lekarskim. Mianowani przez rząd, a więc niezależni profesorowie kliniczni, traktują Wydział kraj. jak szafarza, któremu dajemy polecenia, lecz nie liczymy się z jego zapatrywaniami, a zależność od niego uważalibyśmy sobie za ujmę. Gdy więc poddano ostrej krytyce urządzenia klinik, strona przeciwna zbyt skwapliwie uznawała za przesadne wszelkie żądane przez profesorów zmiany i uzupełnienia, tem bardziej, że kraj i tak poniósł w tej sprawie ciężar wielki, niemal nadmierny, a poniósł go w chwili, kiedy frekwencya słuchaczów medycyny (nietylko w Galicyi) ogromnie zmalała, kiedy rzucono pytanie, czy rzeczywiście potrzebnym był drugi Wydział lekarski w Galicyi [1]). Wydział krajowy, przyzwyczajony w czasie urządzań do „krakowskiego targu“, chce podobno teraz znowu targować się o wydatki bieżące, które go już nic a nic nie obchodzą, bo mają być zwrócone ze skarbu państwa. Znaleźli się też ludzie, którym jest dobrze w mętnej wodzie. Jeden przychodzi do Wydziału krajowego i opowiada: „na ten a ten oddział zapisano kilo masła deserowego; na co? chybaż maści zeń robić nie będą; pewnie asystent daje śniadanie“. Inny przychodzi do któregoś z profesorów z okropną wieścią: „referent krajowy tak się złościł na pana, aż pięści zaciskał“. Niesnaski rosną ku uciesze czytelników pism codziennych, których kroniki pomieszczają senzacyjne artykuły: Zatarg Wydziału krajowego z Wydziałem lekarskim. Publika zaś chętnie bawi się sprawami, które nas głębiej dotykają, bo my nie mamy sympatyi. Nie mamy jej jako stan, chociaż jako jednostki bywamy bardzo cenieni.

„Heute nach sechsjähriger Thätigkeit sehen sich die österreichischen Aerzte-Kammern gezwungen zu erklären, dass sie die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen können...“ — „Die bisherige Thätigkeit der Kammern hat zur unumstösslichen Gewissheit erhoben, dass der ärztliche Stand in einem bedrohlichen Niedergange und Verfalle begriffen sei...“ —

Oto przegrywka pisma, jakie rakuskie Izby lekarskie przygotowują, jako memoryał adresowany do rządu, a domagający się od niego poprawy warunków naszego bytu. Szanowni reprezentanci nasi *sine ira* rozstrząsają powody upadku naszego stanu i wyliczają ich dużo. Więc: trudne warunki zarobkowania w ogólności, w szczególności zaś partactwo i popularyzowanie wiedzy lekarskiej. Nadmiar lekarzy w stosunku do zapotrzebowania; nieprzygotowanie ich do zarobkowania, boć szkoły dają wiedzę, a nie mogą uczyć, jak z tej wiedzy czerpać środki do życia. Dalej: brak silnej organizacyi stanu naszego, a wreszcie, choć przedewszystkiem, lekceważenie naszego stanu przez wszystkie władze, więc: gminne, których płatni funkcyonaryusze-lekarze, poddając się zwierzchnictwu ludzi niewykształconych i tracąc swe prawa obywatelskie, jak prawa biernego wyboru, otrzymują w zamian za swą pracę gdzieniegdzie nawet tylko 75 złr., bez zaopatrzenia na przyszłość. Więc: sądowe, których taksy za czynności lekarskie, w stosunku do dzisiejszej wartości pieniędzy, oznaczone są o jedno stulecie wstecz; które też, obłożywszy lekarzy przymusem zawodowym, nie bronią ich wcale, — nietylko ich, ale całej ludności, przed partaczami. Wreszcie rząd, który całem swem postępowaniem i ustawodawstwem, jak zaprowadzenie Kas chorych z dążnością obniżenia wartości pracy lekarskiej i takiem traktowa-

[1]) Na to pytanie odpowiem w jednej z następnych korespondencyj.

niem zaprowadzonych przez się Izb lekarskich, że na 167 podań, przez Izby wniesionych, 87 razy wcale nie odpowiedziano, 34 — odmownie, 23 wymijająco, a tylko 23 przychylnie je załatwiono, — znaczenie tego stanu podkopuje. I Izby mają słuszność, stwierdzając to nieprzychylne dla nas stanowisko wszelkich ciał ustawodawczych, władz, społeczeństwa całego, bo my jako warstwa społeczna nie mamy sympatyi.

Na ten ujemny stan rzeczy złożyło się mnóstwo przyczyn. W pierwszej linii stan wiedzy naszej, która wcale nie jest matematyką. Już przy rozpoznawaniu, gdy jeden mówi *a*, drugi *b*, rozsądzenie sporu możliwe dopiero na stole sekcyjnym; tam zaś, gdzie idzie o terapią, nie ma i takiej instancyi. Lekarz, żyjący w ciągłej o swego chorego niepewności, nadto w ciągłej trosce o byt, boć i największą praktykę w jednej chwili stracić można, a zmuszony zmieniać co chwila swą rolę i przystósowywać się do poziomu umysłowego i do temperamentu swego chorego, z których odrazu winien sobie zdać sprawę, denerwuje się łatwo. Nerwy w podobnem napięciu zużywają się szybko; z reguły też cierpimy jakąś manię, najczęściej prześladowczą, rzadziej, przynajmniej jak dotąd we Lwowie bywało, manię wielkości. Wynikiem pierwszej, że co kolega, to wróg, następstwem drugiej rozumowanie: im mniejszy *compar*, tem lepiej się wydam. Z naszych własnych ust o naszym stanie zasięgane wiadomości najgorzej wypadają. Wszak powszechnie i słusznie ceniony lekarz nie wahał się powiedzieć choremu, by nie pozwalał sobie lekarzom wprowadzać katetera, bo mógłby mu który wprowadzić zanieczyszczone narzędzie. A przecież lekarz ten był bardzo dbałym i sumiennym i nie możnaby doń zastósować owego trywialnego przysłowia: kto płucze...

Niemało też znaczy sprawa chleba — w najogólniejszem tego słowa znaczeniu. Każdy z dostojników może śmiało wystąpić n. p. przeciw podwyższeniu płac lekarskich, bo wie, że gdy zapotrzebuje lekarza, to go dostanie każdej chwili, i to może nie z pobudek humanitarnych, które naturalnie broniłyby wezwanemu odmówić pomocy w chorobie, ale z innych, które temuż zawezwanemu doradzą potakiwać nawet, gdyby w rozmowie zeszło na kwestyą, czy lekarzowi szpitalnemu należy płacić za to, co on dla szpitala robi, czy też można nie płacić, boć on i tak z prywatnej praktyki wyżyć może; — albo też na sprawę, czy lekarze i szpitale nie są czasami zbytkiem w gospodarstwie krajowem. Pełne uznanie zyskali wobec tego profesorowie, którzy otwierając w tym roku dwie nowe kliniki, położyli nacisk na straty, jakie kraj ponosi materyalnie za sanitarne niedbalstwo i liczbami ich dowiedli. Niestety, lekcye poszły w las, a oszczędność została. Słyszę, że klinika chorób dziecięcych, tak ważna, boć tu idzie o nowe pokolenia, dziesiątkowane w naszym kraju brakiem należytej opieki, ma być pomieszczoną w szpitaliku św. Zofii i uszczuplić miejsca tej instytucyi, stojącej dobroczynnością ludzi dobrej woli i zapobiegliwością jej dyrektora, a gorliwego opiekuna. Tam ma być wciśnięta, choć wiadomą jest rzecza, że i tak trzeba będzie budować odrębne gmachy dla klinik, pomieszczonych na razie w szpitalu głównym, w którym kliniki frekwencyi chorych nie zmniejszyły i gdzie dzisiaj ciaśniej, niż przed pobudowaniem tych trzech nowych klinik, które dotąd stanęły.

Na zakończenie kilka liczb. Wiedeński szpital na 24.000 chorych ma 70 płatnych sekundaryuszy, lwowski na 14.000 — siedmnastu. Stosunek w Wiedniu jednego sekundaryusza do 342 chorych, we Lwowie zaś jednego do 832 chorych. W Wiedniu płaca prymaryusza wynosi, prócz dodatku aktywalnego 600 złr., 1500—1800 złr. i pięciolecia, we Lwowie 1200 i pięciolecia, choć Lwów niewątpliwie tańszym od Wiednia nie jest.

I jeszcze wzmianka. Gdyby koledzy, praktykanci szpitalni, czytali wydany na lwowskim bruku „Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych“, toby wiedzieli o przyznanem im adjutum, o którem na początku listu wspominam. Zdaje mi się zaś, że i inni koledzy napotkaliby tam wiele ciekawych rzeczy, a wydawnictwo to Szanownych kolegów: Barzyckiego i Lachowicza poprzeć należy, bo to kruk biały dla Lwowa. Jak dotąd nie mamy tu Towarzystw wydawniczych. Projektowana, lecz niestety już pogrzebana poliklinika chciała się tem zająć; czy zaś dawna „lecznica“, która jej nazwę podjęła i „poliklinika“ się teraz nazywa i inne jej plany rozwinie, wolno żywić nadzieję.

Dr. Uhma.

IX. Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag o stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej.

Osiadłszy od trzech lat na prowincyi, a przekonawszy się naocznie już przedtem w szpitalu św. Ludwika w Krakowie o skuteczności zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej u dzieci, dotkniętych błonicą, — zacząłem ją stósować w okolicy, którą obecnie zamieszkuję. Początkowo szło mi to z trudnością, gdyż rodzice przeważnie sprzeciwiali się „kłóciu“ dziecka i często musiałem ograniczyć się tylko do podawania środków wymiotnych, przestrzykiwań gardła itp.

W miarę jednak jak dzieci, u których stósowałem surowicę przeciwbłonicza, przychodziły do zdrowia, odsetek zgłaszających się zaczął się powiększać i dziś wykazać się mogę liczbą dzieci, dotkniętych błonicą, a leczonych surowicą, około 70, z których zmarło tylko czworo, przywiezionych do mnie w okresie konania tak, że ani surowica, ani intubacya zapobiedz śmierci już nie mogły.

W ostatnich czasach cena surowicy przeciwbłoniczej spadła znacznie; można zresztą zmętniałą zamienić w każdej chwili na świeżą bez żadnej dopłaty, co również przyczynia się do tem łatwiejszego rozpowszechnienia tego środka. Wydział powiatowy w Chrzanowie, za którego przykładem wszystkie pójść powinny, otworzył mi kredyt do 50-ciu złr. na surowicę przeciwbłoniczą dla dzieci ubogich rodziców, a po wyczerpaniu tej kwoty, przyrzekł i więcej.

Kolegom na prowincyi goraco polecić mogę stósowanie surowicy przeciwbłoniczej, bo środek ten, cenny w swych skutkach, nietylko znakomicie zmniejszy śmiertelność dzieci dotkniętych błonicą, ale i z pewnością wzmocni zaufanie do lekarzy, zwłaszcza u ludu naszego, tak wzdragającego się do zasiągania porady lekarskiej. Intubacya, aczkolwiek dobra, to jednakowoż w praktyce wiejskiej z trudnością zastósować się daje; lekarz nie może pozostawić tubusa na czas dłuższy pod kontrolą nie dość ostrożnych, a zresztą nie mających na to czasu rodziców.

Rzadko bardzo po zastósowaniu surowicy przeciwbłoniczej u dzieci spotykałem wysypkę; częściej zdarzały się w 5 minut po zastrzyknięciu wymioty. Surowica przeciwbłonicza, stósowana nawet w przypadkach dławca wrzekomego, który w początkach jako taki nam się przedstawia, ale na razie z całą stanowczością twierdzić jeszcze nie możemy, czy przypadkiem nie rozwija się dławiec błoniczy, szkody żadnej dla dziecka nie przynosi; natomiast lekarz zabezpiecza się na wypadek, gdyby się okazało, że mieliśmy do czynienia z prawdziwym dławcem błoniczym.

Zarzut, jaki nas spotkał, że w Galicyi stósowanie surowicy przeciwbłoniczej ogranicza się tylko do 16%, podczas gdy w innych krajach przeszło o 3 razy więcej, wątpię czy jest słuszny, gdyż dziś to chyba bardzo mało jest kolegów, którzyby się tym środkiem nie posługiwali. Zakład prof. Bujwida najlepiejby nam tę rzecz wyświetlił; zresztą, niezawodnie nie każdy też z kolegów pamiętał o obowiązku donoszenia władzy o wszystkich przypadkach błonicy, w których stósował surowicę przeciwbłoniczą.

Dr. Józef Bednarski,
lek. okręg. w Alwerni.

„Uwagi“ dra Bednarskiego dowodnie przekonują, że przy pewnej sprężystości i zapobiegliwości lekarza okręgo-

wego, znajdzie się w jego posiadaniu zawsze świeża surowica i stały fundusz na jej zakupno. Alwernia, w której przebywa Dr. Bednarski, niczem do tej pory nie wyróżnia się od innych miasteczek galicyjskich, a powiat chrzanowski nie odznacza się jakąś wyjątkową zamożnością od reszty kraju; widnieje tu z jednej i z drugiej strony tylko proste zrozumienie i dokładne wykonanie obowiązków. Przekonani jesteśmy, że wszystkie okręgi sanitarne urządzą się w podobny sposób, a na tej drodze nietylko poprawi się niezaszczytna dla nas statystyka stosowania surowicy przeciwbłoniczej, lecz, co najważniejsze, zmniejszy się w Galicyi odsetek śmiertelności, w czem do tej pory błonica uderza niepomierną wysokością. *(Red.)*.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 16 marca 1899 r.

* Dnia wczorajszego odbyło Towarzystwo Lekarskie krakowskie posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Latkowski wyłożył wyniki swych badań nad wpływem wody maryenbadzkiej na trawienie. W rozprawach zabierali głos profesorowie Korczyński i Jaworski, oraz prelegent.

* Komitet Gospodarczy IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który ma się odbyć w Krakowie r. 1900, zorganizował na 4 posiedzeniach kadry działalności gospodarczej i naukowej przyszłego Zjazdu. Terminu Zjazdu ściśle nie oznaczono, pragnąc pod tym względem jak najdokładniej wyrozumieć życzenie większości, a nie mniej, by uniknąć kolizyi z przypadającą w tymże 1900 roku 500-letnią uroczystością jubileuszową odnowienia przez królową Jadwigę Akademii krakowskiej, której to uroczystości uniwersyteckiej termin jeszcze nie został oznaczony.

Ze Zjazdem ma być połączoną Wystawa przyrodniczo-lekarska.

* Z Sejmu. Na wniosek Komisyi Sanitarnej uchwalił Wys. Sejm budowę nowych szpitali powszechnych w Samborze i Nowym Sączu; pawilonów przy szpitalach: w Zaleszczykach i Białej; pawilonów dla chorób zakaźnych przy szpitalach: w Bochni, Białej, Brodach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Stryju i Złoczowie.

Sejmowa Komisya Sanitarna uchwaliła uczynić wniosek w Sejmie, aby zasiłek dla szpitala dziecięcego św. Zofii we Lwowie, wynoszący 16,000 złr., został podniesiony do 20,000 złr.

Uchwały Komisyi budżetowej, dotyczące kosztów szczepienia i wydatków sanitarnych wogóle, wypadły zgodnie z wnioskami Wydziału krajowego, z tą tylko różnicą, iż zasiłek na Zakład prof. Bujwida w Krakowie dla szczepień pasteurowskich przeciw wściekliźnie, postanowiono podwyższyć z 600 na 1000 złr., przy tem uchwalono rezolucyę, wzywającą rząd, by Zakład ten poparł wydatnym zasiłkiem ze skarbu państwa. Rektor Kadyi postawił w Sejmie wielkiej wagi wniosek, aby w szkołach średnich ustanowiono posady lekarzy szkolnych, oraz aby w tych szkołach wykładano higienę, somatologię itd. Wnioskodawca proponuje, by stanowisko lekarza szkół średnich było równoważnem ze stanowiskiem nauczycieli tych szkół.

* Ogólne zgromadzenie Stowarzyszenia do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbyło się dnia 7 b. m. pod przewodnictwem prezesa Stowarzyszenia, Radcy Dworu profesora E. Korczyńskiego. Przewodniczący stwierdził postępowy rozwój Stowarzyszenia — w każdym kierunku. W r. 1898 przybyło członków 18, zmarło 4, których pamięć uczciło zgromadzenie przez powstanie. W r. 1898 wydano podręczniki prof. W. Jaworskiego i dra Piska. Podręcznik Sądowej medycyny prof. Wachholza jest na ukończeniu i wyjdzie w kwietniu.

Następnie przystąpiono do wyboru Wydziału Stowarzyszenia na r. 1899: wybrano ten sam Wydział, powołując na jedno wolne miejsce zastępcy członka fizyka powiatowego, dra Bielańskiego.

Ku końcowi posiedzenia objął przewodnictwo wiceprezes, prof. dr. Domański i w przemówieniu pełnem ciepła i prawdy podniósł chwalebne i tyle pożyteczne zasługi Radcy Dworu prof. E. Korczyńskiego, który już 25-ty rok wiernie służy ojczystej literaturze lekarskiej, jako założyciel Stowarzyszenia Wydawniczego i jego orędownik. W celu uczczenia tej długoletniej pracy i dania wyrazu wdzięczności, uczynił prof. dr. Domański wniosek, ażeby Stowarzyszenie rozszerzyło swą nazwę, łącząc ją z imieniem swego założyciela i 25-letniego przewodniczącego, a którąby brzmiała: »Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego«. Wniosek prof. dra Domańskiego został przyjęty jednomyślnie.

* Międzynarodowa Rada sanitarna egipskich morskich wybrzeży nadała posadę lekarza do nadzoru sanitarnego i służby desinfekcyjnej w Suez u Źródeł Mojżesza asystentowi przy katedrze higieny w Krakowie, drowi Józefowi Batko, który w tych dniach już udał się na miejsce swego nowego przeznaczenia.

* Powszechnie znaną jest rzeczą, że mleko staje się często czynnikiem szerzenia się gruźlicy. Badania, wykonane w ostatnich czasach nad tym przedmiotem przez Kantbacka i Sladena, dają nowy przekonywujący dowód tego twierdzenia. Autorowie ci szczepili mleko bezpośrednio morskim świnkom. Na 16 prób mleka, dostarczanego mieszkańcom miasta Cambridge, 9 okazywało zanieczyszczenie gruźlicze, a z 90 zaszczepionych morskich świnek 23 uległo zakażeniu gruźliczemu. Liczby te są wyższe od tych, które pochodziły z poprzednich doświadczeń. Na ten wynik oddziałać mogły dwie przyczyny: albo to, że w okolicy Cambridge obory są wyjątkowo zakażone gruźlicą, albo też, że Kanthack i Sladen posługiwali się nie mlekiem, lecz osadem, otrzymanym z mleka na centryfudze, oraz śmietanką. Jest-to spostrzeżenie wielkiej wagi, gdyż śmietankę chętnie dotychczas uważano za więcej bezpieczną, bo niejako wolną od laseczników; tymczasem badania Kanthacka i Sladena doprowadziły do wręcz przeciwnego wniosku: na 9 dodatnich wyników badania, śmietanka wywołała 3 razy gruźlicę doświadczalną tam, gdzie osad nie wykazał pierwiastka zakaźnego; natomiast, we wszystkich badaniach, w których osad z mleka był zakażający, śmietanka posiadała taką samą lub jeszcze większą siłę zakaźną.

Sprostowanie. W Nrze 9 *Przegl. Lek.*, na str. 120, w wierszu 32 od dołu ma być nie *podotrzewnowego*, lecz *podprzeponowego*.

Nekrologia. Dr. Erazm Krzyszkowski, lekarz powiatowy powiatu strzyżowskiego, zmarł w Krakowie, w wieku lat 41.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Postępie okulistycznym* Nr. 2: Dra Strzemińskiego Ign.: Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnem wyleczeniem. Prof. Wicherkiewicza: Przyczynek do zachorzeń dnawych (artrytycznych) oka. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 3: Kramsztyka Zyg.: Miara w leczeniu. Dra Wizela A.: Dowcip u obłąkanych (dokoń.). Giedroycia Fr.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce (c. d.). W *Nowinach lekarskich* Nr. 3: Dra Zakrzewskiego Fr.: Przyczynek do rozpoznania kolek trzustki. Flataua Ed.: Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań. Dra Szumana L.: Spostrzeżenia dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, z przerostu gruczołu krokowego wynikających. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 10: Dra Piotrowskiego J.: Przyczynek do kazuistyki włókniaków przedniej ściany brzusznej. Dra Bernhardta Ed.: Tężec u trzyletniego dziecka wyleczony surowicą przeciwtężcową, oraz kilka uwag o jej działaniu. Męczkowskiego W.: O. syryngomyelii (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 5: Jaworskiego J.: O krwotokach macicznych u dziewcząt nowonarodzonych uwag kilka. Dra Higiera H.: W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. W *Medycynie* Nr. 10: Grosglika A.: Przypadek wczesnych trzeciorzędnych objawów przymiotu. Dra Steinhausa J.: Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków (dokoń.). W *Zdrowiu* (zeszyt 162): Tołwińskiego W.: Postęp szczepienia ospy ochronnej w powiecie lubartowskim gubernii lubelskiej w ciągu lat 12 (1885—1897). Mareckiego R.: Niedosyt powietrza w Król. Polskiem, w Zachodnich guberniach cesarstwa i w Galicyi (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Jeż W.: Ueber Typhus behandlung (Abdominaltyphus) mit einem Antityphusextract. Wiedeń. (Odbitka z *W. mediz. Wochenschrift*, Nr. 8, 1899).

— Dr. Gruder L.: Ein Fall von initialer und postinitialer Sklerose an den Augenlidern. Wiedeń. (Odbitka z *W. klin. Wochenschrift*, Nr. 48, 1898).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Marca 1899. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Marca 1899. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzinskiego we Lwowie.**

O wpływie na organizm powolnego sączenia się płynu surowiczego z jamy brzusznej kanałem, pozostałym po nakłóciu trójgrańcem.

Podał
Dr. Juliusz Marischler,
asystent kliniki lek.

Wśród pracy nad badaniem przemiany materyi przy ustępującej i wzrastającej puchlinie brzusznej (ascites), którą wspólnie z Drem Ozarkiewiczem w klinice podjęliśmy, a która później drukiem ogłoszoną będzie, spostrzegałem jeden fakt, zasługujący na podniesienie. Zdarza się mianowicie nieraz, że przy wypuszczaniu płynu z jamy brzusznej nie jesteśmy w stanie tego płynu w zupełności wypuścić z powodu zatkania się trójgrańca, bądź skrzepem, w samym płynie się znajdującym, bądź też jelitem lub siecią, tak, że czasem i większa część tego płynu pozostaje w jamie brzusznej. Po założeniu opatrunku płyn zaczyna się kroplami dalej sączyć przez kanał, powstały z nakłócia trójgrańcem, zazwyczaj tak długo, dopoki nie nastąpi całkowite zwolnienie powłok brzusznych. Otóż zauważyłem, że w tych przypadkach występuje nagły spadek sił. chorzy coraz gorzej wyglądają i szybko chudną. Zajmując się, jak to wspomniałem, badaniem przemiany materyi przy wzrastającej puchlinie brzusznej (ascites) i po wypuszczeniu płynu, mogłem w jednym przypadku tego rodzaju oznaczyć przemianę materyi. Z góry muszę nadmienić, że chorzy z puchliną brzucha (ascites), pomimo dobrego chłonienia w przewodzie pokarmowym, odznaczają się tem, że azotu w prawidłowy sposób nie przerabiają, zatrzymując go w dość znacznej ilości (2—5 gr. *pro die*) w ustroju. Trudno przypuścić, żeby chorzy ci zużytkowywali zatrzymany azot na odnowienie i wzrost swych komórek. Zatrzymują oni w części substancye azotowe, spotrzebowując je na wytworzenie płynu przesączynowego; większa zaś część pozostaje w roli, że się tak wyrażę, biernej. Dowody takiego zachowania się ustroju mamy i w innych chorobach wyniszczających, jak to wykazali Moraczewski, Schöpp i inni. Otóż pokazało się, że nakłócie (punkcya), wykonane zupełnie prawidłowo, pobudza ustrój chorego do żywszej przemiany substancyj azotowych. Chorzy po nakłóciu więcej wydzielają azotu moczem, jak przed niem, mimo, że chłonienie w przewodzie pokarmowym pod względem azotu wybitniejszych zmian nie doznaje. W przypadkach łagodnych, gdzie płyn w jamie brzusznej albo wcale albo bardzo wolno się napowrót nagromadza, możemy dłuższy czas spostrzegać tę żywszą przemianę azotu; w ciężkich zaś, — gdzie płyn szybko się na nowo gromadzi, mogliśmy zauważyć podobny objaw tylko w pierwszym lub drugim dniu po nakłóciu; w tych bowiem przypadkach substancye białkowe zużywa ustrój przy wytworzeniu na nowo płynu przesączynowego.

Cóż się dzieje z przemianą azotu, jeżeli płyn kroplami po niezupełnej punkcyi wypływa i czy możemy znaleść w przemianie materyi wytłómaczenie dla tego spadku sił i wychudnienia, o którem wyżej wspomniałem? W przypadkach tych mamy zjawisko na pozór paradoksalne; przychodzi bowiem do utraty moczem większej ilości azotu, niż chory pokarmem wprowadził. Mogłoby się zdawać, że chory tracąc już płynem, odpływającym kroplami, dość znaczne ilości azotu, będzie moczem mniej azotu wydzielał; tymczasem sprawa odbywa się przeciwnie. Strata ta podwójna azotu odbić się musi na ogólnym stanie chorego, a obraz przemiany materyi staje się charakterystycznym dla choroby wyniszczającej, t. j. że chory wydziela więcej azotu niż go pobiera.

W tem zjawisku mamy dostateczne wytłómaczenie spostrzeżenia klinicznego, oraz i praktyczną wskazówkę, że podobne wyciekanie kroplami płynu przesączynowego przez czas dłuższy nie jest obojętne dla ustroju i powstrzymać je należy.

II. **Kilka uwag o wartości protargolu w okulistyce**

podał
Dr. Adam Langie
okulista w Krakowie.

Jak tylko Darier ogłosił pierwsze spostrzeżenia nad skutecznością protargolu w chorobach spojówki i następnie w kilku swych pracach najgoręcej środek ten począł zalecać, przedsięwziąłem szereg doświadczeń, których wyniki i wysnute z nich wnioski miałem zamiar w obszerniejszem ogłosić sprawozdaniu. Uprzedził mnie tymczasem kol. Szulisławski, który w nader interesującym artykule[1]) przedstawił historyę protargolu i na podstawie licznych i sumiennie opracowanych spostrzeżeń wypowiedział obszernie swoje o nim zdanie. Wobec cennej pracy kol. Szulisławskiego wrzuciłbym mój rękopis do kosza, gdyby nie ta okoliczność, że moje doświadczenia dały pod pewnymi względami wręcz przeciwne wyniki, a tem samem do odmiennych uprawniają mnie wniosków. Wychodząc więc z zasady „audiatur et altera pars“ i ograniczywszy zamierzoną pierwotnie pracę tylko do podania tych odmiennych wyników, tem śmielej głos zabieram, że nie czuję się zupełnie odosobnionym. Owszem mam za

[1]) *Przegląd lekarski* Nr. 4 i 5 z b. r. »O zastosowaniu protargolu w okulistyce«.

sobą bardzo poważnych uczonych francuskich, którzy identyczne z moimi otrzymawszy wyniki, nie przyznają protargolowi tych wszystkich zalet, jakie upatrują w nim jego zwolennicy. Protargol spotyka się obecnie z losem wszystkich nowych leków, że co chwila odzywają się głosy *pro* i *contra*, aż wreszcie z tej szermierki wyłoni się istotna jego wartość lecznicza i zależnie od tego albo zdobędzie on sobie prawo bytu, albo, jak tyle innych, pójdzie w zapomnienie. Zanim to jednak nastąpi, korzystając, że dyskusya jest jeszcze otwartą, pozwolę sobie wziąść w niej udział. Z góry jednak zaznaczam wyraźnie, że nie mam zamiaru polemizować ani z artykułem kol. Szulisławskiego, ani z innymi zwolennikami nowego środka, tylko, że pragnę zaznaczyć te punkta, co do których, wraz z częścią autorów francuskich, inne mamy zapatrywania.

Protargol stósowałem w zapaleniach spojówki rzeżączkowych u noworodków, w zwykłych zapaleniach spojówki ostrych, podostrych i przewlekłych, w jaglicy i w śluzotoku woreczka łzowego.

Jedynie w tem ostatniem cierpieniu otrzymałem wyniki bardzo dobre i nie waham się twierdzić, zgodnie z Darierem, Szulisławskim i Wicherkiewiczem, że wyleczenie szybciej następuje, niż bez użycia protargolu. Za to w wielu przypadkach jaglicy, w których stósowałem protargol, nie dopatrzyłem wcale korzystnego działania na ziarna jaglicowe. Jedynie w ostrych przypadkach o większej wydzielinie śluzowo-ropnej stanowczo zauważyłem zmniejszenie się jej pod wpływem protargolu. We wszystkich jednak musiałem po pewnym czasie odstawić go i uciec się do jednego z dawniejszych środków, stosownie do tego, który z nich, ze względu na postać, przebieg lub okres był wskazanym. W jaglicy nawet Darier niewiele sobie obiecuje po protargolu, tem bardziej, że w kilku przypadkach wywołał mu silne zaostrzenie sprawy zapalnej. Wobec tego, zgodnie z zapatrywaniem Szulisławskiego, przyznałbym protargolowi w leczeniu jaglicy jedynie rolę leku pomocniczego, lecz ograniczyłbym używanie jego tylko do przypadków o zwiększonej wydzielinie, chociaż i w tych razach, sądzę, że to samo da się uzyskać równie dobrze rozczynem azotanu srebrowego. Co się tyczy nieżytu spojówek, to skuteczność protargolu, zdaniem okulistów francuskich, jest różną, zależnie od rodzaju zapalenia. Autorowie ci rozróżniają mianowicie ostry nieżyt, wywołany laseecznikami Weeksa, i podostry, do którego dają powód diplobakcyle Moraxa. Sam Darier przyznaje zalety swemu lekowi jedynie w tej pierwszej postaci, a to na podstawie licznych przypadków, wyleczonych w przeciągu 2 do 3 dni. Przeciwnie w podostrym nieżycie, wywołanym diplobakcylami Moraxa, następuje, zdaniem jego, z początku zazwyczaj pewne polepszenie, lecz rychło przychodzi do nawrotów, w których już dalsze stósowanie protargolu pozostaje bez skutku; daleko skuteczniejszym okazuje się octan ołowiowy lub ichtyol. Równie dobre wyniki otrzymali w przypadkach nieżytu ostrego Valude, de Spéville, Despagnet i Morax, lubo ten ostatni stawia protargol na równi z azotanem srebrowym. Co do mnie, miałem sposobność przekonać się o skuteczności protargolu zwłaszcza w jednym przypadku ostrego zapalenia spojówki. Przypadek dotyczył kobiety 50-cioletniej, dotkniętej zapaleniem oka lewego. Objawy były tak gwałtowne, że przy obecności wydzieliny ropnej nasuwało się, mimo ujemnych wywiadów, pytanie, czy nie jest to zapalenie rzeżączkowe. Jedynie badanie bakteryologiczne, które nie wykazało gonokoków, a natomiast bakcyle Weeksa, pozwoliło wykluczyć to przypuszczenie. Protargol stósowany dwa razy dziennie w rozczynie 10% podziałał tu nadzwyczaj szybko, wydzielina z dnia na dzień się zmniejszała i w przeciągu tygodnia zapalenie zupełnie ustąpiło. — Że bakcyle Weeksa są w stanie wywołać takie silne zapalenie z wydzieliną ropną, które może się nawet wikłać z wrzodami rogówkowymi, dając obraz zupełnie podobny do zapalenia rzeżączkowego, jest rzeczą znaną; zwrócił na to uwagę Morax, przestrzegając przed pomyłkami rozpoznawczemi.

W innych przypadkach ostrych nieżytów spojówki, chociaż pod działaniem protargolu następowało również wyleczenie, nie mogę jednak powiedzieć, aby szybciej zostało osiągniętem, niż przy użyciu rozczynu azotanu srebrowego. W przewlekłych nieżytach spojówki polecałem chorym 5% rozczyn protargolu, każąc zakraplać go trzy razy dziennie, ale, mimo używania go przez dłuższy nawet czas, nie widziałem pożądanego skutku. O wiele lepszemi okazały się wszelkie inne w użyciu będące *„collyria“*. Przy tej sposobności zwrócić muszę uwagę na jedną okoliczność, a mianowicie, że błędnem jest twierdzenie zwolenników protargolu, jakoby ten nie wywoływał srebrzycy (argyrosis). Jeden z moich pacyentów używał 5% rozczynu bez przerwy przez dwa miesiące, poczem przedstawił mi się z niewyleczonym co prawda nieżytem przewlekłym spojówek, ale za to z początkowem typowem zabarwieniem w załamkach dolnych, zupełnie jak po kamieniu piekielnym. Podobne spostrzeżenie zrobił też Denig [1]), a Wicherkiewicz, wystawiając na działanie światła płatki płócienne, maczane w 2—5% rozczynie protargolu, spostrzegał po kilku godzinach zabarwienie ciemno-brunatne, niedające się zmyć. Z tego wynikałoby, że nawet tej zalety przed azotanem srebrowym protargol nie posiada. Również wszyscy moi chorzy, u których stósowałem protargol, skarżyli się nie na „bardzo nieznaczne pieczenie“, jak chce Darier, ale na wyraźny ból, większy lub mniejszy, stósownie do rozczynu i osobistej wrażliwości. Oczywiście, że ból ten był znacznie mniejszy, niż przy lapisowaniu, ale zawsze większy, niż np. po zakropleniu zwykłego *Collyrium zinci*, a co ważniejsza, że przy zastósowaniu silniejszych rozczynów ponad 10% trwał godzinę, dwie, w niektórych przypadkach nawet pół dnia.

Powyższe spostrzeżenia moje niewiele jeszcze różnią się od spostrzeżeń zwolenników protargolu i nawet sam Darier przyznałby im z pewnymi wyjątkami racyę. W sprawie jednak wartości leczniczej tego leku w *ophthalmoblennorrhoea*, wyniki, jakie otrzymałem, skłaniają mnie do przejścia na stronę Valudea i Despagneta, t. j. najwybitniejszych przeciwników protargolu.

W 9 przypadkach śluzoropotoku noworodków, w których miałem sposobność stosować protargol, nie widziałem najmniejszego skutku, i nie mogąc doczekać się ani zmniejszenia wydzieliny, ani wogóle jakiejkolwiek poprawy, po tygodniu musiałem przejść do azotanu srebrowego. Skutek już po kilku dniach był widocznym i wyleczenie postępowało szybko i prawidłowo. Mógłby mi kto zarzucić, że zbyt prędko porzucałem protargol, nie czekając, czy przecież działanie

[1]) Denig: »Argyrosis of the Conjunctiva the result of Protargol«. *The Med. Times and Register*, 1898.

korzystne nie wystąpi. Zwrócić jednak muszę uwagę, że mając do czynienia z pacyentami w praktyce prywatnej, nie mogłem bezkarnie przewlekać leczenia, a nadto, że jeżeli kamień piekielny zazwyczaj po tygodniu sprowadza już widoczny zwrot ku lepszemu, to tembardziej powinno było to nastąpić przy leczeniu protargolem tej właśnie choroby, o której powiada Darier, że *„parait être l'affection appelée à tirer les plus brillants résultats de la médication protargolique"*. W 2 innych przypadkach stósowałem dla kontroli na jednem oku azotan srebrowy, na drugiem protargol. Tutaj widocznem było, że podczas gdy protargol nie wywierał żadnego wpływu, stan oka drugiego, leczonego kamieniem piekielnym, wyraźnie się polepszał. Było to nawet tak uderzającem, że w jednym z powyższych przypadków rodzice sami zwrócili mi uwagę, dlaczego obu oczów nie leczę „tem lepszem lekarstwem". Jest to chyba dostatecznie przemawiającem na niekorzyść nowego rywala dobrze zasłużonego i wypróbowanego w tysiącach przypadków kamienia piekielnego.

Jeszcze jednak ważniejszym jest następujący przypadek, w którym poraz ostatni dałem się uwieść polecanemu przez Dariera lekowi. Przyniesiono mi dziecko 7-dniowe, u którego od 3 dni w obu oczach było wybitne zapalenie spojówek. Wydzielina obfita, zawierająca dwoinki rzeżączkowe, rogówki czyste zupełnie. Zastósowałem protargol 2 razy dziennie. Piątego dnia pojawił się na rogówce oka lewego naciek ropny, który w następnych dniach zamienił się w dość rozległy wrzód. Protargol natychmiast odrzuciłem, zastępując go 3% rozczynem azotanu srebrowego, obok przemywań antyseptycznych i atropiny. Przy tem leczeniu udało się wrzód ograniczyć i zapalenie w przeciągu kilku tygodni usunąć. Przypadek ten jest bardzo wymownym, tem więcej, jeżeli uwzględnimy zupełnie analogiczny przypadek Valudea, w którym też wśród leczenia protargolem przyszło do wytworzenia się wrzodu na rogówce. Doświadczenie wieloletnie poucza, że w żadnym przypadku śluzoropotoku noworodków nie występuje powikłanie ze strony rogówek, jeżeli tylko wdroży się leczenie azotanem srebrowym, zanim rogówki zostaną zajęte. Jeżeli zatem mam do zanotowania aż 2 przypadki, leczone protargolem, w których przyszło do wytworzenia się wrzodu rogówkowego, jest to dostatecznym powodem, aby protargol w moich oczach zdyskredytować. Dla tego też muszę przyznać najzupełniejszą racyę słowom Despagneta: *„Ce serait pour moi un cas de conscience, qui engagerait fortement ma responsabilité, que de prescrire le protargol, tandis que je ferais perdre à mes malades un temps précieux, pendant lequel le nitrate d'argent eût déja pu assurer la conservation de l'organe atteint"*.

Aby uchronić się od możliwego zarzutu, że odmawiam protargolowi skuteczności w omawianem cierpieniu ócz na podstawie zbyt nielicznych własnych doświadczeń, muszę przypomnieć, że sprawa ta była przedmiotem wyczerpującej dyskusyi na 2 posiedzeniach paryskiego Towarzystwa Okulistycznego[1]) w ciągu lata ubiegłego roku. Zabierali tam głos bardzo poważni i znani okuliści, którzy zdanie swe opierali na ogromnej liczbie przypadków. Prócz Dariera, nikt nie stanął w obronie protargolu, jako leku leczącego rzeżączkowe zapalenie spojówek, a przeciwnie, wiele głosów oświadczyło się przeciw niemu. Nie chcąc nużyć czytelnika streszczaniem wszystkich przeciwnych zapatrywań, pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na zdanie dwóch wybitnych i w świecie naukowym dobrze zasłużonych okulistów: Valuda i Despagneta. Pierwszy z nich robił doświadczenia swe na olbrzymim materyale szpitala paryskiego Quinze-Vingts i przyszedł do przekonania, że protargol stoi o wiele niżej w terapii *ophtalmoblennorrhoea* od azotanu srebrowego, że nawet w rozczynie 50% nie jest w stanie zastąpić tego ostatniego i że zalecanie go w miejsce kamienia piekielnego wprost w skutkach swoich jest wielce niebezpiecznem. Despagnet, po przeprowadzeniu również całego szeregu doświadczeń w ten sposób, że jedno oko było leczone azotanem srebrowym, drugie protargolem, kategorycznie oświadczył się przeciw temu ostatniemu. W ślad za nimi wypowiedzieli swe niepochlebne dla protargolu zdania: Vignes, Kopff, Gorecki, Parent i inni.

Wobec tak rażąco sprzecznych opinij o działaniu protargolu w przypadkach ropnych zapaleń spojówki, nasuwa się mimowoli wątpliwość, czy przypadki, wyleczone protargolem, były rzeczywiście zapaleniem, wywołanem przez dwoinki Neissera. Czy nie były to zapalenia, przedstawiające klinicznie obraz rzeżączkowego, a wywołane wprost przez bakcyle Weeksa, w których protargol, jak wspomniałem, rzeczywiście okazał się skutecznym. Wszak doświadczenie przekonało, że matki noworodków, u których rozwija się zapalenie ropne, nie wszystkie są dotknięte rzeżączką. Jeszcze Arlt zwracał uwagę, że zapalenie ropne noworodków może przebiegać pod postacią ciężką lub łagodną i że ta ostatnia nawet bez leczenia po pewnym czasie może bez śladu ustąpić. Każdy okulista, mający trochę więcej doświadczenia, musiał zauważyć tę różnicę w nasileniu i złośliwości pojedynczych zapaleń ropnych spojówki, które wielu jeszcze, jedynie na podstawie obrazu klinicznego, uważa za jedno cierpienie bez względu, czy wywołały je gonokoki, czy nie.

Co zresztą może być przyczyną tej tak wybitnej różnicy w poglądach na skuteczność protargolu w omawianem cierpieniu, roztrząsać bliżej nie będę; stwierdzam tylko tę różnicę, a to dla tego, aby przestrzedz przed zbyt pochopnem zastępowaniem w praktyce azotanu srebrowego nowym lekiem. Kwestya jest jeszcze nie rozstrzygnięta ostatecznie i lekarz-praktyk najlepiej zrobi, jeżeli pozostanie na razie przy tym dobrze zasłużonym azotanie srebrowym, który tysiące już ócz od ślepoty uchronił. Wprawdzie Darier sądzi, że azotan srebrowy jest, zwłaszcza w ręku początkującego, mieczem obosiecznym *„qui peut faire autant de mal que du bien"*, której to wady protargol nie posiada. Mnie się jednak zdaje, że lekarz, któryby lapisując spojówki wywołał, czy to owrzodzenia na rogówce, czy też *conjunctivitis pseudomembranacea*, jak się tego obawia Darier, nie zasługuje na miano okulisty. Zresztą nie wiem, jak gdzie, ale u nas przynajmniej w Galicyi nawet lekarze nie specyaliści, którzy w ciągu lat szeregu wyszli ze znakomitej szkoły ś. p. prof. Rydla, umieją się z azotanem srebrowym obchodzić i nie zdarzyło się chyba, aby który przez nieostrożne przyżeganie choremu zaszkodził.

Co do mnie zatem, tak na podstawie własnego doświadczenia, jak i przytoczonych wyżej autorów, uważam azotan srebrowy za jedyny dotychczas środek najdzielniej działający w zapaleniu rzeżączkowem spojówek. Zdaje mi się, że wła-

[1]) Societe d'ophtalmologie de Paris. Séance du 7 Juin et du 5 Juillet, 1898.

śnie to jego działanie ściągające i żrące, obok własności antyseptycznych, jest skutecznem w tem cierpieniu. Protargol, który nie działa ściągająco, a który za to wnika nietylko w komórki przybłonkowe, ale i wgłąb samej tkanki, wywierać może tylko bakteryobójczę działanie. Z tego też względu, jako środek pomocniczy, ale tylko obok równoczesnego lapisowania, nie będzie bez znaczenia. Stosując w ostatnich czasach w przypadkach zapaleń rzeżączkowych azotan srebrowy 1—2%, a nawet 3%, zależnie od obrzmienia spojówek i ilości wydzieliny, polecałem prócz tego kilkakrotne zakraplanie w ciągu dnia 5% protargolu i przyznać muszę, że przy takiem skombinowanem leczeniu widziałem jak najlepsze wyniki. Wydaje mi się jasnem, że tu antyseptyczne działanie protargolu, wspierające działanie azotanu srebrowego, przyspieszać może wyleczenie. Nie mogę też zrozumieć tych okulistów, którzy stosują protargol tak długo, dopóki jest wydzielina; a dopiero, gdy zapalenie straci charakter ropny, każą przechodzić do azotanu srebrowego. Od dawna przecież jest znaną rzeczą, że właśnie azotan srebrowy wpływa doskonale na zmniejszenie się wydzieliny. Gdy zaś ta w rzeżączkowych zapaleniach spojówki jest siedzibą gonokoków, jednem z najważniejszych zadań leczniczych jest wpłynąć jak najenergiczniej i jak najszybciej na zmniejszenie się i usunięcie wydzielin.

Wreszcie, już nie z własnego doświadczenia, bo do tego nie miałem sposobności, wspomnieć muszę o zadziwiająco wybornym wyniku, jaki otrzymał Despagnet, stosując 10% rozczyn protargolu w czterech przypadkach wiosennego zapalenia rąbka spojówkowego *(Conj. vernalis)*. Wobec bezsilności całej naszej terapii w tej chorobie, wyniki te zasługują na szczególniejszą uwagę i dalsze pod tym względem doświadczenia.

Na końcu podnoszę raz jeszcze, że jeżeli zdecydowałem się na ogłoszenie powyższych uwag, to nie w celu polemizowania z powagą Dariera i innych zwolenników protargolu, lecz jedynie dlatego, aby zdaniu ich przeciwstawić zdanie równych powag w świecie naukowym i zaznaczyć, że osobiście, na podstawie skromnych moich doświadczeń, do ich zapatrywań się przyłączam.

III. O rwie usznej *(Otalgia nervosa)*.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego w dniu 15 lutego 1899 r.).

(Dokończenie).

Bóle uszne mogą być umiejscowione w różnych odcinkach narządu usznego.

Małżowina uszna: Rwa w tej części ucha należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich. Allier *(Rau, Ohrenkrankh. S. 276)* spostrzegał przypadek, w którym rwa ograniczała się do płatka usznego. Rwa w muszli powstaje często w związku albo z liszajem muszli, albo z zajęciem odpowiednich nerwów gałęzi n. troistego na przedniej, splotu zaś szyjnego na tylnej powierzchni muszli usznej, szczególnie u osób nerwowych. Bólom tym towarzyszy niekiedy nastrzykanie naczyń i obrzmienie zajętych miejsc. Lekkie dotknięcie wzmaga zazwyczaj ból; natomiast silniejszy ucisk działa czasem nawet łagodząco na napady.

Przewód ucha zewnętrzny. Rwa przewodu zewnętrznego zjawia się po większej części w towarzystwie rwy n. troistego, oraz innych nerwów czuciowych, jako ból głowy (cephalalgia) i migrena. U niektórych osobników, szczególnie nerwowych, zadziałanie zimnego powietrza lub chłodnego płynu na powierzchnię przewodu zewn. ucha może sprowadzić bardzo silne bóle neuralgiczne w zakresie n muszlowo-skroniowego (n. auriculotemporalis), dochodzące nieraz do bardzo wysokiego stopnia.

Rwa jamy bębenkowej tak zw. *neuralgia plexi tympanici*, czyli nerwoból bębenkowy, przedstawia cierpienie nerwowe w ściślejszem słowa znaczeniu i stanowi najpospolitszą postać bólów nerwowych narządu usznego. Jak wiadomo, w skład splotu bębenkowego na wzgórku wchodzą nn.: troisty, językowo-połykowy, spółczulny i twarzowy. W tem obfitem unerwieniu jamy bębenkowej tkwi źródło powstawania rwy usznej drogą odruchową. Bóle uszne, pochodzące z próchnicy zęba, mogą się rozprzestrzenić na barki i kończynę górną odpowiedniej strony, jak to spostrzegał Urbantschitsch. W jednym przypadku Thomasa Bella (Wedel. *Pathologie der Zähne. Lipsk, 1870)* pojawiały się bóle w uchu, gardle, barkach i ramieniu, wywołane wskutek ułamania drugiego dolnego zęba trzonowego, które natychmiast znikły po wyjęciu korzenia tego zęba. Obok przyczyn wymienionych spostrzegano rwę jamy bębenkowej, jako następstwo zadziałania silnych podniet dźwiękowych, oraz wskutek cierpienia ucha środkowego przeciwnej strony (Urbantschitsch). Nottingham *(Schmidta Jahrbuch, T. 116)* spostrzegał taką rwę uszną, której zawsze towarzyszyła rwa w podeszwie tej samej strony.

Nerwobóle w okolicy wyrostka sutkowego bez wykazalnej zmiany chorobowej stanowią zjawisko dość rzadkie. W jednym przypadku Urbantschitscha rwa taka wystąpiła po zadziałaniu nadmiernie silnego zimna i ustąpiła, przetrwawszy kilka miesięcy, po jednorazowem zastósowaniu prądu przerywanego. W przebiegu przewlekłych cierpień ucha środkowego przychodzi często do stwardnienia *(sclerosis et eburneatio)* kostnych ścian wskutek czego wystąpić może uwięźnienie wybujałej w komórkach sutkowych błony śluzowej, co może pociągnąć za sobą silne przepuszczające bóle neuralgiczne w tej kości; lecz w takim razie bólów tych nie można uważać, jako powstałych na tle czysto nerwowem.

Wreszcie zaznaczyć należy, że rwa uszna także może występować równocześnie na różnych miejscach narządu słuchowego.

Leczenie rwy usznej ma przedewszystkiem za zadanie zadość uczynić wskazaniu przyczynowemu. Należy się przeto starać o to, by po dokładnem rozpoznaniu przyczyny usunąć ją, a zatem wyjąć ząb spróchniały, usunąć przerosłe muszle nosowe, wyciąć migdałki, zwalczyć zapalenia gardła zapomocą stósownego leczenia miejscowego i t. p.; wreszcie usiłować poprawić nieprawidłowy stan ogólny zdrowia, oraz zwalczać choroby ustrojowe przetworami arsenu, żelaza, wzmacniającą dyetą, odpowiedniem uregulowaniem trybu życia, zmianą klimatu i t. p. Podejrzywając kiłę, zastósować należy przetwory jodowe; w ogólnej nerwowości — przetwory bromowe, elektryzowanie, zabiegi wodolecznicze, leczenie uzdro-

wiskowe, klimatyczne, kąpiele morskie, a względnie także hipnoza i poddawanie. W typowym przepuszczającym przebiegu rwy usznej chinina sama, lub w połączeniu z jodkiem potasowym, znakomite oddaje usługi.

W tych przypadkach, w których przyczyny żadnej wykazać nie można, albo w których przyczyna jest wprawdzie znana, lecz usunąć się nie daje (choroby mózgu, rak języka i t. p.), leczenie objawowe i miejscowe występuje na pierwszy plan. Zaleca się wtedy używanie środków zwykle stósowanych na cierpienia nerwowe *(Antinervina)* jak: antypiryna, fenacetyna, salicylan sodowy, prąd elektryczny stały, lub przerywany.

Gruber poleca jodek potasowy także w przypadkach czysto nerwowych; niekiedy osięgał dobry wynik. Olejek terpentynowy (15—20 kropli w kapsułkach, albo $^1/_2$—1 łyżeczki od kawy Weber-Liel). Theobald *(Centralblatt für d. med. Wissensch. 1879)* zaleca zażywać atropinę po 5 kropli 1% rozczynu kilka razy dziennie. W niektórych przypadkach zauważono dobry wpływ leczniczy nalewki wilczej jagody, podanej po 8—10 kropli dziennie. Urbantschitsch widział bardzo dobre skutki po używaniu wdychiwania azotynu amylowego w przypadkach rwy usznej przepuszczającej *(Wien. med. Wochenschrift 1877)*; inni dają pierwszeństwo tlenkowi cynkowemu, w postaci pigułek Meglina *(Oxyd. Zinc., Rad. Valerian aa 10·0, Extr. hyosc. ami nigr. 1·0; uf. pil. N. centum)*, powiększając stopniowo dawkę od 1 do 30 pigułek, a następnie znowu schodząc na dół.

Miejcowo używa się w rwie, szczególniej ucha zewnętrznego i wyrostka sutkowego, środków kojących, jako to: maść narkotyczna, weratryna, pryszczydła i mięsienie. Ostatnie oddaje bardzo dobre usługi, szczególnie w histerycznych obrzękach guzkowatych gałęzi nerwów wyżej wymienionych. Skutecznem jest często pędzlowanie nalewką jodową z nalewką galasówek w równej ilości, wreszcie zastosowanie ciepła: zwitek waty, zamoczony w oliwie i ogrzany, a następnie włożony do ucha, może sprowadzić znaczne ukojenie bólów. Jako wiele obiecującego leku, kojącego rwę, należałoby częściej używać nacierania następującym środkiem: *Mentholi, Guajacoli aa 1.0, Spirit. vini 18.0.*

W bębenkowej rwie usznej *(Otalgia tympanica)*, osiągnięto świetne wyniki lecznicze przez zastósowanie mięsienia młotka zapomocą zgłębnika uciskowego *(Drucksonde)* Lucaego. Max na poliklinice Urbantschitscha *(Wien. mediz. Wochenschrift, 1892)* widział poprawę już po pierwszem zastósowaniu tego mięsienia; w świeżych przypadkach kilkorazowe mięsienie wystarcza do zupełnego usunięcia choroby. W przypadkach przewlekłych leczenie przeciągało się wśród postępującej poprawy do 4 tygodni. Nawet rozpromieniające się bóle, oraz bóle głowy i nadmierna wrażliwość na nizkie i wysokie tony strojnikowe, względnie na głośną mowę, zwykły ustępować po kilkorazowem zastósowaniu zgłębnika sprężystego. Zabieg ten, wykonany podczas bólów, sprowadzał natychmiastowe doraźne przerwanie napadu, a nawrót po jakimś czasie, nigdy nie doszedł dawnego nasilenia. Hartmanowi udało się w jednym przypadku *(Die Krankheiten des Ohres u. deren Behandlung. Berlin, 1897)* wyleczyć zupełnie dłuższy czas trwającą silną rwę bębenka bez jakichbądź objawów zapalnych przez kilkorazowe cewnikowanie (kateteryzowanie). Kateteryzowanie można w takich przypadkach połączyć z wstrzykiwaniem rozczynu kokainy do ucha środkowego. Przypadek spostrzegany przez Kramera *(Graefe u. Walthers Journal, 1829)* poucza, że nawet silna rwa uszna może ustąpić pod wpływem mocnego bodźca dźwiękowego.

Rwa uszna bywa niekiedy nadzwyczaj uporczywa; opiera się nieraz wszelkiemu leczeniu i wymaga dużo cierpliwości i wytrwałości, tak ze strony chorego, jako też i lekarza, aż w końcu uda się wynaleźć środek, zapomocą którego można osiągnąć poprawę lub wyleczenie. Jeżeli w podobnych przypadkach bóle są bardzo silne, w takim razie jesteśmy czasem zmuszeni uciec się do używania morfiny wewnętrznie lub podskórnie, aby choremu dostarczyć chwilowej przynajmniej ulgi, jako *ultimum refugium.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. W. Kirchner. **Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende.** Wydanie 6. Wiedeń. Brunświk, 1899.

Ledwie dwa lata minęło od czasu, w którym mieliśmy sposobność zwrócić uwagę czytelników *Przeglądu lekarskiego* na to dzieło i ocenić piąte jego wydanie, a już okazała się potrzeba świeżego wydania, mimo, że na brak podręczników w tej dziedzinie narzekać wcale nie można. Główne zalety tego dzieła polegają na tem, że autor, jako doświadczony nauczyciel, potrafił utrzymać się w środku między zbytnią rozciągłością, a przesadną i niezrozumiałą ścisłością, a poprzestał na jasnem, do potrzeb lekarzy praktycznych i uczących się przystósowanem przedstawieniu obfitej treści. Zresztą nowe wydanie, obok zewnętrznej wytworności i niskiej ceny, ma te same zalety, które tak korzystnie wyróżniały poprzednie, a przytem zawiera kilka uzupełnień, tyczących się najnowszych zdobyczy nauki. Brakuje jednak wszelkiej wzmianki o nowym sposobie leczenia stałego przedziurawienia błony bębenkowej zapomocą kwasu trójchloroctowego, metodzie, która przecież wyszła już z okresu prób i doświadczeń, a którą można już uważać za stałe i cenne wzbogacenie otyatrycznej skarbnicy leczniczej, a zatem zasługiwałaby na stósowne uwzględnienie w podręczniku tego rodzaju. Dalej życzyćby wypadało ściślejszego uwydatnienia wskazań do operacyi na wyrostku sutkowym przy ropnych zapaleniach ucha środkowego.

Mimo tych, zresztą nieznacznych i w następnem wydaniu łatwo uzupełnić się dających luk, nie wątpimy, że nowe wydanie zjedna temu dziełu nowych zwolenników i na długo jeszcze zajmować będzie zaszczytne stanowisko wśród podobnych dzieł otyatrycznych. *Spira.*

V. Wyciągi.

Prof. Moussous: **O przenoszeniu się odgłosu wypukowego na przeciwległą ścianę klatki piersiowej, jako objawie wypociny opłucnowej u dzieci.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, styczeń, 1899). Rozpoznanie wysięku opłucnowego u dzieci jest trudniejsze, niżeli u osób dorosłych i tem trudniejsze, czem dziecko jest młodsze. Nawet objawy klasyczne zawodzą u dzieci: zdarza się np., że rozedma zastępcza płuca zdrowego tak wysadza międzyżebrza, że wypuklają się one więcej po stronie zdrowej klatki piersiowej, niż zajętej wypociną. Spostrzegano również, że sprawa zapadania klatki piersiowej po zapaleniu opłucnej u dzieci odbywa się z nieprawidłową szybkością i doprowadza do mniemania, że wypocina już wessała się, a co w istocie jeszcze nie nastąpiło; niemniej wprowadzić może w błąd wypłaszczenie się klatki piersiowej, będące następstwem zboczeń kręgosłupa, lub poprzednio przebytego zapalenia opłucnej. Odgłos

wypukowy, dający tak cenne wskazówki rozpoznawcze u dorosłych w wypocinie opłucnowej, zawodzi czasem u dzieci; wpływają na to cienkie i podatne ściany klatki piersiowej, zwłaszcza przy nadmiernej rozedmie zdrowego płuca, bębnicy w przewodzie pokarmowym itd.; a jeśli w tych warunkach badający jednocześnie słyszy rzężenia w oskrzelach, rozpoznanie wypociny opłucnowej staje się nader trudne. W szczególności zaś bardzo łatwo pomięszać ropną wypocinę opłucnową z przewlekłem zapaleniem płuc zrazikowem, lub z gruźlicą płucną. Te okoliczności zniewalają lekarza do poznania i stósowania wszystkich innych sposobów, mogących wyjaśnić zawiły obraz chorobowy; do sposobów tych zalicza Moussous rozpoznawanie wypociny opłucnowej zapomocą przysłuchu, połączonego z jednoczesnem opukiwaniem przeciwległej strony klatki piersiowej i wyprowadzanie wniosków rozpoznawczych względnie do siły i dźwięczności odgłosu opukowego, udzielającego się uchu przez całą grubość klatki piersiowej.

Trousseau pierwszy zwrócił uwagę na rozpoznawczą wartość połączenia opukiwania z osłuchiwaniem klatki piersiowej w odmie piersiowej. Jednak badania tego klinicysty ograniczyły się tylko do ciał gazowych w jamie opłucnowej. Metodę powyższą badania zastósował prof. Pitres, a następnie jego uczeń, Dr Sieur, do ciał płynnych i stałych w worku opłucnowym. Badania te doprowadziły do następujących twierdzeń:

Jeśli między punktem opukiwanym z jednej strony, a osłuchiwanym z drugiej — znajduje się pokład o utkaniu gąbczastem, siatkowatem, odgłos wypukowy będzie stłumiony. Jeżeli zaś pokład ten stanowić będzie ciało jednolite, płynne lub zbite, odgłos będzie czysty, dźwięczny, a nawet metaliczny. Jeśli wreszcie pokład między punktami wysłuchowym i wypukowym składać się będzie z warstw różnorodnych, siatkowatych i zbitych, t. j. przenoszących źle i dobrze drgania głosowe, to przewagę stale mieć będzie zły przewodnik i badający usłyszy odgłos przytłumiony.

Rodzaj dźwięku wstępnego, wywołującego drgania, wpływa wybitnie na wynik badania: odgłos o dźwięku głuchym nie posiada siły przenoszenia drgań; tylko odgłos o dźwięku czystym, metalicznym przenosi się przez całą grubość klatki piersiowej i dlatego Trousseau używał w tym celu monety, po której opukiwał drugą monetą *(signe du sou)*. Badanie przenoszenia się odgłosu wypukowego na przeciwległą ścianę klatki piersiowej daje w zastósowaniu klinicznem następujące wyniki: 1) jeśli płuco jest zdrowe, odgłos ten jest głuchy, bez wszelkiej cechy dźwięku metalicznego; 2) jeśli w worku opłucnowym znajduje się wypocina, czy to surowicza, ropna, czy krwawa — lecz bez zrostów, odgłos metaliczny występuje w całej czystości; 3) z wyjątkiem zapalenia płuc o wielkiej zbitości (spléno-pneumonie), wszystkie inne cierpienia płuc, mianowicie nacieki zapalne, gruźlicze, nowotworowe, oraz zawały wybroczynowe, opłucnowe wypociny otorbione — nie dają odgłosu dźwięcznego, metalicznego.

Przytoczone wyniki kliniczne dowodzą, że badanie przenoszenia odgłosu wypukowego na przeciwległą ścianę klatki piersiowej daje cenne wskazówki rozpoznawcze u osób dorosłych. A co się tyczy wypociny opłucnowej, to nietylko umożebnia rozpoznanie obecności wypociny, lecz i wysokość do której płyn sięga i obszar zajęty, w razie jego otorbienia.

Co się tyczy wieku dziecięcego, to Moussous badał w swoim zakładzie wszystkie dzieci, które cierpiały w ciągu dwóch lat na choroby płuc i opłucnej. Zliczając chorych szpitalnych i przychodnich, liczba badanych wynosi kilka tysięcy.

U dzieci zdrowych przenoszenie dźwięku wypukowego, tak jak i u osób dorosłych, bywa tamowane przez płuco zdrowe, a odgłos staje się przytłumiony, głuchy.

W obu rodzajach zapalenia płuc u dzieci odgłos wypukowy jest jeszcze w wyższym stopniu przytłumiony, niżeli przy przejściu przez płuco zdrowe, a czasem staje się niedosłyszalnym. Tensam wynik daje badanie dzieci, chorych na gruźlicze nacieki płucne

U dzieci, chorych na wypocinę opłucnową, odgłos wypukowy, jak i u osób dorosłych, jest dźwięczny, metaliczny, lecz stanowczo w mniejszym stopniu, niżeli u dorosłych: Moussous sądzi, że ta mniejsza dźwięczność u dzieci zależy od rozmaitych przyczyn: czasem wpływają na to zrosty, pozostałe po dawniej przebytem zapaleniu opłucnej; najczęstszą przyczyną według autora jest wysadzenie przepony przez wzdęcie brzucha, które tak często wydarza się u dzieci, a w takim razie ułożenie się wypociny w jednolitą warstwę, zwłaszcza w dolnych odcinkach worka opłucnowego, jest niemożebne.

Pomimo tej słabszej dźwięczności odgłosu wypukowego u dzieci, badanie przenoszenia się tego odgłosu przez klatkę piersiową stanowi dzielny środek rozpoznawczy, a nieraz w okolicznościach wątpliwych, jest rozstrzygającym.

Dr A. Kw.

P. Bar. **Czy dowiedziono bakteryjnego pochodzenia drgawek (eklampsyi)?** *(L'Obstétrique,* listopad, 1898). W roku 1883, na Zjeździe naukowym w Blois, zwrócił Delore uwagę na podobieństwo, jakie zachodzi pod wielu względami między drgawkami (eklampsyą) a ostremi chorobami zakaźnemi, wywoływanemi przez swoiste prątki. Oparł on wtedy ogłoszone wyniki na następujących spostrzeżeniach: 1) Objawy zaburzenia we krwi cechujące okres przedwstępny drgawek. 2) Zmiany w nerkach i białkomocz, napotykane również w chorobach zakaźnych. 3) Bardzo wysoka ciepłota. 4) Występowanie czasem nagminne drgawek, co także stwierdzają Betschler i Bouteilloux. 5) Drgawki nierzadko występują i w przebiegu osutek ostrych, jak odra, płonica i in. 6) Wreszcie duża śmiertelność. Ta wspólność objawów zachęciła wielu badaczy do szukania przyczyny drgawek również w zakażeniu drobnoustrojami i autor w swej monografii podaje szereg doświadczeń, jużto przez siebie, już też przez innych dokonanych, których celem było wyświetlenie źródła powstawania napadów drgawkowych. Przeprowadzono zatem badania łożyska, moczu, krwi, narządów wewn. kobiet, dotkniętych drgawkami, a wreszcie narządów noworodków, urodzonych z matek, które uległy drgawkom. Autor streszcza wszystkie te prace w następujących wnioskach:

1) Mocz kobiet, dotkniętych drgawkami porodowemi, zawiera często laseczniki, które atoli znachodzą się i w moczu zdrowych kobiet ciężarnych. Wstrzykiwanie zwierzętom wielkich ilości takiego moczu nie sprowadza najmniejszego zaburzenia w ustroju. 2) W niektórych przypadkach znaleziono we krwi chorych, dotkniętych drgawkami, gronkowce i pneumokoki, co jednakże, wobec braku ścisłości przy badaniu, niczego jeszcze nie dowodzi. Tosamo tyczy się i badań wątroby, nerek i łożyska. 3) Nigdy nie otrzymano swoistego prątka wywołującego drgawki, obecność zaś bakteryj, jak *staphylococcus, pneumococcus, bacillus coli* i *proteus vulgar.* musimy teraz jeszcze uważać za przypadkową. Możliwem jest, że bakterye te wywołują pewne zmiany wątroby i nerek, które w dalszym ciągu (zapomocą toksyn?) powodują napady drgawkowe. Lecz, jak autor sam się zastrzega, „ce n'est là qu'une hypothèse“. Badania płodów są zbyt świeże i nieliczne, by można z tego jakieś konkretne wysnuć wnioski.

Dr Ludwik Berger.

Dr. Belkowsky (Ohio). **Szczególny przypadek niezdolności płciowej z braku popędu płciowego.** *(Allg. Ztschr. f. Psych.* T. V. 1899) 30-letni izraelita zgłosił się do autora o poradę z powodu niezdolności płciowej. Badany opowiada, że ma czworo rodzeństwa zdrowych; o żadnych chorobach umysłowych lub nerwowych w jego rodzinie nic mu niewiadomo. Jako dziecko nie przechodził żadnych ciężkich chorób, dobrze się uczył, samogwałtowi się nie oddawał, aż do ożenienia się nie obcował płciowo, gdyż nie czuł do tego żadnego pociągu. Zmazania nocne pojawiły się dopiero po ożenieniu, przyczem wzwód prącia był bardzo słaby, a wytrysk nasienia skąpy. Badanie przedmiotowe wykazało dobrą

budowę ciała, silnie rozwinięte mięśnie, powłoki skórne blade i delikatne, dalej dolichocephalia i wybitną asymetryę twarzy. Drżenia języka lub warg, zmian w mowie lub unerwieniu nie znaleziono. Odruchy prawidłowe, brak zmian w czuciu, brak napadów padaczkowych lub udarowych. Części płciowe prawidłowo rozwinięte, zwłaszcza prącie. Badany ożenił się przed czterema laty, żona jednak dotychczas jest *virgo intacta*. Nie czuje on pociągu do kobiet, a nawet kobieta naga nie robi na nim wrażenia. Z powodu zupełnego braku popędu płciowego obok nieistniejącego wzwodu prącia rozpoznał autor niezdolność płciową wrodzoną, wykluczywszy wszystkie inne przyczyny, któreby mogły ową niezdolność płciową w czasie życia płciowego wywołać. Chory nie czuł również pociągu do mężczyzn, temsamem nie można było myśleć o przewrotności płciowej. *Dr Horoszkiewicz.*

Piorkowski: **Prosty sposób pewnego rozpoznania duru.** *(Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 7, 1899). W ubiegłym roku przedstawił autor w towarzystwie lekarskiem w Berlinie sposób rozróżnienia prątka okrężnicowego *(bacterium coli commune)* od durowego zapomocą pożywek, zmięszanych z moczem. Prątek durowy rośnie na takiej pożywce na wszystkie strony wypuszczając długie, cienkie odnogi, natomiast prątek okrężnicowy zachowuje postać okrągławych, ostro ograniczonych grudek. Wadą sposobu było, że należało czekać aż dwie doby, aby się ujawnił rozrost prątków durowych. Autor pracował więc nad ulepszeniem sposobu chcąc skrócić czas, konieczny do wzrostu prątków. Mianowicie rozcieńczał pożywkę żelatynowo-moczową, ujmując żelatyny, a opierając się przytem na spostrzeżeniu Hausera, że *proteus* na pożywkach, zawierających mniej żelatyny, tworzy szybciej podobne wypustkowate odnogi. Najodpowiedniejszą okazała się pożywka, zawierająca 3·3% żelatyny, sporządzona w sposób następujący: Mocz dwudniowy, prawidłowy, mający ciężar właściwy 1,020, który tymczasem stał się już zasadowym, należy zmięszać z 0·5% peptonu, a 3·3% żelatyny; gotować przez godzinę w kąpieli wodnej i zaraz przesączyć (bez ogrzewania); napełniwszy tą pożywką próbówki i zamknawszy w zwykły sposób watą, wyjałowić w parniku w 100° C. przez 15 minut; wyjałowienie należy powtórzyć dnia następnego przez 10 minut. Na tej pożywce wyrastają po mniej więcej 20 godzinach osady *bact. coli comm.* w ciepłocie stałej 22° C. w postaci żółtawych, okrągłych, ziarenkowatych wysepek, ostro odgraniczonych. Tymczasem prątek durowy przybiera kształt włókien, rozchodzących się promienisto, bezbarwnych, często poskręcanych wężykowato. Trzeba uważać, aby pożywka była stale w ciepłocie 22° C., bo inaczej prątek nie rozwija się dobrze. W stolcach prawidłowych nie znalazł autor nigdy żadnych prątków, któreby na nowej pożywce rosły tak, jak durowe. Stolce sztucznie zakażone prątkami durowemi, oraz stolce chorych na dur, dały w pożywce moczowej wyniki te same, co i czysta hodowla prątków durowych. Przy tych próbach szczepił autor do pierwszej próbówki z pożywką moczową dwa oczka stolca, a z tego 4 oczka do drugiej, 6—8 oczek do trzeciej próbówki. Już po 20 godzinach, obok zwyczajnych, w każdym stolcu zdarzających się *bact. coli comm.*, widać było osady durowe, rozrastające się na boki mnóstwem wypustek. Po 36 godzinach były już prątki durowe odosobnione na drugiej i trzeciej płytce. Dotąd próbował autor sposobu w czterech przypadkach duru, bo właśnie więcej przypadków nie miał. W każdym z nich w 20 godzinach można było rozpoznać dur. W jednym przypadku w początku drugiego tygodnia, kiedy próba Widala jeszcze się nie powiodła, szczepienie ze stolca rozstrzygnęło, że to był dur. W innym znowu przypadku jeszcze w 3 dni po ustąpieniu gorączki udała się ta próba na pożywce moczowej. Autor zachęca do dalszych prób ze swoją pożywką.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

C. Beck: **Zapalenie wyrostka robaczkowego.** *(Appendicitis). (Samml. klin. Vortr. Volkmanna*, Nr. 221). Za pierwotną przyczynę, wywołującą wybuch tego cierpienia, uważać należy zaburzenia w krążeniu, sprowadzające obrzęk zastawki Gerlacha i zmiany w błonie śluzowej. W tych warunkach drobnoustroje (głównie *bact. coli* obok innych, zwłaszcza paciorkowca) nabierają własności chorobotwórczych i stają się przyczyną tej choroby, uważanej przez wielu za zakaźną, zbliżoną pod pewnym względem n. p. do zapalenia migdałków. Nie ulegające strawieniu ciała obce, które dostawszy się do wyrostka robaczkowego miałyby wywoływać jego zapalenie, zdają się odgrywać podrzędną rolę, gdyż autor na 207 operacyi znalazł zaledwie raz ziarno z winnego grona, raz ziarnko kminku, a 42 razy twarde grudki kałowe. Anatomicznie rozróżnia B.: *appendicitis simplex*, *obliterans*, *perforativa*, *suppurativa*, *gangraenosa*, *periappendicitis*, *pyappendix* czyli *empyema processus vermiformis*.

Rozpoznanie sprawy zapalnej, toczącej się w samym wyrostku robaczkowym, nie zbyt trudne, i opiera się na znanych objawach. Autor szczególniejszy nacisk kładzie na wypuk przytłumiono-bębenkowy nad odpowiednią okolicą. Natomiast rozpoznanie postaci anatomicznej, które głównie wpływać powinno na nasze postępowanie lecznicze, natrafia na nieprzezwyciężone trudności. Autor powiada otwarcie *„ignoramus!"* Klinicznie wyróżnia się postać przewlekła, w której amerykańscy lekarze rozróżniają *„ap. recurring"* i *„ap. relapsing"*. W obu odmianach po napadzie wyczuwa się zgrubiały wyrostek, lecz w pierwszej objawów podmiotowych nie ma, w drugiej zaś przeróżne dolegliwości nieustannie chorym dokuczają. W rozpoznaniu mylono się często co do istoty samego cierpienia. Objawy bowiem zapalenia wyrostka robaczkowego podobne są do owych, jakie spotykamy w chorobach woreczka żółciowego, zapaleniu ropnem jajowodu, niedrożności jelit, kamicy nerkowej i wątrobowej, zapaleniu moczowodów, w durze; podobne dolegliwości sprawia także ciąża zamaciczna i t. p. Autor uważa zapalenie wyrostka rob. za chorobę ściśle chirurgiczną, a zatem zaleca, jako jedyny środek leczniczy, wycięcie wyrostka robaczkowego i to jak najwcześniej, o ile możności w pierwszych 24 godzinach, bo wtedy tylko jesteśmy panami położenia. B. sądzi, że przy takiem postępowaniu śmiertelność z zapalenia wyrostka, która przy leczeniu wewnętrznem dochodzi do 30%, obniżyćby się dała do 1%. Rozprawkę kończy autor dokładnym opisem techniki operacyjnej.

Herman.

Tchernow: **Zapalenie mieszkowe jelit** *(Enteritis follicularis)* **w wieku dziecięcym.** *(St. Petersburg. Wochft.*, Nr. 4, 1899). W niniejszej pracy stara się T. na podstawie własnego doświadczenia i literatury udowodnić istnienie zapalenia jelit mieszkowego *(enteritis follicularis)*, jako odrębnej postaci klinicznej. Przytacza więc 2 przypadki jego zdaniem niewątpliwego zapalenia mieszkowego, powołując się przytem na załączony obraz drobnowidowy (uzyskany z jelita dziecka zmarłego — dzień po wyjęciu gałki ocznej), w którym przy prawidłowej zresztą błonie śluzowej chorobowo zmienione są gruczoły odosobnione, kępy Peyera i gruczoły Lieberkühna. T. uważa zapalenie mieszkowe jelit za chorobę zakaźną, wywołaną przez prątek okrężnicowy *(bacterium coli commune)*. Obraz chorobowy i przebieg kliniczny może być bardzo różnym, począwszy od obrazu, jaki spotykamy w zwykłej prostej niestrawności, aż do ciężkiej czerwonki z durzycowymi objawami. Objawy ogólne i nerwowe świadczą o zakaźności tego cierpienia. Zapalenie mieszkowe odróżnia się od czerwonki i od *colitis* brakiem bólów w zatoce biodrowej lewej, brakiem wzmożonego oporu ponad kiszką zstępującą, wreszcie stolcami, które w zapaleniu mieszkowem zmieszane są z kałem, w czerwonce czysto śluzowe lub krwawe.

Choroba zwykle kończy się pomyślnie, — jednak odznacza się długiem trwaniem; między lekami na pierwszem miejscu wymienić należy środki przeciwgnilne i ściągające.

R.

C. Gerhardt: **Ręka chorego.** (*Samml. Klin. Vortr. Volkmanna* Nr. 231). Ręka nietylko wskazuje na pochodzenie i zatrudnienie, nietylko na charakter i usposobienie, ale

nierzadko już z samego wejrzenia i zachowania się ręki możemy wnosić o pewnych chorobach. Nadmiernie duża jest objawem akromegalii, w późniejszych znów okresach choroby skórnej zwanej *sclerema* staje się skutkiem zanikania skóry niezwyczajnie małą. Upośledzenie wzrostu jednej ręki spotykamy przy wrodzonym częściowym braku mózgu, w mózgowem i rdzeniowem porażeniu dziecięcem, w przypadkach uszkodzenia nerwów obwodowych w czasie porodu, czasami w *myositis ossificans*. Pewne wpływy niekorzystne, działające na ustrój już rozwinięty, wywołują znamienne porażenia i zaniki mięśni, że wymienimy tu: zatrucia arsenem i ołowiem, postępujący zanik mięśniowy Duchenna, *sclerosis lateralis amyotrophica*; potem porażenia nerwów, czy to skutkiem ucisku na nie, czy też ich przecięcia, przerwania etc.

A jak wiele mówi drżenie ręki! Dziwimy się, gdy starcowi ręka nie drży, a litujemy się, gdy drży młodemu, bo wtedy źródła szukać trzeba albo w zatruciu ołowiem, rtęcią, alkoholem, lub w pewnych chorobach, jakoto: rozsianem stwardnieniu rdzenia, chorobie Basedowa, drżączce poraźnej. Znamienne znów ruchy widzimy w atetozie, pląsawicy i t. p. W ręce występuje też znana nerwica zawodowa t. z. skurcz pisarski. I w majaczeniach gorączkowych nie mały udział bierze ręka, jak to widzimy u gorączkujących w chorobach mózgu, w durze i t. p., którzy nieustannie wykonują pewne monotonne ruchy palcami. Nierzadkie są też zmiany odżywcze w powłokach ręki, jakie widujemy np. w syringomyelii, w trądzie z nieczułością, potem w zagadkowej zgorzeli symetrycznej. Dla histeryi cechujące są zmiany w czuciu na jednej ręce. Od zmian w nerwach naczyniowych zależą różne akroparestezye na ręce jak: *leukomelalgia i erytromelalgia*. U ludzi charłaczych żyły na grzbiecie ręki zaledwie są dostrzegalne; przeciwnie zaś u ludzi krwistych, z wadami serca lub rozedmą płuc te same żyły zarysowują się wyraźnie, jako grube postronki. Znanem jest również znamienne stwardnienie tętnicy sprychowej w miażdżycy tętnic, a znaczne napięcie jej ścian u cierpiących na przewlekłe zmiany nerek. Od dawna spostrzeganym objawem jest pałeczkowate zgrubienie końcowych członków palcowych; spotykamy je przy rozszerzeniach oskrzelowych, w gruźlicy płuc, w pewnych wrodzonych wadach serca, a wyjątkowo przy nowotworach śródpiersia. Anatomicznie zgrubienia te zależą przeważnie od zmian w częściach miękkich i powstają prawdopodobnie skutkiem zaburzeń w krążeniu. O pewnych chorobach przebytych lub toczących się świadczą także paznokcie, które w ciężkich cierpieniach okazują poprzeczne prążkowanie. Prócz tego pewne choroby skórne jak: pęcherzyca, łuszczyca, wyprysk nie pomijają i paznokci. Skóra ręki wystawiona na bardzo liczne wpływy podlega często i różnym cierpieniom miejscowym, a choroby ogólne, skutkiem tych niekorzystnych warunków tu się silnie zaznaczaja.

Wymieniamy: zapalenie stawów zniekształcające, dna, pellagra, czasami przymiot i t. d.

I tak owa „owa niema mowa ręki, mówi lekarzowi, który ją pojmuje, bardzo wiele, co oszczędza niepotrzebnych pytań, lub też skierowuje wywiady w pewnym kierunku i je usprawiedliwia“. *Herman.*

Prof. Krönlein: **O kraniometrze.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1899 Nr. 1). Celem szybkiego rozpatrzenia się w topografii czaszki, podaje K. bardzo prosty przyrząd, kraniometr. Składa się on z metalowej wstążki poziomej dolnej i stale do niej przymocowanej wstążki prostopadłej środkowej. Do tych dwóch blaszek stałych przymocowane są ruchomo przednia i tylna blaszka prostopadła, blaszka pozioma górna i blaszka ukośna z kątomierzem. Do blaszki poziomej dolnej, a mianowicie do jej wewnętrznej powierzchni przymocowany jest stale czopek, który przy zastósowaniu przyrządu wkłada się w przewód słuchowy zewnętrzny; blaszkę poziomą dolną układa się w *linea horizontalis auriculo-orbitalis*, skutkiem czego stała blaszka prostopadła środkowa sama przez się leży w *linea verticalis articularis*. Przesuwamy następnie blaszkę prostopadłą przodkową ponad środek łuku jarzmowego i naznaczamy w ten sposób *linea verticalis zygomatica*, a blaszkę prostopadłą tylną przesuwamy poza wyrostek sutkowy i mamy zaznaczoną *linea verticalis retromastoidea*. Z porządku przesuwamy górną blaszkę poziomą na wysokość brzegu nadoczodołowego *linea horizontalis supra-orbitalis*. Blaszkę skośną ustawiamy w miejscu skrzyżowania się górnej poziomej i przedniej prostopadłej i skierowujemy ją ku punktowi, jaki powstaje ze skrzyżowania się blaszki prostopadłej tylnej ze szczytem czaszki. Blaszka ta między środkową i tylną prostopadłą odpowiada t. z. *linea Rolandi*, a linia połowiąca kąt, jaki obecnie tworzy blaszka ukośna z górną poziomą, odpowiada *linea Sylvii*. Nadto miejsca przecięcia się linii prostopadłej przodkowej i tylnej z górną poziomą odpowiadają miejscom, w których należy trepanować, gdy chcemy usunąć krwiaki z tętnicy oponowej średniej, a czworobok zamknięty przez środkową i tylną prostopadłą i przez obie poziome, odpowiada miejscu, z którego Bergmann odsłania płat skroniowy. *Hermann.*

L. Knöspel: **Przyczynki do leczenia płonicy.** *(Prag. Med. Woch.* nr. 5, 6. 1899). Na podstawie materyału, zebranego w klinice dziecięcej w Pradze, stał się autor zwolennikiem stósowania zabiegów wodoleczniczych w płonicy, a mianowicie stosuje on zmywania, natryski i zawijania — zimne, kąpiele różnej ciepłoty, wyjątkowo zlewania zimne głowy. Zwykle używano najpierw zabiegów łagodnych, później przechodzono do energicznych. Stósowano więc zawijania w zimne prześcieradła (nawet 10 razy w ciągu doby) i często zauważano spadek ciepłoty, uspokojenie i sen.

Gdy ten zabieg nie przyniósł poprawy, dawano kąpiele na 28°—26° R, które potem przez dolewanie zimnej wody obniżano aż do 22° R., lecz nie niżej. W przypadkach powikłania płonicy z nieżytem oskrzeli lub z ogniskowem zapaleniem płuc, zlewano w ciepłej kąpieli klatkę piersiową letnią wodą (22° R.), a to w tym celu, aby pobudzić chorego do głębszych wdechów. Z 30 przypadków, w których zastosowano zabiegi wodolecznicze, zmarło 12 (40%), mimo to jednak K. oświadcza się za tym sposobem leczenia, gdyż zauważył bezpośrednio po zabiegach znaczną poprawę ogólnego stanu, oprzytomnienie, poprawę tętna itd., a wysoki odsetek śmiertelności odnosi do ciężkości choroby, — byle tylko w leczeniu wodą indywidualizować i trzymać się pewnych wskazań.

Nie zauważył szkodliwego wpływu zabiegów na nerki, gdyż odsetek chorych, którzy po leczeniu wodą zapadli na następowe zapalenie tego narządu wynosi 10%, podczas gdy u leczonych innymi sposobami wynosi 23%.

Autor występuje przeciw rozpowszechnionemu mniemaniu, jakoby dyeta wyłącznie mleczna chroniła od występowania zapalenia nerek po płonicy. Zdaniem jego pojawianie się zapalenia nerek pozostaje w niewytłómaczonym dotąd związku z charakterem epidemii, dlatego nie waha się u dzieci, które mleka nie znoszą, zaraz w początkach choroby podawać skrobiowate pokarmy, rosoły, a od 3 tygodni jaja i mięso. *Raczyński.*

Dr. Oskar Hildes: **Leczenie kiły wstrzykiwaniami nierównych dawek sublimatu.** *(Allgemeine Wiener med. Zeit.* Nr. 6. 1899). Metoda leczenia kiły zapomocą wcierań rtęciowych, ma, zdaniem autora, same ujemne strony. Daleko korzystniej jest wprowadzać rtęć do ustroju drogą wstrzykiwań. Z przetworów rtęciowych najlepsze są rozpuszczalne, a z tych sublimat. Czy wstrzykiwanie 1%-ego sublimatu, według Lewina, lub 2%-ego według Lassara, lub wreszcie 5% według Łukasiewicza, może zadowolnić lekarza? Nie, bo wprowadza się do ustroju zawsze te same ilości rtęci bez względu, czy kiła w danym przypadku ma przebieg cięższy, czy lżejszy; nie można dalej brać pod uwagę, co jest rzeczą w leczeniu rtęcią bardzo ważną dla całego ustroju, jego większej lub mniejszej odporności; nieuniknione jest w końcu wprowadzenie do organizmu większych ilości rtęci, niż przebieg kiły w danym przypadku tego wymaga.

Wszystkich tych stron ujemnych pozbawiona jest metoda Dr. Hildesa, stosowana w 155-ciu przypadkach kiły. Po wystąpieniu objawów ogólnej kiły wstrzykuje autor 1%-wy roczyn sublimatu; po jednodniowej przerwie 2%-owy; po dwudniowej 3%. Jeżeli przebieg kiły tego wymaga, stosuje po trzech dniach 4%-owy, a jeżeli konieczność zmusza, to po czterech dniach 5%-owy. W przebiegu lżejszym kiły objawy chorobowe wśród tego dawkowania ustępują i w tych przypadkach po 7-dniowej przerwie przechodzi autor do rozczynu 4%-ego, dalej 3%-ego, 2%-ego a w końcu 1%-ego z temi samemi przerwami, z jakiemi zwiększał dawki. Nie zawsze jest rzeczą konieczną dochodzić aż do 5%-ego rozczynu sublimatu; w lekkich przypadkach wystarcza dojść do 3%-ego rozczynu, a następnie w sposób podany zejść do 1%-ego rozczynu. W przypadkach bardzo ciężkich przyjdzie kilkakrotnie wstrzykiwać w odpowiednich przerwach 5%-owy rozczyn, nim zejdzie się do rozczynu 1%-ego. Przeciętnie stosował autor 7·3 injekcyj, wprowadzając 207 miligramów rtęci, a całe leczenie trwało przeciętnie 34·5 dni.

Dr. Majewicz

Péré: **O kiśnieniu w pęcherzu.** *(Arch. de méd. et de pharm. mil.* T. 29). U mężczyzny 38-letniego istniał mętny mocz od czasu przebytej rzeżączki (3 lata), w 3 ostatnich miesiącach zaś mocz mętny pienił się (musował) po oddaniu, jak piwo. P. wykazał w nim znaczną zawartość cukru, a kiśnienie, jako przyczynę musowania, odniósł do działania *bac. coli com.*, który w hodowlach także powoduje kiśnienie cukru, tworząc jednak indol tylko przy obecności *bac. subtilis.*

F. K.

J. Loeb. **O działaniu fizyologicznem rozcieńczonych alkaliów i kwasów.** *(Pflüger's Arch. f. d. g. Phys.* T. 73). Autor badał działanie tych środków na wymoczkach *(infusoria)* opatrzonych w rzęski i stwierdził, że rozczyny ługu sodowego przedłużały ich życie mimo odciągnięcia tlenu, kwasy zaś, nawet bardzo rozcieńczone, przyspieszały śmierć, — dalej, że przy dodaniu ługu i w ciepłocie 40° wymoczki dłużej znacznie żyły, niż w cieczach obojętnych i kwaśnych. Ług sprowadzał także większą odporność przeciw działaniu trucizn, jak sinek potasu lub atropina. Przy dodaniu 2 ccm. norm. ługu sodowego do wody morskiej rozwijały się płody ryb znacznie szybciej, podczas gdy w kwaśnych rozczynach rozwój był nader wolny. Przychodzi więc L. do wniosku, że ługi w stanie rozcieńczonym przyspieszają sprawy utlenienia w tkankach zwierzęcych, podczas gdy kwasy działają przeciwnie.

F. K.

Prof. Langerhans: **Poród pośmiertny (w trumnie).** *(Vjschr. f. g. M.* T. XVII Z. 1. 1899). Autor miał sposobność śledzić przebieg porodu pośmiertnego, nadający się do ocenienia tego dotychczas jeszcze nie zupełnie jasnego objawu z tego względu, że trup nie był dotknięty zgnilizną, a płód jeszcze prawie w całości pozostawał w łonie matki. Przypadek ten tyczył się kobiety zmarłej na gruźlicę płuc, u której za życia żadnych bolów nie zauważono, pierwsze zaś oznaki przebiegającego porodu wystąpiły dopiero w 60 g. po śmierci. Langerhans przypuszcza, że każdy poród pośmiertny rozpoczyna się jeszcze za życia, w tym jednak okresie, kiedy umierająca nie odczuwa już bolów, lub nie zdaje sobie z nich sprawy, dalszy zaś mechanizm porodowy odbywający się po śmierci o tyle jest niedostateczny, że zachodzi brak działania tłoczni brzusznej; i tu, zdaniem autora, szukać należy przyczyny, z powodu której płód tak długo w łonie matki pozostaje. Przyczynami wpływającemi na ukończenie porodu w tych przypadkach, gdzie płód jest mały lub niedonoszony, są czynniki działające od zewnątrz jak np. wstrząsanie trupem przy przenoszeniu, przewożeniu itp.; w przypadkach zaś, gdy płód jest donoszony, a główka duża, przyjmuje na się rolę tłoczni brzusznej prężność gazów gnilnych, przyczem nieraz zauważyć można także wypadnięcie macicy, co odnieść należy do zwiotczenia wśród ciąży zbyt napiętych jej więzadeł.

Dr. Horoszkiewicz.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Ricinum. Cornevin podaje, że przez dwugodzinne ogrzewanie do 100° C. rozczynu tego nadzwyczaj trującego środka, można otrzymać ciało, które wstrzyknięte podskórnie działa skutecznie przeciwko zatruciu nasieniem rycinusowem, w każdym zaś razie uodpornia ustrój na czas jakiś przeciw temu zatruciu.

Sal anaestheticum Schleicha. Znaną już powszechnie mięszaninę kokainy, morfiny i soli kuchennej, używaną w trzech różnych stosunkach do znieczulań w chirurgii, wyrabia Merck w postaci kołaczyków (tabletek). Jeden kołaczyk rozpuszcza się w 100 cnt.³ wody gotowanej przekroplonej.

Salolum tribromatum (Cordolum) $C_6H_4OH,COO.C_6H_2Br_3$. Jest to proszek biały, bez smaku i woni, nierozpuszczalny w eterze i wyskoku, łatwo rozpuszczalny w chloroformie i occie. Rosenberg i Dasonville podają, że trójbromek salolu jest dobrym środkiem nasennym. Dawka 1—2 grm. sprowadza w krótkim czasie sen spokojny, nawet przy silnych bólach. Przypadkowo wykryto i drugą własność tego przetworu: działa on mianowicie tamująco przy krwawieniach wśród miesiączki (menorrhagia).

Sanatolum jest to mięszania kwasu siarkowego z kresolami a przedstawia się jako istota czarno-brunatna, prawie płynna, silnie kwaśna, zapachu kresolu, mięszająca się z wodą w każdym stosunku. Według E. Bolina służyć może do odkażania plwocin, kału i t. d., w czem jednak chyba ani surowego kwasu karbolowego, ani siarkowego nie przewyższa.

Sanoformum, znany już i polecany przez Radziejewskiego środek w leczeniu oka, znajduje coraz więcej zwolenników i zwolna zastępuje jodoform. Jego bezbarwność, brak woni i ta okoliczność, że ustroju nie zatruwa, jakoteż i to, że można go ogrzać do bardzo wysokiej ciepłoty, co pozwala na wyjałowienie, stawiają go ponad jodoformem.

Zasypują nim rany, owrzodzenia, czyraki, zastrzały; stosują go w postaci 10% maści na przetoki i rozpadliny z bardzo dobrym skutkiem; można też używać sanoformowej, wyjałowionej gazy. Mracek zaleca sanoform przedewszystkiem przy bubonach i wrzodach podudzia.

Sanosa jest to mięszanina 80% kazeiny i 20% albumozy, a przedstawia się jako proszek biały, bez zapachu i smaku, z wodą dający zawiesinę.

Podobnie jak somatosa, nutrosa, eukuasina, jest i sanosa, według Schreibera i Waldvogla, środkiem dobrym do żywienia chorych. Podaje się ją w krwotokach żołądkowych, durze, niedokrewności, rozmiękczeniu kości, suchotach, nieżycie szczytów, kile i raku. Do pół litra mleka lub kakao daje się 20,0—50,0 grm. sanozy lub 5,0 grm. na talerz zupy.

Sperminum Poehlii. Środek już znany od lat kilku, polecany przez wielu wybitnych klinicystów jako czynnik regulujący przemianę materyi i przyspieszający wydalanie gromadzących się wytworów rozkładu.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Noguès *(Ann. de mal. d. org. gen. urin.* 1898. 8) wstrzykuje do pęcherza przy krwawieniu skutkiem nowotworu wyjałowiony 5% rozcz. żelatyny w fizyol. rozcz. soli kuchen. w ten sposób, że po dokładnem przepłókaniu pęcherza wpuszcza najpierw małe ilości i wypuszcza je napowrót, w końcu zaś wstrzykuje ilość większą aż do zupełnego wypełnienia pęcherza przez co krwotok odrazu się tamuje.

F. K.

Na mocy 140 przyp. liszaja żrącego, leczonych na osobnym oddziele szpitala w Kopenhadze metodą Finsena (działanie promieni pozafioletowych), stwierdza S. Bang *(Mon. f. p. Derm.* 1899. 1), że nawet w najcięższych przypadkach poprawę otrzymać można, a niedogodność przedstawia tylko długość leczenia, które (chociaż nie bolesne) trwa najczęściej 2—4 miesięcy, ale nierzadko przy codziennem nawet naświetlaniu, przeciąga się do 1—2 lat.

F. K.

H. Stelwagon (*Amerik. Pract.*, 1898) zwraca uwagę na znany szczegół, że u niektórych ludzi po wyjściu z kąpieli często powstaje silny świąd lub pieczenie, zwiększające się jeszcze przez drapanie — i twierdzi, że trafia się to przedewszystkiem u ludzi ze skłonnością do pokrzywki, a więc u nerwowych i cierpiących na choroby przewodu pokarmowego, lub ze skazą dnawą. Chociaż lekarz w tych wypadkach jest prawie bezsilnym, radzi S. do kąpieli używać wody tylko letniej, mydła w małej ilości; obsuszanie zapomocą miękkiej bielizny (jednak dokładne, gdyż skóra nieobsuszona jeszcze znaczniej swędzi), a w niektórych przypadkach dodanie nieco soli (do ciężaru gat. krwi) działało zapobiegawczo. Kąpiel powinna trwać krótko, a gdy świąd wystąpi, stosować należy puder lub lekkie nacierania gliceryną albo lanoliną, do czego dodać można nieco kw. karbolowego lub tymolu, nie zapominając jednak o zwróceniu uwagi na cierpienia ogólne. *F. K.*

Dr. Mosbacher: „Aneson", środek zastępujący kokainę w znieczulaniu miejscowem sposobem Schleicha i Obersta. (*Münch. med. Wchschr.*, 1899, Nr. 3). Aneson, jest to około 2% roczczyn wodny alkoholu trichlorpseudobutylowego (czyli acentonchloroformu) i już jako taki, sprzedawanym bywa gotowy do bezpośredniego użycia. Używać go można do znieczulań przez nacieczenie, jako też do znieczulania obszarowego (Obersta). Prócz pewności w działaniu zaleca się tem, że jest nietrującym i nie sprawia bólów następowych. *Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Gluziński. Obecnych członków 51.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. przewodniczący w krótkich słowach dziękuje za dokonany wybór i zwraca się do zgromadzenia z prośbą o ożywienie ruchu naukowego w Sekcyi.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

W dyskusyi nad odczytem kol. Hojnackiego pod tytułem: »Przypadek ciężkiej gorączki połogowej leczony surowicą Marmorka«, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu, zabierali głos: koll. Bylicki i prelegent.

Kol. A. Gluziński mówił o zapaleniu tętnicy głównej i przedstawił odpowiednich chorych. — (Rzecz będzie ogłoszona w całości drukiem).

W dyskusyi zabierali głos: koll. Widman, Lesław Gluziński i prelegent.

Po posiedzeniu odbyło się zebranie koleżeńskie.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 1 marca, 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof Pieniążek. — Członków obecnych 20.

Przewodniczący zawiadamia o śmierci kol. Wiszniewskiego i Długołęckiego. Obecni przez powstanie oddają cześć ich pamięci.

Przewodniczący zawiadamia o rezygnacyi kol. Prof. Trzebickyego z przewodnictwa w Komisyi do roczników Virchowa Hirscha. Uchwalono — zgodnie z wnioskiem Komitetu wyrazić Prof. Trzebickyemu za jego pracę podziękowanie, a na miejsce jego zaprosić Profesora Wachholza.

Do Komisyi budowy domu, w miejsce czterech członków, którzy z niej ubyli, mianowicie: kol. Marsa, Rydygiera, ś. p. Rydla i Wiszniewskiego, wybrano kolegów: Bielańskiego, Bujwida, Poniklę i Wachholza.

Na członków czynnych uchwalono przyjąć kol.: Stanisława Boczara i Rafała Landaua.

Kol. Lewkowicz mówił: »O wrodzonych wadach pępka«. Wszystkie te wady dadzą się wytłómaczyć zarodkowym rozwojem pępka i pępowiny. Nastąpiło przedstawienie $3^1/_2$-letniego chłopca z kliniki pedyatrycznej z wrodzoną przetoką pępkowo-jelitową. Według podania rodziców u chorego tego po odpadnięciu pępowiny wydzielała się stale z pępka ciecz mętna, zielonawa. Przed tygodniem chory zaczął się skarżyć na bóle w okolicy pępka, rodzice zauważyli wtedy, że z pępka wydobywa się koniec glisty i oddali chorego do kliniki. Chory gorączkował, ciepłota dochodziła do 39·5° i opadła dopiero wtedy, gdy otworem, znajdującym się na szczycie pępka wielkości główki od szpilki. wyjęto zapomocą szczypczyków na dwa zawody sześć glist. Zgłębnik można było wprowadzić przez otworek w pępku w kierunku prostopadłym do powierzchni brzucha na 8—9 ctm. Jako względnie uleczony, chory opuścić ma klinikę. Kol. Lewkowicz przedstawił jeszcze rysunki dwóch cierpień wrodzonych pępka, spostrzeganych w klinice pedyatrycznej w r. 1898. W pierwszym była to przepuklina pępkowa wrodzona wielkości jabłka. Jelito wypadnięte znajdowało się w worku utworzonym przez owodnią i otrzewnę i, co jest ważnem ze względu na etyologię cierpienia i zabiegi lecznicze, krezka tego jelita połączona była z wewnętrzną powierzchnią worka przepuklinowego, krótką, lecz szeroką taśmą, która uniemożebniła cofnięcie się jelita do jamy brzusznej, a była widocznie wynikiem miejscowego zapalenia otrzewnej w czasie pierwszych tygodni życia płodowego. Jelita wypadnięte były pokryte zielonawymi złogami, to też zabieg operacyjny skończył się niepomyślnie i chora umarła skutkiem posokowatego zapalenia otrzewnej.

W drugim przypadku końcowa część pępowiny była wypełniona, nie jak prawidłowo nieunaczynioną galaretowatą tkanką, lecz włóknistą. To też ta część pępowiny nie odpadła i pokryła się po oddzieleniu z niej owodni ziarniną. Twór nieprawidłowy usunięto przez podwiązanie i odcięcie.

Kol. Prof. Jakubowski zaznacza, że nie zawsze rozpoznanie przetoki pępkowo-jelitowej jest tak łatwe, jak w przypadku przedstawionym. Wölfler n. p. spostrzegał przypadek przetoki pępkowej, z której wydobywała się treść kwaśna, zawierająca pepton tak, że można było myśleć o przetoce żołądkowo-pępkowej. Co do leczenia, to Wölfler starał się usunąć cierpienie przez wyciągnięcie częściowe błony śluzowej na zewnątrz i jej wycięcie. Przy tem postępowaniu jednak podobnie, jak po przyżeganiu przewodu, zarasta tylko część obwodowa przewodu, część zaś łącząca się z jelitem pozostaje otwarta, może się w niej gromadzić i zalegać treść jelita, a to znowu może być przyczyną miejscowego zapalenia otrzewnej.

Kol. Prof. Kostanecki zwraca uwagę, że przetok pępkowych wrodzonych, tak jelitowej jak pęcherzowej nie można uważać za wynik prostego zatrzymania się w rozwoju. Przewód żółtkowy, którego utrzymanie jest powodem powstania pierwszej przetoki, zanika w ten sposób, że początkowo ma on równy przekrój z jelitem, nie rozwija się jednak następnie, podczas gdy jelito rośnie i staje się w ten sposób, ale tylko w stosunku do powiększającego się jelita, coraz cieńszym. Dopiero później zamyka się on i przerywa. Jeżeli zatem przy urodzeniu znajdziemy przewód o obszerności jelita, to nie było tu prostego zatrzymania się w rozwoju, lecz rozwój nieprawidłowy. Jeszcze wybitniej okazuje się to na przetoce pęcherzowo-pępkowej. Omoczna (allantois), której utrzymanie w stanie drożnym jest podstawą tej przetoki tylko u zwierząt ssących, dochodzi w rozwoju płodowym do pępka i pępowiny. U człowieka tak się nie dzieje: do pępka dochodzą tylko naczynia omocznej. ona zaś sama, jako małe wypuklenie dolnej części przewodu pokarmowego, kończy się ślepo w tkance łącznej, otaczającej początek tych naczyń.

Kol. Kryński nadmienia, że operował w klinice chirurgicznej przed kilku laty przypadek wrodzonej przepukliny pępkowej u dziecka $^1/_2$-rocznego, przysłanego z kliniki prof. Jakubowskiego. Po otwarciu brzucha okazało się, że istniał postronek, łączący pępek z jelitem cienkiem, na obu swych końcach zarosły, a tylko w środkowej części drożny. Badaniem mikroskopowem udało się uwydatnić oddzielne warstwy jelitowe w ścianie tego przewodu. Przewód wycięto, ścianę brzuszną zeszyto i sprawa zakończyła się zupełnem wyleczeniem.

Kol. Bier omówił: »Nowsze sposoby odkażania przestrzeni«. Nastąpiło przedstawienie przyrządów służących do odkażania mieszkań zapomocą formaliny: lampki Krehla, kociołka Trillata, przyrządu Aronsohna i Lingnera. Doświadczenia, wykonane przez innych i przez prelegenta, wykazały, że zapomocą tych przyrządów można w najlepszym razie osiągnąć tylko powierzchowne odkażenie, przyczem najlepiej działa przyrząd Lingnera, a drugim z rzędu jest Trillata. Prątki pod grubszem przykryciem, n. p. sukna, koca, poduszki, prątki w grubszych

warstwach wydzielin, w błonach dyfterycznych, nie ulegały zabiciu. Prątki nie pokryte ulegały zabiciu, jeżeli chodziło o rodzaje nie wytwarzające zarodników. Przeciwnie, n. p. zarodniki wąglika, prawie zawsze zachowały żywotność.

Kol. Prof. Bujwid podnosił, że w sprawie zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych, najważniejszą rzeczą jest odosobnienie samego chorego. Ważnem jest także odkażenie tych mianowicie przedmiotów, z którymi chory bezpośrednio się styka, a więc ubrania, bielizny, pościeli. Otóż tutaj właśnie musimy się uciekać do dawnych sposobów odkażania, a formaliny możnaby co najwyżej użyć do odkażenia samego mieszkania, sal szpitalnych, lub szkolnych.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. Ciechanowski i Bądzyński.

Sekretarz doroczny. *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka słów w sprawie ograniczenia rozszerzania się kiły między ludnością wiejską.

Ostatnie sprawozdanie krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi stwierdza, że między właściwą ludnością wiejską kiła szerzy się w powiatach brodzkim i stryjskim, szczególniej zaś grasuje na naszem Pokuciu i w górach. Obejmuje tu ona jedną masą tak rozległe powiaty, jak: bohorodczański, nadwórniański, kołomyjski, peczeniżyński i kosowski. Przeważna część chorych w tych wymienionych powiatach leczy się w szpitalu kołomyjskim, jedynym na całe Pokucie, który wykazuje też rocznie 40% kiłowych. Składają się na tę liczbę przeważnie wieśniacy z okolicy Kołomyi, oraz z powiatów peczeniżyńskiego i kosowskiego. Chorych zwykle dostajemy z objawami drugorzędnymi i głównie stwierdzamy rozpadliny, grudki i kłykciny na błonie śluzowej ust, gardła i na języku. Uderzającą jest ta okoliczność, że między zakażonymi spotyka się w $^1/_3$ części dzieci, dalej dziewczęta i chłopców nieletnich, a to w wieku, kiedy zwykły sposób zakażenia się kiłą jest wykluczony. Zarazem z wywiadów dochodzi się do wniosku, że wszyscy nieletni, a także i pewien mały odsetek osób starszych, nabawia się tej choroby w ten sposób, że wieśniacy nasi, mieszkając razem w ciasnych izbach, używają wspólnie jednych i tych samych naczyń. Z jednej misy jedzą, jednym garnuszkiem lub „kwartą“ wodę piją, nie znając groźnego znaczenia kiły, ani jej zaraźliwości, w którą nie wierzą. Tylko pewna część zapadłych na kiłę leczy się u lekarzy i w szpitalu; druga udaje się naprzód do znachorów i bab, znających się na „podkurzaniu“. Z tego powodu było w szpitalu kilka przypadków nadzwyczaj silnego zapalenia jamy ustnej i to nawet u osób wcale niedotkniętych kiłą, u których ci niepowołani przyjaciele ludzkości dopatrzyli nieistniejącej kiły.

Znaczna część kiłowych znowu wcale się nie leczy; to też spotykamy tak „piękne okazy“ kiły trzeciorzędnej, że pozazdrościłyby nam ich i światowe kliniki na Zachodzie. Nie potrzebujemy bliżej zastanawiać się nad tem, do jakiego stopnia tym sposobem zwyradnia się ludność pokucka i górska, a kiłę obok gruźlicy należy w naszych stosunkach poczytać za znacznie większą klęskę, niż cały szereg takich chorób nagminnych, jak dur, ospa, błonica, płonica i t. d., — pomimo, że kiła nie sprowadza bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia. Ludzie mało się leczą, dostają licznych nawrotów i objawów kiły 3-rzędnej; w tym stanie, żeniąc się, płodzą dzieci wyposażone nietyle ziemskimi dostatkami, ile kiłą dziedziczną; a w takich zniszczonych organizmach tem łatwiej wylęga się gruźlica, zołzy i inne choroby, gdyż ustrój mniej odpornym się staje.

Z gruźlicą nie łatwo nam walczyć sposobem, wskazanym przez społeczeństwa więcej oświecone i więcej bogate, t. j. walczyć zakładami sanatoryów i wysyłaniem chorych do miejscowości górskich i lesistych; ale byłby to już krok naprzód, gdybyśmy przynajmniej wszczepili w nasz naród przekonanie o zaraźliwości wielu chorób i skłonili go do ostrożności przez odosobnienie chorych. Jak długo to przekonanie nie stało się własnością umysłową naszego ludu, — tak długo i same ustawy i połowicze ich wykonanie nie pomogą wiele. Ten właśnie środek mógłby być skutecznym i do opanowania kiły. Chorobę tę uważać należy za ciężką i niebezpieczną, a wychodząc z tego stanowiska trzeba ją tępić energicznie, jak to miało miejsce n. p. podczas cholery. Więc należy nasamprzód pouczyć lud dostępnymi opisami o groźnej doniosłości tej choroby i rozesłać takie pouczenia wójtom, księżom, nauczycielom, t. j. ludziom, stykającym się bezpośrednio z ludem. Pouczenie takie miałoby zawierać opis choroby, wyraźne zaznaczenie jej zaraźliwości tudzież przedstawienie koniecznego odosobnienia dotkniętego kiłą; dalej — objaśnienie o szkodliwych następstwach dla nieleczących się, lub leczonych przez partaczów, a jednocześnie pouczenie o konieczności leczenia się racyonalnego pod dozorem lekarza, zwłaszcza w szpitalu, który dla klasy ubogiej jest jedynem i najodpowiedniejszem miejscem dla zwalczania kiły. Pouczenie takie przydałoby się i księżom w takich wsiach, w których jest większa liczba kiłowych, zwłaszcza ze względu na sposób udzielania św. Komunii w obrządku grecko-katolickim, gdzie jedną łyżeczkę wprowadza się do ust całemu zastępowi. Zwróciłem na to uwagę jednego księdza z okolicy Kołomyi i zaproponowałem mu, aby przy św. Komunii nie dotykał się ust łyżeczką, tylko przechylonemu nieco w tył głową, z nieznacznej odległości, wlewał zawartość łyżeczki do ust. Ksiądz ten był sam zadowolony z tej rady, również i parafianie.

Dalej ważną jest rzeczą systematyczna i nieustająca kontrola, wykonywana przez lekarzy powiatowych i okręgowych po wsiach zakażonych, w celu odstawienia względnie przymusowego chorych do szpitala. Do miejsc szczególniej nawiedzonych tą chorobą powinien być wydelegowany umyślny lekarz, którýby się zajął temi zarządzeniami w celu ograniczenia zarazy. W tym celu winniby lekarze, tudzież urzędy gminne donosić o przypadkach kiły między ludnością wiejską; z drugiej strony mógłby szpital lekarzom tym przesyłać miesięczny wykaz kiłowych, wypuszczonych ze szpitala, a to dla leczenia częstych nawrotów w ciągu około dwóch lat, licząc od pierwszego zakażenia.

Pożądanym byłby również ostrzejszy nadzór nad partaczami. W końcu staje się konieczną potrzebą zwiększenie liczby łóżek w szpitalach. Tak n. p. szpital kołomyjski, wystawiony przed 70 laty na 70 łóżek, a zdolny pomieścić podług dzisiejszych wymagań hygieny czterdzieści kilka, wykazuje dzienny stan chorych nad 100, a czasami i więcej; jest stale przepełniony kiłowymi. Wskutek tak niekorzystnych warunków opóźnia się leczenie i rekonwalescencya, a czasami musi się wypuszczać chorych niezupełnie wyleczonych, by umożliwić przyjęcie dotkniętych ciężką chorobą.

Słusznie podniósł w swym wykładzie wstępnym we Lwowie prof. Mars, że w krajach, dobrze uorganizowanych i dobrze gospodarowanych władze czy to rządowe, czy też krajowe starają się rozwijać dobrobyt, umoralnienie, podnosić poziom ogólnego wykształcenia, zaprowadzają różne urządzenia sanitarne, tłumią epidemie i t. d. Czynią zaś to ze względów czysto utylitarnych, bo tym sposobem zwiększają ilość wytwórczej pracy, a tem samem zwiększają siłę podatkową kraju, który też będzie wydatniejszym, bogatszym, jeśli ludność będzie posiadał silniejszą, zdrowszą i zdolniejszą do pracy.

Miejmy nadzieję, że i nasze władze przyczynią się do ograniczenia tak strasznej choroby, jak kiła, chociażby ze względów humanitarnych, a stoimy w progu wieku XX, który ma być wiekiem humanizmu.

Dr. Zenobiusz Lewicki.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 23 marca 1899 r.

Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza, w dniu 17 marca b. r. odbytem:

1. Dr. Wachtel przedstawił i objaśnił *a*) 2 przypadki trepanacyi czaszki z powodu powikłanego złamania kości czaszkowych; *b*) przypadek trepanacyi czaszki z powodu zapalenia ucha środkowego.

2. Dr. Sołtysik przedstawił: *a*) chorego po wyłuszczeniu mięsaka przedramienia wraz z całą kością łokciową (rana zagojona); *b*) chorego z mięsakiem barku; *c*) chorego z ranami miażdżonemi obu podudzi, drążącemi aż do stawów kolanowych; *d*) chorego z raną postrzałową podudzia; *e*) chorego z raną w okolicy kolana.

3. Dr. Sternbach przedstawił 4 przypadki kiły złośliwej godne uwagi. *P.*

Z Sejmu. Na posiedzeniu 20 b. m. polecił Sejm Wydziałowi krajowemu, aby bezzwłocznie nawiązał rokowania z rządem, co do zwalczania kiły w powiecie kosowskim i wezwał rząd do utworzenia specyalnego dla kiły szpitala, na wzór szpitala w Porto-Ré, zbudowanego z funduszów skarbu państwa w tym samym celu Prócz tego uchwalił Sejm zbudowanie nowego domu administracyjnego przy szpitalu powszechnym w Żółkwi. Sejm przyjął do wiadomości sprawozdanie Departamentu V-go Wydz. kraj. za rok 1898. Uznając potrzebę budowy Zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi, wzywa Sejm Wydział krajowy do poczynienia w tej sprawie potrzebnych przygotowawczych czynności; jednocześnie wzywa Sejm Wydział krajowy do rozpoczęcia rokowań z rządem, celem utworzenia w Galicyi dwóch nowych szkół akuszerek.

* W pragskim Zakładzie dla anatomii patologicznej odbyła się w ścisłym kółku serdeczna uroczystość: współpracownicy i czciciele prof. Hlawy, dla uświetnienia 15-letniej pożytecznej jego pracy profesorskiej, ofiarowali mu portret pędzla Schussera.

* Wystawa przedmiotów, służących do pielęgnowania chorych odbędzie się w Berlinie od 20 maja do 18 czerwca i nosić będzie na sobie cechy wystawy naukowej.

* Prof. Snellen, głośnego imienia okulista w Utrechcie, przechodzi w stan spoczynku, a opróżnione miejsce ma zająć jego syn.

* Prof. Albert obchodził 25-letni jubileusz profesorskiej działalności w zamkniętem kole swoich słuchaczów i asystentów. Ofiarowany jubilatowi portret ma zdobić salę wykładową.

* Przy wrocławskiej klinice chorób wewnętrznych urządza się oddział poświęcony leczeniu hydropatycznemu, przy którym będzie katedra hydropatii.

* Pierwszy Zjazd austryackich balneologów odbędzie się 28—30 b. m. Mają być wygłoszone następujące referaty: O wpływie balneo-hydro-klimatoterapii na obieg krwi i samą krew (prof. Kisch, prof. Glax, doc. Klar, doc. Strasser); O niebezpieczeństwie nabywania chorób zakaźnych w zakładach leczniczych i o środkach od niego chroniących (doc. Ullmann); O zastosowaniu sfygmomanometru w praktyce lekarskiej (prof. Basch); Przyczynek do dydaktyki hidroterapii i klimatologii na Węgrzech (doc. Kuthy); O odwietrzaniu mieszkań (Dr. J. Kaup); O kąpielowem i dyetetycznem leczeniu zwapnienia tętnic (Dr. Löbel); Pierwiastki klimatu i ich lecznicze zastosowanie (Dr. Ziffer); Wodolecznictwo przed 200 laty (Dr. Kraus). Tytuły referatów prof. Ludwiga i prof. Winternitza później ogłoszone zostaną.

* *The Lancet* donosi, że dnia 4 maja miasto Como obchodzić będzie setną rocznicę dnia, w którym Volta, obywatel tej miejscowości, wynalazł stos. który nosi jego imię. Dzięki temu jubileuszowi urządzoną będzie międzynarodowa wystawa, dotycząca elektryczności, której jeden dział ma być poświęcony zastosowaniu elektryczności w medycynie.

* W Berlinie zamierzano obchodzić jubileusz 25-letniej działalności głośnego chemika, prof. Salkowskiego. Jubilat jednak wyprosił się od wszelkiej uroczystości.

* Wobec licznego audytoryum, złożonego z studentów, dziennikarzy i służby szpitalnej, miał Dr. Jacquet wykład w paryzkim szpitalu św. Ludwika o alkoholizmie, w którym liczbowo dowodził, że nadużywanie napojów wyskokowych we Francyi wzrasta z roku na rok i doszło do stopnia, przewyższającego wszystkie innę państwa i narody. Ogólna ilość zużywanego we Francyi wyskoku wynosi 2.000.000 hektolitrów. W roku 1850 przypadało rocznie średnio $1^1/_2$ litra czystego wyskoku na jednego człowieka; w roku 1896 ilość ta wynosiła 4.19 litra; a jeśli wliczymy wyskok, znajdujący się w winie, piwie itd., to wypadnie 14 litrów na jedną osobę rocznie. W Belgii ta pozycya wynosi 10,5 litrów, w Niemczech 10 litrów. Jeden wyszynk przypada na 30 osób dorosłych. W departamencie Eure przypada 1 szynk na 3 mieszkańców dorosłych. Odwrotnie mają się rzeczy w Szwecyi: w latach 1830—1834 roczna ilość zużywanego wyskoku wynosiła 23 litry na osobę i spełniono 59 morderstw; w latach 1875—1878 roczna ilość użytego wyskoku wynosiła 5 litrów na osobę, morderstw zaś było 18. (*The Lancet*).

* Po usilnych zabiegach powiodło się pruskim aptekarzom uzyskać rządowy zakaz sprzedawania gniecionych kołaczyków, przyrządzanych w fabrykach; aptekarze zrzucali z siebie wszelką odpowiedzialność za ten wyrób fabryczny, powołując się na to, że nie znają jego składu. *Berliner klinische Wochenschrift* oświadcza, że sprawę tę można było rozstrzygnąć, czyniąc odpowiedzialnymi fabrykantów za skład kołaczyków; takie fabryki, jak Mercka, Bayera i in. dają według wspomnianej gazety więcej rękojmi co do składu ich wyrobów, aniżeli produkta apteczne, przyrządzane ręcznie i to najczęściej w nieodpowiednich i źle urządzonych pracowniach; a przytem kołaczyki fabryczne są znacznie tańsze, a rozbiory stwierdziły ścisłość ich składu.

* Zakład leczenia gliną pastora Felke sprowadza tłumy kuracyuszów; nie mogąc uporać się z tą liczbą, zjednał sobie Felke młodego dra Reutera do pomocy. Powinowaty pastora, Andres Müller, wydał książkę pod tyt.: »Die Heilmethode Felke's«, w której usiłuje przez porównanie zaćmić sławę ś. p. ks. Kneippa, a lekarzom nie szczędzi brutalnych wyzywań, przypisując im pojawienie się wszystkiego złego na tym świecie.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniwer. Jagiell. otrzymali: August Jan Dybuś, Leon Bross i Jakób Weinsberg.

Mianowania i odznaczenia: Nadzwyczajny prof. tytularny, Dr. Winternitz, mianowany został rzeczywistym profesorem nadzwyczajnym w Wiedniu z tytułem profesora zwyczajnego. Profesorem anatomii patologicznej w Cambridge, w miejsce Kanthacka, mianowany został Dr. G Woodhead.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Momidłowski, wielce ceniony pedyatra, b. asystent kliniki chorób dziecięcych w Krakowie zakończył życie w Rzeszowie. Kelhoffer Samuel, b. lekarz gminny, zmarł w Borysławiu. Bouchard, profesor anatomii, zmarł w Bordeaux.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 11: Palmirskiego Wł.: O otrzymywaniu surowicy przeciwbłoniczej. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 11: Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas. Mieczkowskiego W.: O syryngomyelii (c. d.). Dra Bernhardta E.: Tężec u trzyletniego dziecka (dokoń.).

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie z działalności Towarz. Kolonij Letnich w m. Warszawie za r. 1898.

— Kopczyński St.: Bezład dziedziczny, czyli choroba Friedreicha. (Odbitka z *Medycyny*), 1899 r.

— Prof. dr. Trzebicky R.: O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha. Kraków, 1899.

— Tenże: Sprawozdanie Oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie za rok 1898.

— Neugebauer Fr.: Contribution à l'étude des corps étrangers de l'uterus avec 74 observations. (Odbitka z *Revue de gynécologie* itd., Paryż, 1898.

— Tenże: Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalij zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. Odbitka z *Medycyny*). Warszawa, 1899 r.

— Dr. Hewelke O.: Stan współczesny teoryi zaraźliwości suchot płucnych Warszawa, 1899.

— Dr. Jaruntowski A.: Pogląd na obecny stan zwalczania suchot płucnych. Poznań, 1899 r.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Gmina król. miasta Oleska ogłasza niniejszem konkurs celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego. Do posady tej przywiązana jest płaca 300 złr. w. a.

1. Do podania dołączyć należy: *a)* dyplom doktora wszech nauk lekarskich, *b)* świadectwo dotychczasowej praktyki.
2. Pierwszeństwo mają kandydaci żonaci.
3. Podania udokumentowane należy wnieść do Zwierzchności gminy miasta Olesko najpóźniej do 14 kwietnia 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 1 Kwietnia 1899. Nr. 13.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

KONKURS.

Gmina król. miasta Oleska ogłasza niniejszem konkurs celem obsadzenia opróżnionej posady lekarza miejskiego. Do posady tej przywiązana jest płaca 300 złr. w. a.

1. Do podania dołączyć należy: *a)* dyplom doktora wszech nauk lekarskich, *b)* świadectwo dotychczasowej praktyki.
2. Pierwszeństwo mają kandydaci żonaci.
3. Podania udokumentowane należy wnieść do Zwierzchności gminy miasta Olesko najpóźniej do 14 kwietnia 1899.

KONKURS

na posadę elewa przy klinice pedyatrycznej od **1 maja 1899.** Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do **15 kwietnia 1899.**

* *
*

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Jabłonowie w powiecie kołomyjskim*. Roczna płaca wynosi 600 złr. oraz ryczałt na koszta podróży służbowych w kwocie 400 złr. rocznie. Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania mają być wnoszone do Wydziału powiatowego w Kołomyi do maja b. r.

Rok XXXVIII. Kraków, 1 Kwietnia 1899. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.**

O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka.

Podał
Dr. Józef Latkowski.

Wskazania do używania rozmaitych wód mineralnych powinny być tak ścisłe, jak wskazania do podawania poszczególnych leków. Współczesna farmakologia posługuje się pod tym względem badaniem chemicznego składu i chemicznego powinowactwa, wynikami doświadczeń na zwierzętach i na ludziach zdrowych, a wreszcie ścisłą obserwacyą kliniczną, w zakres której wchodzi nietylko skuteczność leku przeciw rozmaitym objawom chorobowym, ale nadto śledzenie dokładne wszystkich zmian, jakie sprawia lek w całym ustroju i w czynnościach poszczególnych narządów.

Na tej wysokości nie stoi dotąd współczesna balneoterapia, lecz dopiero do niej podąża. Przyczyny tego są liczne. Już sam skład chemiczny wód mineralnych nasuwa pewne wątpliwości, czy obliczanie składników według powinowactwa chemicznego, zasad i kwasów odpowiada ściśle rzeczywistości. Dalej, przy leczeniu zdrojowem, osobliwie na miejscu przeprowadzonem, a z tego źródła pochodzi przeważna część publikacyj, działa cały szereg ubocznych czynników, których od właściwego działania wody mineralnej odosobnić prawie niepodobna, jak wpływ klimatu, położenia, zmienionych warunków higienicznych i dyetetycznych i t. p. Wreszcie wskazania dotychczasowe nie są wolne od pewnego rodzaju suggestyi balneoterapeutów i od dawnej tradycyi wyłącznie tylko empirycznej.

Oprzeć badanie czynników balneoterapeutycznych na tychsamych podstawach i użyć tychsamych sposobów badania, jakich używa współczesna farmakologia, oto jest droga, którą podążyć należy, chcąc ustalić wskazania balneoterapeutyczne.

Drogą tą kroczy dotąd zaledwie kilka zdrojowisk zagranicznych, a w szczególności Karlsbad, dokąd tę nową metodę badania wprowadził przed laty Prof. Jaworski i która tak w Karlsbadzie, jakoteż w kilku innych zdrojowiskach zagranicznych znalazła już kilku dalszych pracowników.

Z zdrojowisk polskich, które idą tymsamym kierunkiem, inaugurowanym przez szkołę krakowską, wymienić przedewszystkiem należy Krynicę, a w szczególności dwie prace podjęte w klinice lekarskiej krakowskiej, mianowicie Dra M. Piątkowskiego „O działaniu soli wapiennych wogóle, a w szczególności wody krynickiej w niektórych przewlekłych chorobach żołądka“ (*Przegl. Lek.* 1897, Nr. 27 i *Pam. Tow. lek. warsz.* T. 92) i pracę Dra Z. Wąsowicza „O wpływie wody krynickiej na przebieg niedokrewności i blednicy“, która wkrótce ogłoszoną zostanie.

Mając zamiar rozpocząć praktykę w Maryenbadzie, chciałem poznać dokładniej choć część wpływu wód jego na ustrój ludzki i przedsięwziąłem badania nad wpływem wody maryenbadzkiej na żołądek. Doświadczenia przeprowadziłem w klinice Radcy Dworu Prof. Korczyńskiego, pod Jego naukowym kierunkiem; za łaskawe odstąpienie materyału, jak również za wskazówki, których mi nigdy nie skąpił, wyrażam Mu na tem miejscu najgłębszą wdzięczność.

Na wstępie wypada ogólnie zastanowić się nad wpływem wód mineralnych, podawanych wewnętrznie. Działanie ich zależy od ilości, ciepłoty, zawartości bezwodnika węglowego, wreszcie od ilości i zdolności wchłaniania soli w niej się znajdujących. Co do działania wód na przewód pokarmowy, to powszechnie znaną jest rzeczą, iż szklanka zwykłej wody studziennej o niskiej ciepłocie, na czczo wypita, może sprowadzić stolec. Spostrzeżenie to ma swą podstawę nietylko w codziennej obserwacyi, lecz i w doświadczeniach rozmaitych autorów. Rossbach, Mering, Moritz przekonali się na zwierzętach, iż woda, ciepła czy zimna, wprowadzona do żołądka zwierzęcia, wywołuje już w miernych ilościach ruchy robaczkowe żołądka. Nadto stwierdzili, że woda nie bywa wcale wessana w żołądku. Jaworski podaje, że 500 ctm. wody przekroplonej znika z żołądka w przeciągu pół godziny, przyczem pobudza żołądek do wydzielania soku żołądkowego kwaśnego i że zimna woda jest pod tym względem bodźcem dwa razy silniejszym od ciepłej. Rossbach zauważył przyspieszenie ruchów robaczkowych jelit u osoby z rozstępem mięśni brzusznych i wiotkiemi powłokami — po wypiciu wody zimnej. Tensam autor przypisuje wodzie ciepłej wpływ tonizujący na mięśnie gładkie żołądka.

Trzecim z kolei czynnikiem, działającym w wodzie mineralnej, jest bezwodnik kwasu węglowego. Na żołądek działa on podrażniająco, przyspieszając jego ruchy i wywołując wydzielanie się soku żołądkowego. Kussmaul, wydymając żołądek powietrzem, zauważył słabsze ruchy żołądka, niż po wydęciu bezwodnikiem węglowym. Jaworski w swych doświadczeniach nad gazami, wprowadzonymi do żołądka, przekonał się, iż CO_2 zwiększa wydzielanie soku żołądkowego, a obok tego przyspiesza wchłanianie soli w żołądku. Działa on o wiele silniej w postaci gazu, aniżeli w napojach musujących, z tej przyczyny Jaworski obmyślił nawet odpowiedni przyrząd do stosowania CO_2 bezpośrednio na błonę śluzową żołądka. Zupełnie odosobnionem jest zapatrywanie Moritza, jakoby bezwodnik węglowy opaźniał znikanie wody z żołądka. Nakoniec wspomnieć należy, iż prawie cała

ilość CO_2 ulega wchłonieniu w żołądku, a tylko nieznaczna część wydobywa się przez odbijania, jak to Mering i Moritz stwierdzili. Z soli zawartych w wodzie maryenbadzkiej mogą mieć wpływ na żołądek: chlorek sodowy, siarkan sodowy i węglan sodowy. Ilość innych soli jest tak mała, iż nie może iść w rachubę przy ocenianiu działania tej wody na przewód pokarmowy.

Wpływ soli kuchennej na żołądek uważano dawniej jako bardzo korzystny. Zapatrywanie to zostało obalone przez wielu autorów, a przedewszystkiem przez Jaworskiego, który udowodnił, iż sól kuchenna nie wpływa korzystnie na wydzielanie się soku żołądkowego, ani na czynność ruchową żołądka. Lerêche wykazał na chorym z przetoką żołądkową, iż NaCl obniża kwasotę żołądka w prostym stosunku do podanej ilości. Reichmann potwierdził te wyniki, znalazłszy, iż NaCl. nie zwiększa wydzielania soku żołądkowego tak w dawkach większych (5—10%), jak i w małych (1—2%). Wolff spostrzegał zmniejszenie się ilości wolnego kwasu solnego pod wpływem dłuższego podawania soli kuchennej. W ostatnich czasach Schüle zajmował się tym przedmiotem i przyszedł do wniosku, iż małe dawki (5 grm) NaCl. nie mają wpływu na trawienie, dawki większe (16 grm.) obniżają wydzielanie się kwasu solnego, upośledzają tworzenie się peptonu, wessalność cukru i siłę trawienną pepsyny. Wielkie dawki (24 grm.) początkowo zmniejszają wydzielanie HCl., później nieco wzmagają, jednak i tu przeważa upośledzające działanie chlorku sodowego. Na czynność ruchową żołądka chlorek sodowy niema wpływu.

Co do siarkanu sodowego, to wywiera on przedewszystkiem wpływ na jelita, wywołuje przesączynę z naczyń jelitowych do światła jelit, a równocześnie podniecа ich ruchy. Jaworski stawia go ze względu na szybkość wchłaniania pośrodku między najłatwiej wchłanianymi węglanami, a najwolniej chlorkami.

Działanie trzeciej soli, zawartej w wodzie maryenbadzkiej, t. j. dwuwęglanu sodowego, zależeć będzie od jego wysokiego stopnia alkaliczności. Wpływ korzystny dwuwęglanu sodowego na czynność wydzielniczą żołądka dawno już spostrzegano (Brown—Séquard, Nothnagel, Rossbach, Lenossier, Lemoine i inni). Jaworski, który sprawę działania rozmaitych soli opracował szczegółowo, podaje, iż dawki 1—2 grm. $Na_2(CO_3)_2$ alkalizują chwilowo sok żołądkowy, niedługo jednak odczyn ten wskutek produkcyi kwasu solnego zmienia się na kwaśny, a kwasota często przewyższa pierwotną. Do tychsamych wyników doszli Geigel i Abend; spostrzegali też po 1 grm. dwuwęglanu sodowego początkowe zobojętnienie, poczem zjawia się kwasota trzy razy silniejsza od pierwotnej. Mniejsze dawki (0,5) miały lepiej działać zobojętniająco, lecz także niepewnie. Du Mesnil spostrzegał również pobudzające działanie węglanu sodowego na sok żołądkowy przy małych dawkach; dopiero przy dawkach większych odsetek kwasoty spadał. Sok żołądkowy o bardzo wysokiej kwasocie bywał natomiast zaraz zalkalizowany, co wedle autora przypisać należy wyczerpaniu czynności wydzielniczej błony śluzowej i niemożności dalszej produkcyi kwasu solnego. Inni autorowie, jak Schwaneberger, Spitzer, a przedewszystkiem Reichmann, twierdzą, iż dwuwęglan sodowy nie wywołuje wpływu na wydzielanie soku żołądkowego. Ten ostatni autor, w pracy ogłoszonej w 1894 r. przyszedł do wniosku, iż dwuwęglan sodowy nie wpływa na czynność wydzielniczą żołądka, lecz tylko zobojętnia i alkalizuje już wydzielony sok żołądkowy.

Jakiekolwiek są te wyniki doświadczalne, to jednak doświadczenie kliniczne poucza, iż alkalia we wszystkich chorobach żołądka, przebiegających z nadmierną kwasotą, działają bardzo dobrze. Już samo bowiem alkalizowanie treści żołądkowej ma wielkie znaczenie, tem więcej, gdy z doświadczeń Reichmana wynika, iż można to oddziaływanie utrzymać aż do wydalenia treści z żołądka.

Tak mniej więcej przedstawia się sprawa działania pojedynczych składników, zawartych w wodzie maryenbadzkiej. Działanie samej wody na przewód pokarmowy nie było dotychczas zbadane; to też możemy powołać się tu tylko na wyniki badań nad jej pokrewną wodą karlsbadzką. Zasadniczemi są w tym kierunku badania Jaworskiego. Według tego autora, woda karlsbadzka (Mühlbrunn) podrażnia błonę śluzową i mięśnie żołądka. Podanie 250 ctm.³ Mühlbrunnu alkalizuje w pierwszej chwili treść żołądkową. Alkaliczność ta po upływie dwóch kwadransów znika, a natomiast wydziela się sok żołądkowy, zawierający kwas solny, którego kwasota rośnie do *maximum*, występującego w 2 godziny po wypiciu wody. Na tym stopniu utrzymuje się kwasota dłuższy czas i dopiero po kilku godzinach wraca prawidłowy odczyn żołądka. Zaczyn (ferment) pepsynowy zostaje z początku zniszczony, odradza on się, gdy oddziaływanie alkaliczne treści żołądkowej zbliża się do obojętnego, nie idzie jednak w parze ze wzrostem kwasoty, tak, że *maximum* kwasoty poprzedza *maximum* wydzielania się pepsyny. Siła trawienia soku żołądkowego jest zmniejszona, jak długo większe ślady soli znajdują się w żołądku. Po zniknięciu wody karlsbadzkiej z żołądka niema w nim ani śluzu, ani składników żółci.

Pod wpływem dłuższego podawania wody karlsbadzkiej zmniejsza się kwasota żołądka w przypadkach nadmiernego wydzielania i prawidłowego żołądka tak, iż przy bardzo długiem używaniu wody karlsbadzkiej oddziaływanie może się zmienić na alkaliczne, a zdolność trawienia może zniknąć, natomiast mniej jest składników morfotycznych w żołądku i składników żółci, a czynność ruchowa żołądka wydaje się być wzmożoną. W innym szeregu przypadków, cechujących się niedomogą wydzielniczą, woda karlsbadzka może podnieść siłę trawienia żołądka i kwasotę. Działanie upośledzające wody karlsbadzkiej na czynność żołądka skłoniło Ewalda i Sandberga do badań w tym kierunku. I tak na podstawie swych doświadczeń twierdzą oni, iż kwas solny nigdy nie znika z żołądka podczas kuracyi karlsbadzkiej, trwającej 30—36 dni, ani po niej. Co do wpływu na kwasotę, to znajdują, iż woda karlsbadzka działa silniej niż zwyczajna o tej samej ciepłocie. Po wypiciu wody karlsbadzkiej można już po pół godziny wykazać HCl w żołądku. Działanie pepsyny nie słabło po 4—5-tygodniowej kuracyi, taksamo i działanie zaczynu podpuszczkowego, nadto w przypadkach, gdzie przed rozpoczęciem kuracyi kwasota była nizką, podczas tejże podnosiło się działanie pepsyny i zaczynu podpuszczkowego. Zaczyn podpuszczkowy znajdowali autorowie ci nawet przy braku HCl wolnego i przy bardzo powolnem działaniu pepsyny. Nigdy nie spostrzegali podczas 4—5 tygodniowej kuracyi niszczącego działania wody karlsbadzkiej na pepsynę i na zaczyn podpuszczkowy. Przy dłużej trwającej kuracyi karlsbadzkiej otrzymywali po wlaniu wody ciepłej (50—55°),

lub obojętnej (37—38°), po $^1/_4$—$^1/_2$ godziny sok żołądkowy, zawierający HCl, pepsynę i zaczyn podpuszkowy. Wracanie się żółci zauważyli autorowie często tak po wodzie karlsbadzkiej, jak i po zwyczajnej. Zachowanie się śluzu było bardzo zmienne. Geigel i Abend nie spostrzegli działania zobojętniającego wody karlsbadzkiej na kwasotę. Nawet woda studzienna lepiej tu działała, ponieważ obniżała przynajmniej odsetkową ilość HCl. Dlatego przypuszczają oni inny czynnik w korzystnem działaniu wody karlsbadzkiej na różne cierpienia żołądka, a nie zobojętnienie soku żołądkowego. Nakoniec Spitzer przeprowadził kontrolujące doświadczenia z powodu prac Jaworskiego i Ewalda z Sandbergiem, a wnioski jego są następujące:

1. W większej części przypadków siła ruchowa zwiększała się, w żadnym nie była upośledzona, szczególniej widocznem to było w przypadkach ruchowej niedomogi. Zgadza się z obserwacyą Penzoldta, gdzie żołądek dotknięty rozstrzenią, pod wpływem pewnej ilości soli karlsbadzkiej wcześniej się opróżniał. Przyspieszenie to można przypisać tak CO_2, jak i ciepłocie i siarkanowi sodowemu. Zwiększenie ruchowej czynności żołądka pochodzić może tak z podrażnienia jego mięśni, jak przedewszystkiem odruchowo, skutkiem zwiększonego ruchu jelit.

2. Zmniejszenia siły trawiennej pepsyny nigdy po leczeniu czterotygodniowem wodą karlsbadzką nie zauważył, nawet w lżejszych przypadkach przewlekłych nieżytów zauważył nieznaczne wzmożenie. Tam zaś, gdzie była zupełna utrata pepsyny, nie pojawiła się ona pod wpływem leczenia karlsbadzkiego.

3. Wydzielanie kwasu solnego wykazywało wahania w granicach fizyologicznych. Wysokie wartości kwasoty spadały szybko do prawidłowych, jednak nie niżej. W dwóch przypadkach *Gastritis atrophica* nie pojawiał się wcale HCl po kuracyi, jak go i nie było przedtem.

4. Działanie pepsyny nie było zależne od kwasoty i podczas spadania kwasoty nie zmniejszało się.

5. Zaczyn podpuszczkowy nie zmniejszał się nigdy, czasem nawet się podnosił.

Te wyniki zgadzają się z rezultatami Ewalda i Sandberga; sam autor twierdzi jednak, że podania Jaworskiego mają podstawę w obserwacyi karlsbadzkiej. Często bowiem u osób wrażliwych i nerwowych występują podczas lub po kuracyi karlsbadzkiej objawy podmiotowe niedomogi wydzielniczej, a badanie żołądka zgłębnikiem wykazuje silne upośledzenie chemizmu. Do tego wpływu upośledzającego czynność żołądka ma się przyczyniać także i ścisła dyeta karlsbadzka.

Z tych ostatnich prac możnaby wnosić, iż działanie wody karlsbadzkiej, obniżające kwasotę żołądka, jest nierozstrzygnięte. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, iż tak Ewald z Sandbergiem, jak i Spitzer robili swe doświadczenia na chorych przychodnich i nie mogli kontrolować ściśle dyety, jaką chorzy zachowywali, nie możemy wyników ich uważać za tak pewne, jak Jaworskiego, który doświadczenia swe przeprowadzał na klinicznych chorych w klinice krakowskiej Korczyńskiego. Nadto autorowie tamci nie podają dokładnie swych doświadczeń i nie przytaczają historyi chorób, gdy tymczasem w pracy Jaworskiego mamy cały szereg tablic, przedstawiających jasno sposób postępowania. Możemy się zresztą powołać i na dalszą pracę E. Korczyńskiego i Jaworskiego, traktującą o klinicznych objawach przy wrzodzie i raku żołądka. Autorowie ci badali 24 przypadków wrzodu żołądka i stosowali przy nim wodę karlsbadzką, w następstwie czego spostrzegali zawsze obniżenie produkcyi HCl, a nawet zupełny jego zanik.

I późniejsze spostrzeżenia, zebrane w klinice krakowskiej E. Korczyńskiego, przeważnie na chorych stałych, a nie ambulatoryjnie leczonych i bardzo często całym szeregiem lat obserwowanych, wykazały, że w schorzeniach anatomicznych żołądka z cechą wzmożonego wydzielania kwasu solnego (nieżyt kwaśny, wrzód żołądka) pierwotne, wydzielanie większej ilości HCl pobudzające, działanie wody karlsbadzkiej, albo wcale się nie pojawia, albo trwa bardzo krótko; natomiast osobliwie przy dłuższem używaniu tejże wody, jako stały objaw uwydatnia się stałe obniżanie się siły wydzielniczej kwasu solnego, które prawdopodobnie zależy od wpływu tej wody na swoiste komórki nabłonkowe, w wydzielaniu kwasu solnego pośredniczące.

Tak więc w działaniu wody karlsbadzkiej w całości, a nie jej poszczególnych składników, istnieją dwa okresy: chwilowego pobudzenia chemizmu i mechanizmu żołądka, a następnie, — przy dłuższem używaniu, — obniżenia sprawności wydzielniczej. Ten to drugi okres — przynajmniej według zapatrywań doświadczalnych szkoły krakowskiej, tyloletniem doświadczeniem balneoterapeutycznem stwierdzonych, — stanowi główny czynnik leczniczy wody karlsbadzkiej. (C. d. n.)

II. **Ze szpitala Wilhelminy w Wiedniu**
pod kierunkiem Dra J. Toelga.

Niezwykłe umiejscowienie opryszczek (herpes) w przebiegu dławcowego zapalenia płuc.

Podał
Dr. Franciszek Kluk-Kluczycki.

Powszechnie znanem jest występowanie opryszczek (herpes) w przebiegu niektórych chorób gorączkowych ostrych, występujących bądź to (najczęściej) na wargach, na granicy między skórą a błoną śluzową, bądź na samej skórze wargi górnej lub dolnej, bądź też w okolicy nosa, lub też na innych miejscach powierzchni skóry lub błony śluzowej. Najczęściej znajdujemy opryszczki w przebiegu dławcowego zapalenia płuc; obecność ich w tych przypadkach służy nam za ważny bardzo objaw dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy dławcowem zapaleniem płuc, a innemi ostremi chorobami gorączkowemi, tak jak n. p. pomiędzy durem brzusznym a zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych nagminnem i t. p. W przypadkach zapalenia płuc obecność opryszczek może być w pewnym stopniu nawet jedynym objawem, wystarczającym na pierwszy rzut oka do rozpoznania tego zapalenia.

Znaną jest rzeczą, że często bez ściślejszego badania można rozpoznać zapalenie płuc tylko z obecności opryszczek wargowych, oczywiście przy uwzględnieniu całego zewnętrznego wejrzenia chorego. I tak n. p. jako *curiosum* przytacza Aufrecht, autor rozprawy *Die Lungenentzündungen* w Nothnagla *Specielle Pathologie und Therapie*, że spotkawszy raz na przechadzce pewnego kolegę, wyczytał na jego twa-

rzy zapalenie płuc, które rzeczywiście w 2 dni potem wystąpiło, a to tylko na podstawie opryszczek na wardze górnej.

Niekoniecznie jednak znachodzimy opryszczki tylko na wargach, lub wogóle w najbliższej okolicy ust; umiejscowienie ich, niezależnie od jakości i siedliska choroby, może mieć siedziby najrozmaitsze. Schwimmer *(Ueber einige durch Influenza bedingte Hauterkrankungen. Wien. med. Wochenschr.* XL. 37. 1890) przytacza przypadki zapalenia płuc po grypie (influenzy), w których znajdował opryszczki tęczowate (herpes iris) i opryszczki gorączkujących na podniebieniu i na błonie śluzowej tylnej ściany połyku. Stoicescu *(Schmidts Jahrb.* B. 243. I. 147. 1894) spostrzegał opryszczki na spojówce gałki ocznej również w przebiegu dławcowego zapalenia płuc; Giraudeau *(Semaine médicale* XVII. 15. 1897) — na skórze prawego uda w okresie wyzdrowienia po zapaleniu płuc; a Thomas *(Archiv der Heilkunde,* B. VI, 118. 1865) — tuż przy odbytnicy. Wogóle zdołano udowodnić, że opryszczki — najczęściej wargowe — zdarzają się w 42% samego tylko dławcowego zapalenia płuc. O ile nader często w przebiegu zapalenia płuc spotykamy opryszczki na wargach, o tyle znów nadzwyczaj rzadko widzimy je gdzieindziej usadowione. W zeszłym miesiącu miałem sposobność spostrzegania opryszczek na języku (herpes lingualis) u chorej, dotkniętej zapaleniem płuc. Przypadek ten dotyczył 41-letniej pacyentki, przyjętej do naszego szpitala 30 stycznia. Wywiady, zasięgnięte od rodziny chorej, wykazały: pacyentka zachorowała 27 stycznia nagle wśród objawów następujących: wieczorem tegoż dnia wystąpiła gorączka, a wkrótce potem dreszcze; w nocy uczuła chora kłójące bóle w prawej stronie klatki piersiowej; równocześnie wystąpiły poty; brak łaknienia, pragnienie. Gorączka trwała bez przerwy; w 2 dni potem przywieziono chorą do szpitala.

Badanie wykazało: naciek zapalny w dolnym płacie płuca prawego; plwocina rdzawa, zawierająca *diplococcus pneumoniae* Weichselbauma, obfitą ilość ciałek wypocinowych i w miernej ilości paciorkowiec ropotwórczy; język obłożony; po obu stronach wargi dolnej symetrycznie umiejscowione opryszczki wargowe. W moczu białko w miernej ilości, chlorki zmniejszone. Badanie krwi na preparacie świeżym wykazało: zwiększoną ilość włóknika, pole widzenia zasiane licznymi leukocytami. Na preparacie barwionym — brak ciałek eozynochłonnych. Ilość leukocytów: 18.600 w 1 mm. Oddechanie przyspieszone i powierzchowne, liczba oddechów 36; ciepłota 38,7, tętno 116. Rozpoznanie: *Pneumonia crouposa lobi inferioris dextri in stadio hepatisationis.*

W czasie przebiegu choroby pojawiały się kilkakrotne krwawienia z nosa nieznacznego stopnia. 3-go lutego rano wystąpiły objawy świeżego nacieku zapalnego w płucu lewem; równocześnie język stał się suchym, koloru brunatno-żółtego, pokryty dość licznymi pęcherzykami żółtawymi, dochodzącymi do wielkości ziarnka drobnego śrutu, wystającymi nad powierzchnię błony śluzowej języka. Po nakłóciu pęcherzyków otrzymano ciecz lekko mętnawą; drobnowidowe poszukiwanie w niej *diplococcus pneumoniae* wypadło ujemnie; natomiast wykazało niewielką ilość leukocytów i komórek przybłonkowych. Hodowla tej cieczy na agarze wydała gronkowiec ropotwórczy złoty, a następnie hodowla tego gronkowca złocistego, zaszczepiona na zwierzęta, wykazała, że nie mamy do czynienia z istotą chorobotwórczą, gdyż nie można było dostrzedz jakiegokolwiek odczynu chorobowego. Równocześnie z pojawieniem się opryszczek na języku wystąpiło cuchnienie z ust.

Sprawa zapalna przebiegała prawidłowo. W nocy z 7go na 8-y lutego znikły opryszczki na języku, pozostawiając po sobie nieznaczne tylko ślady, utrzymujące się jeszcze przez przeciąg kilkunastu godzin, gdy tymczasem opryszczki na wardze dolnej utrzymywały się jeszcze do 9go, w którym pozostały po nich tylko ciemne strupki, które 11go bez śladu zginęły.

Ważniejszą jednakże była ta okoliczność, że równocześnie z ustąpieniem opryszczek na języku, wystąpiło przesilenie choroby i to jednocześnie w płucu lewem i prawem. Stan gorączkowy 7go lutego o godz. 8 wieczór: 38·2, dnia następnego rano o 6tej: 36·4, tętno 82, liczba oddechów 24; od tej chwili stan bezgorączkowy, w obydwu płucach rozdzielanie się nacieku, język czysty, wilgotny, ilość moczu nieco zwiększona, ślady białkomoczu utrzymują się jeszcze, we krwi pojawienie się ciałek eozynochłonnych, ilość leukocytów: 8200.

O ile z jednej strony zajmującem dla mnie było pojawienie się opryszczek na języku, o tyle znów więcej zastanawiał mnie ścisły związek, zachodzący pomiędzy wystąpieniem nowego nacieku zapalnego w płucu lewem, w chwili istnienia już sprawy zapalnej w płucu prawem, a równoczesnem pojawieniem się opryszczek na języku i ich ustąpieniem równocześnie z nastaniem przesilenia chorobowego w obydwu zajętych płatach. Przebieg choroby wykazuje nam, że z chwilą wystąpienia świeżego nacieku zapalnego w płucu lewem, wystąpiły też i opryszczki na języku, które przebiegały ręka w rękę ze sprawą zapalną; bo równocześnie z nią się rozpoczęły, również długim był ich przebieg i równocześnie z nią ustąpiły w chwili przełamania się choroby.

Przypuszczając, że może zawartość pęcherzyków opryszczkowych na języku różni się od zawartości ich na wargach, porównywałem wynik badania treści pierwszych z wynikiem badania zawartości kilkunastu opryszczek wargowych, występujących również w przebiegu dławcowego zapalenia płuc; lecz badanie nie wykazało nic odmiennego.

Czy w powyższym przypadku zachodził rzeczywiście jaki ściślejszy związek pomiędzy wystąpieniem świeżego nacieku zapalnego, a równoczesnem ukazaniem się opryszczek na języku, czy był to tylko przypadek? nie mogę osądzić; tembardziej, że spostrzegając poprzednio jeszcze, a i potem, ze szczególniejszą uwagą przebieg obustronnego lub skrzyżowanego zapalenia płuc, nie zdołałem nigdy natrafić chociażby nawet na ślad opryszczek już nietylko koniecznie umiejscowionych na języku, ale nawet i takich, któreby przebiegały równie, ściśle jednocześnie ze świeżemi sprawami zapalnemi, jak w opisanym powyżej przypadku

Ogłoszenie niniejszego przypadku usprawiedliwiam tem, że przeglądając dokładnie literaturę tego przedmiotu, nie znalazłem nigdzie opisu podobnego usadowienia opryszczek.

W czasie, kiedy niniejsza publikacya była w druku, miałem sposobność spostrzegania przypadku dławcowego zapalenia płuc, który o tyle był interesującym, że umiejscowienie opryszczek było niezwykłe. Dotyczyło to 42-letniej chorej, przyjętej do naszego szpitala 13go marca z zapaleniem górnego płatu płuca prawego. Stan chorej w dniu przyjęcia był następujący: gorączka 39·4, naciek zapalny w gór-

nym płacie prawym. W 2 dni potem (15 marca) nastąpił przełom chorobowy; stan bezgorączkowy, liczne rzężenia w miejscu dawnego nacieku zapalnego, język oczyszcza się. Niedługo potem (17 marca) wystąpiły bardzo liczne opryszczki, umiejscowione zupełnie symetrycznie na skórze po obu stronach kości krzyżowej, w odległości kilku centymetrów od odbytnicy. Podczas kiedy jedne z nich ustępowały, pojawiały się świeże — ale zawsze symetrycznie po obu stronach — aż dopiero 26go ustąpiły, pozostawiając po sobie nieznaczne tylko strupy.

Byłby to analogiczny przypadek do wspomnianego wyżej i opisanego w *Archiv der Heilkunde* przez Thomasa.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Ze szpitala powszechnego w Brzeżanach.

Przypadek cięcia cesarskiego przy miednicy karłowatej,

podał
Dr. Adam Kowenicki,
sekundaryusz.

W literaturze położniczej rzadko spotykamy opisy połogów u karlic: fakt ten zniewala mnie do ogłoszenia przypadku porodowego, jaki miał miejsce w szpitalu powszechnym w Brzeżanach, zwłaszcza, że wyjątkowe trudności, jakie przy porodzie zachodziły, zmusiły nas do zastósowania, jako *ultima ratio*. cięcia cesarskiego:

Dnia 4 stycznia b. r., o godzinie 7-mej wieczorem przywieziono do szpitala powszechnego Chanę Gross, kobietę 26 lat liczącą, pierwiastkę, w bolach porodowych, które miały wystąpić w dniu 2-gim stycznia i bez przerwy od tego czasu trwają. Pęcherz płodowy miał pęknać w dniu przybycia do szpitala po południu, podczas wewnętrznego badania, dokonanego w domu rodzącej, przez lekarza który polecił rodzinie odwieźć rodzącą do szpitala.

Badanie przedmiotowe, dokonane wkrótce po przybyciu rodzącej, wykazało: Kobieta wzrostu bardzo nizkiego, nieźle odżywiona, o budowie kośćca wątłej. Powiększony brzuch wypełnia macica ciężarna; przy obmacywaniu głębokiem w przerwie między bólami można wyczuć nad wchodem miednicy małej główkę płodu balotującą, grzbiet po stronie lewej i po tejże stronie wyraźnie wysłuchać się daje tętno płodowe. Po dokładnem oczyszczeniu sromu, wewnętrznej powierzchni ud, po odkażeniu rąk swoich i przepłókaniu pochwy 0,50%-rozczynem lisolu, wykonałem badanie przez pochwę. Badanie to wykazało: wejście do pochwy bardzo wazkie. przepuszczające ledwo 2 palce; brak rozpulchnienia błony śluzowej pochwy; ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozwarte; do części przodującej, t. j. główki, z trudnością tylko dojść można; natomiast nie da się wybadać i rozpoznać ciemion i szwów. Do wzgórka kości krzyżowej (*promontorium*) dochodzi się z wielką łatwością, przyczem stwierdzić można, że wymiar przekątny wchodu (*coniugata diagonalis*) wynosi $7\frac{1}{4}$ ctm., z czego wynika, że wymiar prosty wchodu wynosi około $5\frac{3}{4}$ ctm.

Następnie oznaczyłem inne wymiary miednicy cyrklem Baudelocquea, a wyniki podaję poniżej, równocześnie przyłączając dla ułatwienia porównania wymiary miednicy prawidłowej. (*Lehrbuch der gesammten Gynaekologie von Prof. Dr. Friedrich Schauta 1895*).

	wymiary miednicy prawidłowej	wymiary miednicy Chany Gross.
Dist. crist.	*29 ctm.*	*25 ctm.*
Dist. spin.	*26 ctm.*	*$20\frac{1}{4}$ ctm.*
Dist. troch.	*31 ctm.*	*26 ctm.*
Con. diag.	*$12\frac{1}{2}$ ctm.*	*$7\frac{1}{4}$ ctm.*
Con. externa Baudeloqui	*19—20 ctm.*	*$15\frac{1}{2}$ ctm.*

Dodam wreszcie, że w dniu 28 stycznia w czasie, w którym pacyentka już wstawała, zmierzyłem wysokość jej ciała, która wynosi 128 ctm. Zwracam uwagę, iż tak wywiady, jak i dokładne badanie, później dokonane, nie wykazały żadnego podejrzenia ani śladu przebytej krzywicy. Zresztą i kształt miednicy przemawia przeciw temu. Mamy więc do czynienia z miednicą karłowatą (Pelvis nana). Z wymiarów powyżej podanych wynika niemożliwość ukończenia porodu, nawet przy pomocy wymóżdżenia; postanowiliśmy przeto z obecnym równocześnie prymaryuszem, Wnym Drem Zaudererem, ukończyć poród cięciem cesarskiem; a ponieważ rodząca była, że się tak wyrażę, idealnie brudną, a w dodatku od trzech dni stolca nie miała, a tak jej stan ogólny (ciepłota 37,2, tętno 80), jakoteż zachowanie się macicy na to pozwalały, odłożyliśmy rękoczyn na dzień następny. Stolec dość obfity nastąpił po zastosowaniu wlewań Hegara, powłoki zaś zewnętrzne sam oczyściłem.

Dnia 5 stycznia, po powtórnem oczyszczeniu rodzącej i wypróżnieniu pęcherza moczowego, przy zachowaniu możliwie ścisłej aseptyki, wykonałem z polecenia prymaryusza i przy uprzejmej Jego pomocy, jako też czterech innych uproszonych kolegów, cięcie cesarskie sposobem zachowawczym Saengera.

Na tem miejscu muszę się wytłómaczyć, dla czego użyłem sposobu Saengera, kiedy tak znaczne ściśnienie miednicy, narażające osobę tę w danym przypadku na drugą laparotomię, wymagało usunięcia macicy, a pęknięty pęcherz płodowy mógł wzbudzić podejrzenie, że istnieje już zakażenie, a to tem bardziej, iż, jak już wyżej wspomniałem, powłoki rodzącej czystością nie grzeszyły. Do użycia sposobu tego nakłoniło nas przedewszystkiem to, iż badana na utratę macicy w żaden sposób zgodzić się nie chciała, mówiąc, iż ewentualny drugi jej poród nie będzie tak ciężki, a następnie uwzględnialiśmy i długość użytego czasu przy operacyi, gdyż Chana Gross już w chwili pierwszego badania, o czem dotychczas nie wspomniałem, miała silny nieżyt oskrzelowy, obawialiśmy się więc, by długa narkoza nie pogorszyła stanu płuc. Przebieg operacyi nie przedstawiał większych trudności: cięciem w linii białej, poczynającem się na dłoń powyżej pępka, a kończącem się na dłoń powyżej spojenia łonowego, odsłoniłem macicę, po podwiązaniu kilku naczyń w powłokach wytoczyłem ją i okryłem, oddzielając w ten sposób od jamy brzusznej, ciepłymi płatami gazy i kompresami. Na dolny odcinek macicy zamiast sączka założyłem szmat gazy wyjałowionej i oddałem go pomagającemu koledze, by po przecięciu, w razie krwawienia, końce gazy więcej ściągał. Następnie przeciąłem ścianę macicy w kierunku osi podłużnej, płód żyjący męzki wyjąłem za pośladki i oddałem akuszerce do podwiązania i oddzielenia pępowiny, a w końcu odkleiłem łożysko z błonami (łożysko znajdowało się na przedniej powierzchni i przy przecinaniu macicy nieco naciętem zostało). Krwotok po przecięciu macicy nie był znaczny; a ponieważ szmat gazy okazał się nie praktyczny, uciskał asystujący kolega dolny odcinek macicy palcami. By zabezpieczyć się przed krwotokiem atonicznym po zeszyciu, wstrzyknięto operowanej 0,40 *ergotini Bombellon*. Jelita, wypierane na zewnątrz, przytrzymywał pomagający kolega. Wnętrze macicy wytarłem wyjałowionymi wacikami, gazą jodoformową i zasypałem je jodoformem. Do szycia macicy użyłem grubego jedwabiu, łącząc ściany szwem węzełkowym, a nad nimi szwem ciągłym złączyłem otrzewnowe pokrycie macicy. Tak samo szwem ciągłym zeszyłem otrzewnę powłok, a w końcu — węzełkowym powłoki brzuszne. Po założeniu opatrunku, ułożyłem operowaną, budzącą się, na łóżku i na opatrunek dałem nieprzemakalny woreczek ze śniegiem.

W godzinę po operacyi wystąpiły wymioty, przy czem wyszły z operowanej trzy glisty, stan jej jednak ogólny był zupełnie zresztą zadawalniający, a nawet kaszel nieco się zmniejszył, ciepłota wieczorna wynosiła 37,50, tętno 80 razy na minutę.

	rano ciepłota	tętno na minutę		wieczorem ciepłota	tętno na minutę
6/1	37,5	84		37,7	92

Z powodu znacznych odchodów przepłókano srom wodą przegotowaną. Silny kaszel, podano *Codeinum muriat.*

7/1	37,00	84		37,5	88

Kaszel słabszy; srom przepłókano, i zabiegi te następnie codziennie powtarzano z powodu bardzo obfitych odchodów.

8/1	37,00	84		37,5	88
9/1	37.00	84	stolec	37.5	84
10/1	37,00	88		37,5	92
11/1	37.00	84	stolec	37,00	80
12/1	37.00	84	kaszel silniejszy	37,5	84
13/1	37,5	92		37,5	88

	rano ciepłota	tętno na minutę		wieczorem ciepłota	tętno na minutę
14/1	37,00	84		38,5	96

Plwocina nieżytowa. Szwy dopiero w dniu tym wyjęto, z powodu ciągle utrzymującego się kaszlu. W dolnym odcinku rany, koło 3-ch ostatnich szwów, nieznaczne ropienie, zresztą rana zagojona doraźnie (per primam). Chora przy kaszlu skarży się na kłócie w boku prawym; w ułożeniu na bok lewy stwierdzono liczne rzężenia i świsty w dolnym płacie płuca prawego. Postawiono 30 suchych baniek. Podano: *Inf. Senegae c. Liqu. ammonii anisat. et spirit. sacchari*

15/1	37,5	88		38,5	92

stolec po oleju rącznikowym. Plwocina ropiasta, miernie obfita.

16/1	37,5	84		38,2	88

Zmiana opatrunku. ropienie w dolnej części koło wyjętych szwów dolnych utrzymuje się, brzuch przy ucisku niebolesny.

17/1	38,00	88		39,5	106
18/1	39,00	96		39,5	106

Zmiana opatrunku. Badanie płuc wykazuje wyraźne stłumienie w dolnym płacie płuca prawego. Wysłuchem stwierdza się miejscami trzeszczenie i liczne świsty i furczenia. Polecono chorej zmieniać położenie, nawet siadać; podano napar *Digit.* i *Senegae* z rumem.

19/1	39—,	96	stolec po oleju rącz.	39,5	106
20/1	38,5	96	opatrunek	39,00	106
21/1	39,00	106		39,00	110
22/1	37,5	84	stolec	39,00	110
23/1	37,5	84	opatrunek	38,00	96
24/1	37,00	84		37,7	92

Badanie płuc wykazuje objawy nieżytu oskrzelowego. Napar. *Ipec.*

25/1	36,5	80	opatrunek	37,00	88
26/1	36,5	80		37,5	84
27/1	36,5	80		37,00	80

i od dnia tego trwał dalej stan bezgorączkowy. Jak z przebiegu ciepłoty i wyniku fizykalnego badania jest widocznem, przechodziła Chana Gross po operacyi zapalenie nieżytowe płuca prawego, które musiało być u niej wywołane ciągłem leżeniem na wznak; w trzy dni bowiem po dozwoleniu operowanej zmieniania położenia, a nawet siadania, ciepłota zaczęła opadać. W dniu 28/1 pozwoliła sobie Chana Gross wstać z łóżka i przy rannej wizycie zastałem ją siedzącą na krześle; ponieważ powłoki brzuszne w górze były już zupełnie zagojone, a w dole przedstawiały pięknie granulującą rankę linijną, przeto pozwoliłem jej od dnia tego codziennie wstawać. Siły operowanej zwolna wracały, łaknienie było zupełnie zadawalniające. W dniu 8 lutego założyłem płócienną opaskę brzuszną, a dnia 17/2 lutego, jako zupełnie zdrowa, opuściła operowana szpital wraz z dzieckiem.

Wypełniając miły dla mnie obowiązek na tem miejscu, dziękuję Wielmożnemu Drowi Zaudererowi, Dyrektorowi szpitala, za pozwolenie wykonania operacyi i za zachętę do opisania tego przypadku, jakoteż uprzejmym kolegom za udzieloną pomoc.

IV. Wyciągi.

Dr. M. Reimar: **O zapaleniu siatkówki krwotokowem w następstwie rozrostowego zapalenia śródtętniczego** *(endarteritis proliferans)* **z drobnowidowem badaniem jednego przypadku.** *(Archiv f. Augenhlk.* Luty 1899). Autor miał sposobność badać drobnowidowo przypadek, w którym wziernikiem rozpoznano zakrzep żyły głównej siatkówki, a w pół roku później wyłuszczono gałkę z powodu jaskry. Badanie drobnowidowe wykazało rozrostowe zapalenie śródtętnicze tętnicy głównej siatkówki. Zmiany odnosiły się przeważnie do błony wewnętrznej tętnic, która była silnie zgrubiałą, jużto w całym obwodzie, jużto tylko jednostronnie, przedstawiając na przekroju kształt półksiężyca, a zacieśniając coraz więcej światło naczyń, spowodowała przerwanie krwiobiegu, skutkiem czego przyszło do obumarcia pierwiastków nerwowych warstw wewnętrznych, co podmiotowo objawiło się znacznem upośledzeniem bystrości wzroku. Skoro później, czy to wskutek podwyższenia się parcia krwi, czy to zmniejszenia się energii skurczu ścian tętnic, światło ich nieco się rozszerzyło, prąd krwi przepływał przez ściany zmienione jeszcze więcej skutkiem chwilowej niedokrewności i wskutek tego przyszło do wynaczynień, które R. stwierdził w siatkówce. Obok tego znalazł Reimar liczne tętniaki prosówkowe. Żyły siatkówkowe były tylko miejscami zajęte sprawą miażdżycową. Chora miała lat 57; oprócz wysokiego stopnia miażdżycy tętnic skroniowych i tętnicy promieniowej, stan ogólny zmian nie przedstawiał. Przechodząc zapatrywania autorów, począwszy od Heubnera, który pierwszy zwrócił uwagę na rozrostowe zapalenie śródtętnicze, uważając je za sprawę pochodzenia kiłowego, przyjmuje autor dzisiejsze wyobrażenia większej części chirurgów, którzy uważają ją jako postać miażdżycy tętnic, zajmującą według Riblerta w większych naczyniach wszystkie warstwy ścian, w mniejszych zaś przeważnie usadawiającą się w błonie wewnętrznej. Miażdżyca może wystąpić i w młodym wieku, usadawia się w sercu, (wady zastawkowe, zamknięcie światła tętnicy wieńcowej serca), w nerkach (zwyrodnienie), w mózgu (porażenia), w mięśniach (bóle gośćcowe), w kończynach (zgorzel samoistna). Co do wzroku, cierpienie charakteryzuje się nagłem upośledzeniem bystrości jego w całem polu widzenia, a wziernikiem dostrzegamy liczne wynaczynionki siatkówkowe, obok białych plam, tętnice cienkie, otoczone białemi obwódkami, miejscami zamienione w szaro-białe postronki; żyły zaś albo prawidłowe, albo tylko nieco rozszerzone, w czem leży różnica rozpoznawcza od zakrzepu w żyle głównej siatkówki. Tak jak porażenia po udarze mózgowym, tak mogą ustępować i zaburzenia bystrości wzroku, gdyż pierwiastki nerwowe, jeżeli niedokrewność trwała krótko, napowrót stają się zdolne do czynności. *Dr. A. Bednarski.*

R. Kraus i W. Seng: **Przyczynek do znajomości mechanizmu zlepiania się (aglutynacyi).** *(Wiener klin. Wochenschrift.* 1899. Nr. 1). Autorowie wzięli sobie za zadanie wyjaśnić teoretycznie sprawę aglutynacyi. Przechodzą więc krytycznie wszystkie teorye w porządku czasowym. Najwcześniejsza z nich teorya Grubera upatruje przyczynę zlepiania się w rozpulchnieniu osłonki bakteryi, które przez to stają się lepkiemi. Pfeiffer jednak wykazał, że przypuszczalne rozpulchnienie osłonki nie istnieje. Również Bordet twierdzi, że teorya ta nie jest niczem poparta, gdyż zlepione bakterye nie tracą kształtów, ani rzęsek. Doświadczenia Trumppa dowodzą raczej rozpadu mętwików *(vibrio)* na ziarenka, a nie, jak on twierdzi, ich pęcznienia. W dawniejszej swej pracy (Kraus i Löw) wykazał jeden z autorów, że rozpad taki zdarza się nietylko u mętwików, lecz i w prątku durowym i okrężnicowym *(bact. coli)* pod wpływem świeżej surowicy ptasiej. — Wyżej wspomniany Bordet przypisuje zlepianie się przyciąganiu molekularnemu, jednak niczem swego zdania nie popiera. Ważnemi natomiast są spostrzeżenia Bordeta, Widala i van de Veldea, że i nieżywe bakterye pod wpływem swoistej surowicy zlepiają się, że zatem sprawa ta nie jest ściśle z ich życiem i ruchomością związana. Kraus wykazał, że w przesączach bulionowych hodowli cholery, duru i dżumy za dodaniem odpowiedniej surowicy powstają strąty swoiste. — Na podstawie tego twierdzi Paltauf, że zlepianie się jest zjawiskiem mechanicznem, w którem strąty powstające porywają ze sobą drobnoustroje. Tego samego zdania jest Ch. Nicolle, który doświadczenia te stwierdził na prątku okrężnicowym, *vibrio Massauha* i prątku durowym, a nadto wykazał, że po dodaniu do przesączu bulionowej hodowli prątka okrężnicowego (*bact. coli.*), prątków durowych i innych drobnoustrojów a potem rozcieńczonej surowicy swoistej *coli*, nastąpiła aglutynacya. W ten sam sposób zachowywały się cząsteczki łojku, znajdujące się w zawiesinie w bulionowej hodowli prątka okrężnicowego, gdy dodał surowicy równoimiennej. Różnoimienna surowica nie wywoływała zlepiania się cząsteczek łojku. — Dineur na podstawie ujemnych wyników w otrzymaniu osadu w przesączu bulionowym uważa ten osad jako rzecz uboczną w sprawie zlepiania się i powołuje się na Malvoza, który wykazał, że zlepianie się drobnoustrojów powstaje również pod wpływem alkoholu. Dalej wykazuje na podstawie swych i Malvoza doświadczeń, że prątki durowe, dłuższy czas w wodzie płókane, nie zlepiają się ani pod wpływem alkoholu, ani surowicy, ani formaliny, ani safroniny. — Z doświadczeń Nicollea wynika wprawdzie, że 25—30-dniowe hodowle, wymyte w wodzie, gorzej się skupiają, natomiast 2—3-dniowa hodowla zachowuje się tak samo, jak porównawcza, w przesączach zaś starych kultur dostaje się łatwiej i większe strąty, niż w młodych. Dowodzi to, że

z hodowli starych więcej są swoiste substancye wyługowane i stąd łatwiej przez płókanie z nich usunąć się dadzą. W tych razach ani alkohol, ani inne istoty chemiczne nie wywołają zlepiania się, bo może to nastąpić tylko wtenczas, gdy środowisko, w którem bakterye się znajdują, tworzy z powyższemi substancyami straty (białko w bulionie). Tak więc nie utrata rzęsków, jak twierdzi Dineur, lecz brak istot strącalnych jest przyczyną ujemnego wyniku aglutynacyi.

Autorowie przyłączają się w swem zapatrywaniu do twierdzenia Paltaufa i Nicolla (teorya mechaniczna) i dla wyjaśnienia tej sprawy podają jeszcze szereg doświadczeń. Tak jak cząsteczki łojku, zlepiają się w bulionie za dodaniem alkoholu także cząsteczki tuszu, cynobru, ultramarynu, co da się obserwować w próbówce i pod drobnowidem i przedstawia obraz, zupełnie podobny do zlepiania się drobnoustrojów. Na udowodnienie tego podają autorowie 3 doświadczenia. 1) Jeśli do kropli bulionowej zawiesiny tuszu dodamy kroplę alkoholu, występuje aglutynacya — nie wystąpi zaś gdy zamiast bulionu użyjemy roztworu fizyologicznego soli, lub wody. 2) W rozcieńczeniach bulionu roztworem fizyolog. soli, lub wodą, występuje aglut. cynobru wyraźnie w stosunku 1:40 wody, a nie występuje w roztworze 1:50. Cząsteczki nie mają wprawdzie ruchów molekularnych, lecz są odosobnione. Podobny wynik z hodowlą gronkowca. Jeżeli jednak do powyższych roztworów soli lub do wody, w której znajdują się drobnoustroje, lub cząstki mineralne, dodamy bulionu lub białka, to po dodaniu alkoholu otrzymamy natychmiast aglutynacyę. 3) Zależność i równorzędność aglutynacyi z tworzeniem się stratów można spostrzegać pod drobnowidem, a gdy przez rozcieńczanie środowiska znika osad, to znika równocześnie aglutynacya.

Procz powyższych substancyi wywołują zlepianie się także kwasy, zasady, sole ($CuSO_4$, octan ołowiowy kwaśny i zasadowy) i safranina. Cynober w roztworze peptonu skupia się tak, jak w bulionie. Tusz w roztworze soli za dodaniem alkoholu skupia się dzięki zawartości gumy. Strątów dotąd nie udało się autorom zabarwić. Widzieć je można pod drobnowidem w postaci kłaczków w roztworach bez drobnoustrojów. — W skupieniach drobnoustrojów są niewidzialne.

Powstawanie strątów jest więc niezbędnym warunkiem wystąpienia aglutynacyi, a strąty te stanowi w aglutynacyi swoistej swoista substancya, zawarta częścią w bulionie, częścią w ciałach bakteryi, a strącalna jednoimienną surowicą, — w nieswoistej zaś są to ciała białkowate, strącalne wymienionemi istotami chemicznemi. W jednej i drugiej aglutynacyi teorya mechaniczna najlepiej całą sprawę tłumaczy.

Dr. Flis.

A. Herrmann. **Przyczynek do pytania: czy kamicę żółciową należy leczyć wewnętrznie, czy też chirurgicznie?** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten.* T. IV, Z. 2). Autor, dyrektor szpitala w Karlsbadzie, jest zasadniczym zwolennikiem leczenia środkami wewnętrznymi (w Karlsbadzie) wszystkich form „regularnych“ (niepowikłanych) kamicy żółciowej. Nie twierdzi bynajmniej, aby takiem postępowaniem osiągnąć można wyleczenie zupełne, owszem jest przekonany, że leczenie w Karlsbadzie wprowadza cierpienie napowrót w okres utajenia, w jakim istniało przed wybuchem pierwszej kolki, ale w tej postaci choroba sama nie grozi życiu chorego, H. widział bowiem zaledwie 2 przypadki śmierci na 460 spostrzeganych chorych; owo utajenie cierpienia następuje dzięki żółć pędzącym własnościom wód karlsbadzkich; skład żółci staje się prawidłowym i nie pobudza pęcherzyka do nadmiernych ruchów robaczkowych. Autor zaprzecza, ażeby pod wpływem picia wód wspomnianych kamyki w zwiększonej ilości się wydalały. Do leczenia wewnętrznego zachęca autora nadto kilkakrotnie spostrzegany nawrót kamicy po operacyach, dawniej z tego powodu dokonanych na pęcherzyku. Zbyt małą jednak liczbę chorych w tym kierunku spostrzegał H., aby się mógł stanowczo oświadczyć przeciw operacyjnemu postępowaniu w przypadkach „regularnych“; z doświadczenia własnego wie jednak, że formy „nieregularne“, leczone wewnętrznie, nie zmieniają swego przebiegu na korzyść i te chętnie odstępuje chirurgom (lecz ci z pewnością niechętnie je przyjmują. Przyp. spraw.). *Herman.*

Prof. Kocher. **O niedrożności przewodu pokarmowego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten* T. IV, Z. 2). Główne niebezpieczeństwo, wedle K., grozi choremu z niedrożnością przewodu pokarmowego ze strony zmian w ściankach jelita, które ostatecznie stają się drożne dla substancyj trujących i samychże drobnoustrojów, co staje się źródłem 1) ogólnego zatrucia ustroju i 2) powoduje miejscowe obumieranie ścian jelit, ale z ich przedziurawieniem i zakażeniem otrzewnej. Zaburzenia w krążeniu powstają z jednej strony skutkiem ucisku na jelito od zewnątrz, z drugiej zaś nadmiernie gromadzące się powyżej przeszkody gazy, kał, wydzielina gruczołów i płyn przesiękowy rozdymają nadmiernie ścianę kiszek i zaciskają naczynia. Najważniejszem zatem wskazaniem leczniczem jest usunięcie przyczyn, sprowadzających owe zaburzenia w krążeniu, przez zniesienie ucisku zewnętrznego, co uskutecznić można tylko po otwarciu jamy brzusznej, i przez zmniejszenie parcia śródjelitowego, do czego ostatecznie wystarcza przetoka kałowa. W każdym przypadku zamknięcia jelit, czy to ostro, czy przewlekle powstającego, trzeba zawsze myśleć o leczeniu operacyjnem, które wykluczyć możemy tylko w tych przypadkach, gdzie z całą pewnością rozpoznajemy zamknięcie światła jelita skutkiem zatkania lub porażenia ścian kiszki i gdzie niewątpliwie wykluczamy *ileus e strangulatione.* Usunięcie przeszkody w krążeniu kału jest celem pożądanym, a usunięcie zaburzeń w krążeniu celem koniecznym każdej operacyi. A że przez laparotomią we wszystkich przypadkach obu tym wskazaniom zadość uczynić możemy, tę drogę w przeważnej liczbie przypadków obrać należy, pozostawiając zabiegi tymczasowe (odbyt sztuczny) tylko na późne okresy niedrożności wskutek zatkania lub porażenia. Złe wyniki pooperacyjne przypisać należy tylko zadługiemu wyczekiwaniu, poprawy zaś oczekiwać należy tylko od zasadniczo operacyjnego postępowania w każdym przypadku, w którym przypuszczamy mechaniczną przeszkodę.

Herman.

V. Chlumský. **Przyczynek do oceny rozmaitych sposobów łączenia jelit.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1899. Nr. 2). W pracy tej doświadczalnej, wykonanej na jelitach psów, badał autor wytrzymałość połączeń środkowych i bocznych, spojonych jużto dwurzędowym szwem, jużto guzikami Murphyego. Zwierzęta zabijał autor w rozmaitym czasie po zabiegu i oznaczał manometrem rtęciowym stopień ciśnienia wody, jakiego potrzeba było aby połączenie przerwało się. C. przekonał się, że wytrzymałość połączenia bezpośrednio po zabiegu jest względnie wysoką, wytrzymuje bowiem ciśnienie średnio 200 mm. Hg; następnego już dnia zmniejsza się i zmniejszanie się to postępuje stale przez trzecią i czwartą dobę, spadając do 50—90 mm. Hg, już jednak 5 tego dnia po zabiegu poczyna się zwiększać, tak, że między 10—15 dniem wytrzymałość miejsc połączonych równa się wytrzymałości nietkniętych ścian jelitowych (380—450 mm. Hg. u psów). Zmniejszona wytrzymałość między trzecią a piątą dobą zależy od kruchości nacieklych ścian. Zasadniczej różnicy między połączeniem zeszytem, a guzikiem M. co do ich odporności nie ma, wiele jednak innych względów przemawia przeciw guzikowi. *Herman.*

Riedel: **Otrucie arszenikiem z zejściem śmiertelnem w następstwie leczenia wcieraniami przez partacza.** *(Vjschr. f. g. M.* T. XVII Z. 1. 1899). 20-letnia służąca, dotknięta świerzbem, lecząc się bez skutku w szpitalu, udała się o poradę do partacza, w tej samej miejscowości mieszkającego, który leczył ją wcieraniem przez siebie przygotowanego płynu. Po trzykrotnem natarciu całego ciała wspomnianym płynem wystąpiły obok licznych owrzodzeń na powierzchni ciała i białkomoczu ciężkie objawy ogólne, jak osłabienie, bole w kończynach i bole głowy, wśród którychto objawów w krótkim czasie nastąpiła śmierć. Sekcya sądowa nie wykazała przyczyny śmierci, badanie zaś chemiczne pojedynczych na-

rządów wykazało ślady arsenu, który się mieścił także w płynie w ilości 2·68%. Na mocy objawów spostrzeganych za życia, jakoteż wyniku badania chemicznego wydano orzeczenie, że śmierć denatki nastąpiła w następstwie otrucia arszenikiem. Oskarżony partacz skazany został na rok ciężkiego więzienia. *Dr. Horoszkiewicz.*

Prof. Leichtenstern Otto: **Niedokrewność tęgoryjcowa (ankylostoma).** *(Deutsch. med. Wochenschr.*, Nr. 3, 1899). Najważniejszym objawem „tęgoryjnicy" czyli choroby tęgoryjcowej, który tłomaczy wszystkie inne objawy poboczne, jest niedokrewność. Może ona przybrać w cięższych przypadkach postać niedokrewności złośliwej i doprowadzić do skonu bez innych powikłań. Nazwy choroby tęgoryjcowej są rozmaite w różnych stronach ziemi, jak: błędnica egipska, *hypoaemia brasiliana*, niedokrewność cejlońska, błędnica podzwrotnikowa i t. p. W Europie sprawiła ona spustoszenia śród robotników tunelu Gotthardta, w kopalniach francuskich, belgijskich i węgierskich, w cegielniach kolońskich i t. d.

W krajach podzwrotnikowych tęgoryjnica wydarza się nadzwyczaj często, jednakowoż, mimo wtargnięcia tęgoryjca do ustroju, objawów choroby samej niema.

N. p. Hindusi bardzo często żywią w sobie tęgoryjca, którego jajka oddają z kałem, a przecież cieszą się zdrowiem. Dobson badał stolce u 1249 Hindusów i w 944 przypadkach znalazł w nich jajka tęgoryjca, więc olbrzymi odsetek = 75·6. Na tej podstawie, ponieważ badani wcale nie czuli się źle, uważa Dobson tęgoryjca za niewinnego pasorzyta.

Autor nie zaniedbał żadnej sposobności, aby nabrać w tym względzie własnego doświadczenia. Badał więc kał mieszkańców podzwrotnikowych, pokazujących się w Europie po wystawach, cyrkach i t. p., jak Hindusów, Singalezów, Jawańczyków. Znalazł rzeczywiście 62·5% jajek tęgoryjca. Ilość jednakowoż tych jajek w poszczególnych przypadkach była „bardzo mała", lub „mierna". Już dawniej, zajmując się obliczaniem ilości jajek tęgoryjca w kale, podał autor własny sposób takiego obliczania, polegający na tem, że kał prawidłowy (to jest nie biegunkowy lub po środku czyszczącym) z całej doby, rozmięszany z pewną odmierzoną ilością wody i to rozmięszany jak najdokładniej, bierze się do badania.

Z ilości jajek można wnosić z niejakiem prawdopodobieństwem o ilości samic tęgoryjca, usadowionych w jelitach.

W ten sposób obliczana ilość jajek tęgoryjca była również bardzo mała lub mierna w kale niewiast z Dahomeyu, z kraju tak zw. „czarnych amazonek", które autor wyzyskał w tym celu. Przypadkowo jedna z tych niewiast, w której kale było bardzo mało jajek tęgoryjca, zmarła z powodu zapalenia płuc w szpitalu w spostrzeganiu autora. W jelitach znaleziono dziewięć samic tęgoryjca przyssanych do ściany. Tak ta dziewczyna, jak i reszta niewiast z Dahomeyu, nie miały żadnych objawów tęgoryjnicy, były zupełnie zdrowe.

Podobne spostrzeżenia u murzynów, a także u Hindusów, Cejlończyków, skłoniły nawet Zinna i Jacobyego do wygłoszenia twierdzenia, że wprawdzie w rasie czarnej i żółtej pojawia się często tęgoryjec, lecz nie wydarza się sama choroba tęgoryjcowa tak często, że więc u ras tych istnieje odporność przeciwko tęgoryjnicy.

Tymczasem również w Europie pokazało się, że ludzie, mający w sobie tęgoryjca, lecz wydalający z kałem niewielkie ilości jajek tego pasorzyta, mogą wcale nie chorować. Tedy podług autora niema żadnej odporności rasowej, istnieje jedynie zależność od ilości pasorzytów i stopnia nadwerężenia zdrowia. W przypadkach przewlocznych tęgoryjnicy może być w kale tylko mała ilość jajek, a w razie śmierci, w jelitach bardzo niewiele pasorzytów. W takim razie poprzednio znajdowało się wiele pasorzytów, które albo wskutek leczenia, albo same, poginęły, a uszkodzenie ustroju już było z początku tak znaczne, że mimo usunięcia pasorzytów, wyczerpany narząd krwiotwórczy nie był w stanie powstrzymać niedokrewności.

Wogóle niedokrewność tęgoryjcowa zależy u wszystkich ras jedynie od ilości pasorzytów, od czasu trwania choroby, od odporności danego ustroju i od jadowitości tęgoryjca. Już dawniej podał nawet autor dla uzmysłowienia tych stosunków wzór $a = \frac{nt}{r}$, w którym a = wielkość niedokrewności, n = ilość pasorzytów, t = czas przebywania pasorzytów w jelitach, r = odporność danego ustroju.

Co do jadowitości, to rzecz nadzwyczaj zajmująca, a dotąd nierozstrzygnięta, czy rzeczywiście tęgoryjec może być więcej lub mniej jadowity. Do wzięcia pod rozwagę tej możliwości zachęca zachowanie się ustroju pod wpływem innego pasorzyta, t. j. bruzdogłowca (botriocephalus). Wiadomo, że bruzdogłowiec czasem może wywołać bardzo ciężką niedokrewność, a czasem wcale nie, choć może być w tym ostatnim razie bardzo dużo pasorzytów. Rozmaicie tłómaczono ten niestosunek pomiędzy ilością bruzdogłowców, a niedokrewnością. Autor tłómaczy (w innem miejscu, w *Handbuch der speciell. Therapie*, Penzoldt & Stintzing, Tom IV), że pomiędzy bruzdogłowcami zdarzają się więcej i mniej jadowite osobniki, jak to n. p. trafia się pomiędzy mięczakami (jadalny *Mytillus edulis* czasem bywa trujący, co nie zależy od jego stanu zdrowia).

Podobnie możnaby więc sądzić, że i pomiędzy tęgoryjcami znajdują się więcej jadowite osobniki. W każdym razie stopień niedokrewności tęgoryjcowej zależy od ilości pasorzytów, żyjących w ustroju, kiedy stopień niedokrewności bruzdogłowcowej niema związku z ilością pasorzytów.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Prof. E. Raehlmann. **Schorzenie rzęs i brzegów powiekowych wskutek roztoczy pasorzytujących w torebkach rzęsowych.** *(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* XXXVII. 2. 1899). Znaną jest rzeczą, że nużeniec (Demodex folliculorum) z roztoczy a gromady pajęczaków, żyje jako pasorzyt w torebkach włosowych i gruczołach łojowych skóry, zwłaszcza twarzy, skrzydeł nosowych i czoła, a u niektórych zwierząt, jak u psów, nieraz choroby skóry wywołuje. Majocchi w roku 1879 znalazł go w przypadku przewlekłego zapalenia brzegu powiekowego w gruczołach Meiboma w większej ilości, a Burchardt w 1884 — w treści gradówki; zaś Stieda w r. 1890 — w torebkach rzęsowych, twierdził jednak, że obecność tego pasorzyta nie sprowadza żadnych szkodliwych następstw dla rzęs. Dermatologowie również uważają nużeńca za niewinnego mieszkańca gruczołów łojowych skóry.

Tymczasem Raehlmann, na podstawie badań klinicznych, anatomicznych i drobnowidowych przekonał się, że nużeniec bardzo często (bo aż w 25% wszystkich przypadków jaglicowych) znajduje się w torebkach rzęsowych i wywołuje objawy chorobowe na rzęsach, brzegu powiekowym i w spojówce oka. W przypadkach, gdzie znalazł nużeńce w torebkach rzęsowych, uskarżano się na częste wypadanie rzęs, tarcie i świąd powiek. Dalej można było stwierdzić przekrwienie brzegu powiekowego, ograniczone lub też na całej przestrzeni z chropowatą powierzchnią, często oblepioną jakby zaschłą wydzieliną i łuskami. W cięższych przypadkach przekrwienie przechodziło na przybrzeżną część spojówki powiekowej, a wtedy bywała znaczniejsza wydzielina i dolegliwości większe.

Nużeniec jest 0,3 mm. długi, a około 0,04 mm. gruby; można go widzieć przez lupę, a najlepiej badać wyrwaną rzęsę w kropli wody przy 60—80krotnem powiększeniu. Zmiany w torebce włosowej dowodzą, że nużeniec jest szkodliwy. Wżerając się w głąb pomiędzy trzonem a pochewką wewnętrzną korzenia włosowego, ogryza dokoła korzeń rzęsy i niszczy nieraz całą torebkę rzęsową tak, że rzęsy wypadają i często wcale nie odrastają.

Także wynik leczenia przemawia za przyczyną pasorzytniczą choroby; po zastósowania balsamu peruwiańskiego w stosunku 1: 3 lanoliny na brzeg powiekowy, co najmniej przez pół godziny, lecz przestrzegając, aby nie dostał się do

worka spojówkowego, następowało po 24 godzinach znaczne polepszenie, a po kilku dniach wyleczenie. Badając rzęsy po 4 dniach leczenia mógł się autor przekonać, że większa część nużeńców wyginęła, ale niektóre jeszcze żyły. Należy przeto dłuższy czas stosować powyższą maść. *Dr. J. Kreutz.*

Prof. Kuhnt (Królewiec). **Ostre zatrucie alkoholem metylowym.** *(Zeitschrift für Augenheilkunde,* 1899. 1). Autor spostrzegał dwa przypadki ostrego zatrucia alkoholem metylowym, działającym w wyższym stopniu trująco, niż alkohol etylowy. Po wypiciu pewnej ilości alkoholu metylowego, zmięszanego z żytniówką, wystąpiły w pierwszym przypadku dreszcze, a na drugi dzień musiał chory z powodu zawrotów głowy zaniechać pracy. Zasnął i spał z jednorazową krótką przerwą 48 godzin. Pożywiwszy się nieco, usnął znowu, a po 24 godzinach obudził się z gwałtownym bólem głowy i znacznem upośledzeniem wzroku. Widzenie z każdą godziną się pogarszało; dnia zaś następnego, a więc po skończonych czterech dobach od dnia zatrucia, nie miał już na żadnem oku poczucia światła. Badanie wziernikiem nie wykazało zmian chorobowych; występowały jednakże bóle przy znaczniejszych ruchach oczu i przy ucisku na gałkę oczną, z czego roz poznać można było zapalenie pozagałkowe nerwów ocznych. Po pięciu tygodniach chory zupełnie wyzdrowiał. Towarzysz tego chorego, który większą jeszcze spożył ilość alkoholu me tylowego, zmarł na drugi dzień po spożyciu wśród objawów ostrego nieżytu żołądka i kiszek.

Doświadczenia na psach wykazały, że zatrute osobniki ginęły 2go lub 3go dnia po większych dawkach alkoholu metylowego, skutkiem porażenia oddechania wśród objawów ciągłej śpiączki.

Powyższe przypadki zasługują na uwagę nietylko dlatego, że stwierdzają wogóle ostre zatrucie alkoholem metylowym z wystąpieniem pozagałkowego zapalenia nerwów wzrokowych, lecz dla nas szczególnie także z tego powodu, że prawdopodobnie u nas w kraju, w którym napoje wyskokowe bywają często zanieczyszczane alkoholem metylowym, acetonem, formaldehydem, acetaldehydem, alylalkoholem i innemi domieszkami, nadarzy się niejedna sposobność spostrzegania przypadków zatrucia. *Dr. J. Kreutz.*

Dr. Gudden: **Przypadek urazowej cukrzycy.** *(Friedr. Bl.* Z. 1. 1899). 60-letniego B. ubranego tylko w koszulę, znaleziono w r. 1896 nieprzytomnego na chodniku koło domu, w którym mieszkał. Zawezwany lekarz znalazł pęknięcie czaszki, przebiegające od czoła ku podstawie, obrzęk i zasinienie powiek, krwotok z gardła i nosa obok licznych staré naskórka i sińców. Uszkodzony nie przypominał sobie okoliczności wypadku, wywiady zaś wykazały, że B. najprawdopodobniej w stanie na wpół śpiącym otwierając okno, wypadł przez nie z wysokości 4 m. na bruk uliczny. Badania dalsze wykazały ślepotę oka prawego jako następstwo krwotoku śródczaszkowego, obok objawów pozwalających przypuszczać obecność cukrzycy, jak silne pragnienie, niczem niedające się ugasić łaknienie obok wybitnie postępującego wychudzenia, ogólne osłabienie, bóle głowy i kończyn. Dokonane badanie moczu wykazało cukier w ilości 6%, która to ilość w miarę leczenia zmniejszała się, cukier jednak z moczu nie zniknął. W orzeczeniu uznano związek przyczynowy między urazem a cukrzycą za istniejący, oświadczono się wreszcie za 2-letnią niezdolnością do zarobkowania, co potwierdziło badanie w roku 1898, które wykazało w moczu obok białka 4·6% zawartości cukru. *Dr. Horoszkiewicz.*

Pernet i Boulloch. **Etyologia ostrej pęcherzycy.** *(Brit. Jour. of Derm.* T. 8). Autorowie przedstawiają własny i 7 innych przypadków tego cierpienia u rzeźników, a 9 u osób innego zajęcia, które jednak miały styczność ze zwierzętami i starają się wykazać, że jest to choroba zakaźna, w wielu razach od ran się poczynająca. W treści pęcherza znaleziono pod drobnowidem i zapomocą hodowli dwoinki, które autorowie uważają za takież same, jak Demme'go.

F. K.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Surowice lecznicze.

Surowica przeciwtrądowa (Dr. Carrasquilla). Od r. 1895 znana, zdobywa coraz większe uznanie, a badania Dra Grünfelda w Rostowie nad Donem — przekonywują o jej skuteczności.

Surowica przeciwjadowi wężów (Serum antivenimeux. Dr. Calmette). Do wyczerpującej pracy Dra Calmettea, umieszczonej) w *Annales de l'Institut Pasteur)* r. 1897. Zeszyt 3, str. 236), na podstawie nowszych doświadczeń dodać można, że w wielkiem niebezpieczeństwie powinno się surowicę tę wstrzykiwać do żyły, a nie podskórnie; działa ona nie tylko przeciw jadowi wężów, lecz także skorpionów, a ratować nią także można wszelkie rodzaje zwierząt domowych.

Surowica przeciwgruźlicza (Prof. Maragliano). Hager używał z dobrym skutkiem surowicy tej w przypadkach wilka. Pędzluje on mianowicie tą surowicą miejsca zajęte 2 razy dziennie przez dni kilka (razem ilość 1 cm.^{3}) i powoduje przez to blednięcie tych miejsc, zanik guzków i obrzęk sąsiednich gruczołów. Po kilko-tygodniowem, względnie kilko-miesięcznem leczeniu powstają małe blizny, a miejsca chore wyglądają, jakby zajęte wypryskiem. Co się tyczy leczenia gruźlicy, to udowodniono, że wstrzyknięcie 1 cm.^{3} tej surowicy uodpornia ustrój przeciw wstrzykniętej tuberkulinie.

Stypticinum. W ostatnich czasach próbował tego środka M. Nassauer i na podstawie wielu przypadków zaleca go przy krwawieniach z powodu zapalenia wewnątrz-macicznego (Endometritis), po usunięciu jednak schorzałej błony śluzowej. Przy mięśniakach, a właściwie krwawieniach z ich powodu, można go podawać naprzemian ze sporyszem (secale corn) i hydrastininum. Przy skłonności do krwawienia (purpura, haemophilia) skutków nie spostrzegano.

Merck wyrabia pastylki, po 5 centygramów leku zawierające:

Rp.: Tablettarum Stypticini quarum una contineat 0.05
Stypticini puri Nr. XX.
S.: 5—6 razy dnia po jednej pastylce.

W płynie zapisuje się:

Rp.: Stypticini 1.0
Aquae Cinnamomi 20.0
MDs.: 4—5 razy dnia 15—20 kropli zażyć z wodą oeukrzoną.

Taka-diastaza. Jest to enzym, wytworzony przez grzybek (Aspergillus oryzae) na duszonym ryżu. J. Tabamine używa jej do słodzenia kukurudzy przy wyrobie Whisky. Jest to proszek biało-żółty, chciwie wodę chłonący, a przemieniający w przeciągu minut 10 w maltozę przeszło 100 razy większą (co do ciężaru) ilość skrobi. Ptyalinę przewyższa tem, że nawet wobec wysokiego stopnia kwasoty działa diastatycznie. Leo używa więc przetworu tego w zaburzeniach trawienia, szczególnie w niedomodze wydzielniczej ślinianek (pierwsze miesiące życia dziecka, cukrzyca, gorączka, marskość nerki, po silnych biegunkach), także w zwiększonej kwasocie (hyperaciditas) treści żołądka. Podaje się 0,1—0,3 grm. podczas obiadu:

Rp.: Taka-Diastasae 0.25
Dent. tal. dos. Nr. X. ad chartas amylac.
S.: podczas obiadu jeden proszek w wodzie rozpuściwszy zażyć.

Najlepiej działa jednak Taka-diastasa w zbytniej kwasocie treści żołądka.

Dr. Żychoń..

(Ciąg dalszy nastąpi).

Mertens *(Wratsch,* 1898) stosował *extractum pini sylvestri,* samo lub z innymi lekami, w niektórych chorobach skórnych *(pruritus, herpes tonsurans, squamosus)* i był z wyników miejscowych zadowolonym, bo przetwór ten szybko usuwał świąd, przekrwienie i nacieki w skórze, nie drażniąc wcale skóry. M. spo-

strzegł jednak pewne działanie na mocz, który przy tem leczeniu był zagęszczony i w mniejszej ilości. *F. K.*

Nowy ortoform, w miejsce dawnego, zalecanego przez Einhorna i Heinza, nie różniąc się prawie w składzie chemicznym, ma tę wyższość nad dawnym, że jest proszkiem bielszym i drobniejszym, cena jest znacznie niższą, a posiada także silne własności znieczulające, użyty nawet w 10—20% zasypkach, bez działania trującego, tak, że go można dłuższy nawet czas i w dużych dawkach, tak zewnętrznie jak wewnętrznie, bezkarnie podawać. *F. K.*

Maście, stosowane w postaci mulów, znajdują w dermatologii dla wygody ich zastosowania coraz większe uznanie. Leistików (*Deut. Praxis* 1898. 10) podnosi ich zalety w działaniu, które polegają na tem, że rozmiękczają warstwę rogową przyskórka, ograniczają wydzielinę płynną skóry, przez co prowadzą do odnowy powierzchownych warstw przyskórka, i usuwają przekrwienia i nacieki, wreszcie usuwają łatwo strupy i łuski ze skóry, chroniąc ją zarazem od szkodliwych wpływów zewnętrznych. Stosuje się je w ten sposób, że na miejsca, przykryte mulem, kładzie się nieco waty lub papieru elastycznego i zawija się opaską. Po 12—24—36 godzinach zdejmuje się mul, ściera resztę oliwą i nakłada się świeży. Na małych więc przestrzeniach i takich miejscach, jak twarz, ręce, lub, gdy chory mimo leczenia nie może przerwać swych zajęć, a kiedy maść przedstawia tak wiele niedogodności, nie można dosyć podnieść dodatnich zalet mulów. Z najpowszechniej używanych wymienić należy mule: cynkowo-siarkowy, cynkowo-rtęciowy (HgO.), karbolowy, cynkowo-ichtyolowy, chrysarobinowy, pyrogallusowy, rtęciowy i t. d. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 5 stycznia 1899.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 15.

1. Kol. Sołowij okazał preparat mięśniakowłókniaków macicy podśluzowych, wielkości pięści. Guz ten stanowił potężny uklej (polip), opatrzony grubą szypułą, wychodzącą z tylnej ściany macicy. Torebka ukleja uderza swoją kruchością, a preparaty drobnowidowe budzą podejrzenie zwyrodnienia mięsakowego. Chora pozostaje w dalszej obserwacyi.

2. Kol. Sołowij przedstawił chorą, u której rozrosła szyja macicy dozwalała wyczuć twarde nierówności błony śluzowej. Badania drobnowidowe wykazały na preparatach, wziętych z tych miejsc, komórki przybłonkowe, rozsiane do koła gruczołów. Obraz drobnowidowy i twarda (ziarnista) nierówność błony śluzowej przemawiają za całkiem początkowym okresem zwyrodnienia złośliwego. — W dyskusyi zabierali głos koledzy: Bylicki, Mars i Czyżewicz.

3. Kol. Sołowij przedstawił chorą z zmięknieniem kości (osteomalacia), u której znajdują się równocześnie mięśniakowłókniaki macicy wielkości głowy ludzkiej. W dyskusyi, toczącej się około częstości zmięknienia kości (osteomalacia) w Galicyi, wzięli udział koledzy: Mars, Stroynowski, Czyżewicz, Festenburg, Bylicki i Sołowij. Wniosek kol. Marsa, by Towarzystwo ginekologiczne lwowskie zajęło się bliższem zbadaniem sprawy zmięknienia kości (osteomalacia) w Galicyi i żeby w tym celu rozesłało do wszystkich lekarzy w kraju kwestyonaryusze, został przyjętym, a ułożenie ich poruczono kolegom: Marsowi i Festenburgowi.

4. Kol. Sołowij przedstawił chorą z kolosalnym guzem, sięgającym do wyrostka mieczykowatego (największy obwód 108 ctm.).

W poczet członków Towarzystwa ginekologicznego zostali przyjęci koledzy: Mars, Kośmiński, Akermann, Zawadil, Żuławski i Praschil. Wybory na rok 1899 dały następujący wynik: Przewodniczący kol. Czyżewicz, zastępca przewodniczącego kol. Festenburg, sekretarz kol. Sołowij, podskarbi kol. Akermann.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

Posiedzenie z dnia 1 lutego 1899 r.

Przewodniczący: kol Czyżewicz. Obecnych członków 15.

1. Kol. Sołowij okazał kolosalne mięśniakowłókniaki macicy (13—16 kilogr.), wydobyte zapomocą laparotomii u chorej, przedstawionej na poprzedniem posiedzeniu. Mięśniakowłókniaki te były usadowione między blaszkami prawego więzu szerokiego i dały się wyłuszczyć z utrzymaniem macicy. Wyłuszczenie sprawiało bardzo znaczne trudności, przebieg był szczęśliwy.

2. Kol. Sołowij wygłosił wykład: »O błędach i nadużywaniu leczenia operacyjnego chorób niewieścich«. — Wykład ten wywołał żywą dyskusyę, w której wzięli udział koledzy: Bylicki, Mars, Czyżewicz, Skałkowski i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

Posiedzenie z dnia 1 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 11.

Początek posiedzenia wypełniła dyskusya nad sposobem wydawnictwa rocznika Towarzystwa ginekol. lwowskiego i umieszczania krótkich sprawozdań w pismach zawodowych. W tym celu polecono prezydyum przeprowadzenie korespondencyi i porozumienia.

1. Kol. Skałkowski mówił: »O różnych postaciach poronienia« i okazał szereg preparatów jaj poronionych. W dyskusyi wzięli udział koledzy: Mars, Rosner i Sołowij.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

Posiedzenie z dnia 15 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 14, gości 3.

1. Kol. Festenburg okazał preparat ciąży pozamacicznej, mianowicie trąbkę prawą, której ujście brzuszne lejkowato rozszerzone i torebkę, która osłaniała skrzepy krwi (wielkości pięści), nagromadzone w jamie Douglasa. Przebieg po operacyi był pomyślny.

2. Kol. Sołowij mówił: »O postępowaniu przy pęknięciu macicy podczas porodu« z szczegółowem uwzględnieniem przypadku, w którym wykonał wycięcie całkowite pękniętej macicy przez pochwę. W przypadkach pęknięcia macicy niezupełnego radzi sączkować gazą jodoformową; jeżeli pęknięcie macicy zupełne niezbyt jest wielkie, a co najważniejsze, brzegi nieposzarpane, wówczas można próbować zeszyć ranę przez pochwę; we wszystkich innych przypadkach oddaje pierwszeństwo laparotomii. Kol. Skałkowski sądzi, że tylko wtedy należy operować, jeżeli krwotok jest silny, zresztą radzi tamponować. Kolega Czyżewicz oświadcza się także za tamponadą. Kol. Barącz radzi w każdym przypadku robić laparotomię, założyć worek Mikulicza, a prócz tego tamponować pochwę.

3. Kol. Sołowij mówił: »O stosunkach anatomicznych i histologicznych więzów okrągłych macicy«.

4. Kol. Praschil okazał zbiór (przeszło 500) preparatów drobnowidowych, przedstawiających przekroje więzów okrągłych macicy i objaśnił takowe.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W celu pokrycia kosztów, spowodowanych podniesieniem płacy urzędnikom państwowym, zmuszony był rząd uciec się do zwykłego źródła zwiększania swych dochodów i podniósł podatki. Zwiększona stopa podatkowa podrożyła materyalne warunki bytu o tyle, że wystarczająca nieraz dotychczas płaca lub zarobek stały się nie jednej rodzinie za małe do wyżywienia. W wielu działach administracyi autonomicznej, uznając sprawę za ważną i słuszną, podniesiono płacę. O lekarzach jednak, pracujących w zakładach krajowych, nie pomyślano, pomimo powszechnie dziś znanej rzeczy, że dochody z praktyki lekarskiej, wskutek nowoczesnej organizacyi społecznej, bardzo zmalały.

Zupełnie więc uzasadniona i sprawiedliwą było rzeczą, że prymaryusze krakowskiego szpitala św. Łazarza wzięli inicyatywę i wystósowali petycyę do W. Sejmu, wykazując pokrzywdzenie lekarzy szpitalnych i przedkładając wymownie potrzebę podniesienia niestosunkowo nizkiej płacy.

W myśl wniosku Komisyi budżetowej nie uwzględnił W. Sejm petycyi PP. prymaryuszów, pomimo przekonywujących wywodów poważnych rzeczników tej sprawy i bezgranicznej nikłości argumentów strony przeciwnej, która w dodatku dowiodła zupełnej nieznajomości tej sprawy.

W jak wysokim stopniu pokrzywdzeni są lekarze szpitalni w Galicyi, najlepiej wyjaśniają zestawienia liczbowe, przytoczone w petycyi PP. prymaryuszów, którą w całości podajemy:

„Wysoki Sejmie! C. k. Rząd zaprowadził z dniem 1 października 1898 r. nową regulacyę płac dla wszystkich urzędników państwowych wszelkiej kategoryi, obejmując tem rozporządzeniem oczywiście także urzędników zakładów i instytucyj państwowych lub pod administracyą państwową pozostających, jak szpitale, zakłady humanitarne, specyalne zakłady sanitarne i t. p.

W szczególności szpitale wiedeńskie, jak powszechny szpital, szpitale: „Rudolphstiftung“, „Wieden“, „Franz-Josephspital“, tudzież szpital w Pradze i t. d, lubo utrzymywane funduszem krajowym, administrowane jednak przez państwo (n. p. w Wiedniu przez c. k. Namiestnictwo dolnoaustryackie), mają etat pensyjny ustanowiony na mocy ustawy z dnia 15 kwietnta 1873, regulującej pobory wszystkich urzędników państwowych. I tak co do personalu lekarskiego Dyrektor każdego z powyższych szpitali przydzielony był i jest do rangi VI. z poborami pełnymi tej rangi, prymaryusze zaś do rangi VII. (z poborami rangi VIII., lecz dodatkiem aktywalnym rangi VII.), sekundaryusze zaś pobierają remuneracye w kwocie 700, względnie 600 złr. wal. austr

Obecnie po regulacyi płac z dniem 1 października 1898 w życie wprowadzonej przedstawiają się płace lekarzy szpitali wiedeńskich i praskich jak następuje:

	Płaca	dodatek aktyw.	pięciolecie
Dyrektor ranga VI. .	3200	800 [1]	400
Prymaryusz ranga VII.			
płaca rangi VIII. . .	1800	600	300

W mniejszych szpitalach krajowych, gdzie jeszcze nie ma regulacyi płac, ale gdzie takowa niebawem wejdzie w życie, tak n. p. Ołomuńcu, Bernie, Dyrektor pobiera płacę 2800 złr., dodatku aktyw. 175 złr., pięciolecia 300 złr. oprócz mieszkania wolnego, a prymaryusze pobierają płacę 1500 złr., dodatku aktyw. 200 złr., pięciolecia 200 złr. i na mieszkanie 400 złr. W szpitalach zaś krajowych lwowskim i krakowskim pobiera:

	Płaca	dodatek aktyw.	pięciolecie
Dyrektor . .	1600	600 na mieszkanie	400
Prymaryusz .	1200	—	200

Wysoki Wydział krajowy, przewidując, przed ubiegłą sesyą sejmową, że regulacya płac urzędników państwowych w ciągu 1898 r. wejdzie w życie, przedstawił Wysokiemu Sejmowi wniosek uregulowania płac urzędników Wydziału krajowego według rang rządowych, co Wysoki Sejm na ostatniej sesyi uchwalił, ustanawiając dzień 1-go lipca 1898 roku jako termin wejścia w życie nowej regulacyi. Wysoki Wydział krajowy nie raczył objąć regulacyą urzędników zakładów krajowych, którzy wszakże również spełniają funkcye przekazane administracyi krajowej.

Pojmie Wysoki Sejm, iż podpisani prymaryusze czują się tembardziej dotknięci, gdy np. Rada miasta Krakowa, ustanawiając już z dniem 1-go kwietnia 1898 r. regulacyę płac wszystkich urzędników Magistratu ściśle według modły rządowej, między innemi przydzieliła starszego (naczelnego) lekarza miejskiego do VII. rangi, zaś lekarzy miejskich do IX. rangi.

Jakże wobec tego przedstawiają się płace prymaryuszów szpitala lwowskiego i krakowskiego? Są one nieco wyższe od płacy urzędników państwowych rangi X., a uwzględniając tę okoliczność, że prymaryusze nie mają żadnego dodatku aktywalnego, nawet niższe o 140 złr. od płacy urzędników rangi X.

A przecież to różnica między stanowiskiem lekarza miejskiego, podrzędnego pomocniczego urzędnika sanitarnego gminy miasta Krakowa, a stanowiskiem naczelnego lekarza oddziału szpitala krajowego. Wszakżeż prymaryusz, to mąż nauki, wybrany z grona lekarzy najwyżej wykształconych i rutynowanych, lekarz panujący i teoretycznie i praktycznie nad jedną z gałęzi medycyny klinicznej: opinia tak lekarzy, jak szeroka opinia publiczna stawia stanowisko prymaryusza szpitali krajowych w wielkich miastach na równi ze stanowiskiem profesorów klinicznych.

Mimoto płaca jego — a płaca wszakże u wszystkich kolegacyj funkcyonaryuszów była i jest wyrazem rangi, stanowiska, kwalifikacyi, czemu nikt, nawet najzaciętszy wróg rang rządowych nie zaprzeczy — jest niższą, niż lekarza miejskiego.

Niemniej uderza wynik porównania poborów prymaryuszów z poborami lekarzy powiatowych: młodsi lekarze powiatowi są w IX, starsi w VIII., a dwóch inspektorów sanitarnych w VII. randze — obecnie tedy pobory prymaryusza są niższe od płacy młodszego lekarza powiatowego, który pobiera 1400 złr. + 300 dodatku aktywalnego — o 500 złr. Dodajmy, iż lekarzom powiatowym jak i miejskim przypadają oprócz pensyi i pobory za komisye, a wtedy zbyteczne tę rzecz dalej rozpatrywać; cyfry powyższe są zbyt wymowne.

Dlatego podpisani prymaryusze mają zaszczyt upraszać: Wysoki Sejm raczy przyrównać prymaryuszów krajowych szpitali do rangi VII. z poborami atoli rangi VIII. rządowej, zaś dyrektorów do rangi VI. z płacą rangi VI.

Nadto Wysoki Sejm raczy sekundaryuszom I. klasy podnieść dotychczasową remuneracyę w kwocie 600 złr. do wysokości 700 złr., zaś sekundaryuszom II. klasy z 500 złr. na 600 złr.

Kraków w lutym 1899 r.

Prof. Dr. Pareński Stanisław m. p.
Prof. Dr. Zarewicz Aleksander m. p.
Prof. Dr. Trzebitzky Rudolf m. p.
Radca ces. Dr. Krokiewicz Antoni m. p.
Prof. Dr. Żuławski Karol m. p.
Prof. Dr. Wicherkiewicz Bolesław m. p.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 30 marca 1899 r.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich z 24 lutego 1899 r. uchwaliło na wniosek Rady zawiadowczej przeznaczyć z funduszu administracyjnego Towarzystwa kwotę 300 złr. na nagrodę konkursową za napisanie najlepszej pracy z dziedziny nauk lekarskich, pozostawiając wybór tematów i stósownie do nich wybór ocenicieli, a postanawiając jedynie, że praca ta ma być oparta na stosunkach krajowych i mieć bezpośrednie znaczenie dla poprawy stosunków zdrowotnych w kraju; dalej, że ubiegać się mogą o nagrodę jedynie członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich lub krakowskiego i tacy, którzy nie dłużej jak 10 lat są lekarzami.

Stósownie do zlecenia Walnego Zgromadzenia uchwaliła Rada zawiadowcza na posiedzeniu z 24 marca b. r. nie ograniczać ściśle tematu, ale podać jako przykład następujące:

Jakie leczenie postępowe może lekarz zastósować w chacie wiejskiej?

[1]) Dla Wiednia — dla Krakowa byłoby 480 i 420 złr.

O ile są w kraju naszym towarzystwa wstrzemięźliwości rozpowszechnione i co można uczynić, aby skuteczniej zwalczać pijaństwo?

Podręcznik o higienie przemysłowej z uwzględnieniem stosunków krajowych.

Podręcznik do dorywczego badania środków spożywczych w handlach i wyrobniach.

W jaki sposób możnaby najskuteczniej zwalczać szerzenie się gruźlicy w kraju?

To samo co do kiły.

Prace należy nadesłać do końca stycznia r. 1900, do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Dr. Gołębiowski, sekretarz. *Dr. Merunowicz,* prezes.

* Grono ostatnich uczniów i asystentów ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego wydało książkę ku uczczeniu pamięci nieodżałowanego swego mistrza. Z przedmowy dowiadujemy się, że zmarły profesor zamierzał ugrupować cały dorobek swej chirurgicznej działalności, a zaskoczony przedwczesnym zgonem. zamierzonego dzieła nie dokonał. Przyjaźń i cześć szlachetnych współpracowników ś. p. Obalińskiego choć w części ocaliła tę drogą spuściznę, która przeoblekła się w pięknie i ozdobnie wydaną książkę. Z niewątpliwej wartości naukowej tej publikacyi zda sprawę pióro więcej do tego powołane: z naszej strony pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na »zagrobową siłę« ś. p. Obalińskiego, która jest udziałem tylko ludzi wyższych, oraz na etyczną doniosłość młodych kolegów zmarłego profesora, którzy, nie szczędząc pracy i nakładu, wydali dzieło piękne, szlachetne w pomyśle i wartościowe w treści.

* W. Sejm uchwalił udzielić Komitetowi gospodarczemu IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich 1000 złr. zapomogi, płatnych w dwóch ratach, na cele Zjazdu.

* Z nadesłanego Sprawozdania z działalności warszawskiego Tow kolonij letnich dowiadujemy się, że w r. 1898 było członków wszystkich kategoryj 527. Korzystało z pobytu na koloniach 2222 dzieci, 1146 chłopców i 1076 dziewcząt; chrześcian 1620, żydów 602. Dzieci przebyły na koloniach, utrzymywanych kosztem Towarzystwa, dni 59691; na koloniach prywatnych, dni 4473. Średni przyrost na wadze u dziecka, które przebyło na kolonii 4 tygodnie, wyniósł 3,42 funta. Obrót kasowy Towarzystwa był następujący: pozostałość z r. 1897 — 6808 rb.; w r. 1898 wpłynęło 24,078 rb., razem — 30,887 rb.; wydatki wyniosły 23,933 rb.; pozostałość na r. 1899 — 6954 rb. Przeciętny wydatek na 1 dziecko, wysłane na koszt Towarzystwa, wynosił 11 rb. 65 kop. Majątek Towarzystwa wynosił 43.504 rb. Prezesem Towar ystwa jest dr. Markiewicz, wiceprezesem dr. A. Natanson, kontrolerem p. A. Zakrzewski, sekretarzem p. H. Konic.

— Kol. Drowi Gwiazdomorskiemu składam najuprzejmiejsze podziękowanie za ofiarowane Bibliotece Towarzystwa lek. krak. 3 oprawne roczniki *Wiener klinische Wochenschrift.*

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Z sprawozdania warszawskiego Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej z czynności w roku 1897 i 1898 dowiadujemy się, że liczba zawezwań w roku 1898 wynosiła 4223 razy, co wypada na jeden dzień 11,8. Między osobami, którym pomocy udzielono, było 65,2% mężczyzn, 22,1% kobiet, 12,1% dzieci. Przypadków chirurgicznych naliczono 2717, chorób wewnętrznych — 1083. Rozchód wynosił w roku sprawozdawczym 26,275 rb., przychód 30,132 rb.

* W Królestwie Polskiem szerzy się ospa: w celu zbadania sprawy na miejscu wyjechał, z polecenia księcia Imerytyńskiego, Dr. J. Polak. Dla Towarzystwa higienicznego nadarza się dowód — wprawdzie smutny — jak koniecznem jest zaprowadzenie przez rząd szczepienia obowiązkowego.

* W rozprawie swojej o wszeteczeństwie wogóle, a w szczególności o wszeteczeństwie w Dreźnie, dowodzi dr. Werther, że w rzeczach rozwiązłości obyczajów zaofiarowanie przewyższa potrzebę i popyt. Przyczyny tego złego nie dopatruje autor w braku zasad religijnych, lub w lubieżności, pożądliwości rozkoszy i zarobku bez pracy; według Werthera do domu rozpusty napędza kobietę bieda ekonomiczna i nader nizka zapłata za pracę, niewystarczająca na pokrycie wydatków najskromniejszego życia. »Nędza stała się stręczycielką«.

* Profesorowie R. Koch i Kohlstok zwrócili się do niemieckiego parlamentu z prośbą o założenie w Berlinie instytutu dla higieny międzyzwrotnikowej. Zakład taki istnieje już dla kolonij holenderskich w Weldewreden (koło Batawii). W Londynie organizuje się szkoła dla nauki o chorobach podzwrotnikowych przy szpitalu marynarki w Albert Docks. Według wspomnianych profesorów cel zamierzonego instytutu w Berlinie polegałby na przygotowaniu lekarzy niemieckich do służby w krajach podzwrotnikowych, oraz naukowe zbadanie takich chorób tamtejszych, jak czerwonka, cholera, żółta febra, denge, beriberi, choroby bagienne itd. W instytucie tym mogliby uzupełniać swą wiedzę lekarze, zamierzający poświęcić się służbie na okrętach.

* Jak wiadomo, Francuzi zamierzyli uczcić pomnik em pamięć wynalazców chininy, Pelletiera i Caventou. Austryaccy chemicy i farmaceuci postanowili wybrać ze swego grona komitet, w zamiarze przysporzenia składek na cel wzmiankowany.

* Związek francuskiej prasy lekarskiej postanowił zwołać do Paryża, podczas światowej wystawy w r. 1900, Międzynarodowy Zjazd prasy lekarskiej.

* Parlament niemiecki na posiedzeniu d. 13 b. m. uchwalił wypłacić ekspedycyi, udającej się dla zbadania malaryi, pierwszą ratę, w wysokości 60,000 marek. Ekspedycya, z R. Kochem na czele, odpłynie w kwietniu.

* Zapis niejakiego p. Barona (500.000 M.), przeznaczony na założenie wegeteryańskiego przytułku dla dzieci, odrzucił zarząd miasta Berlina; natomiast przyjęła go rada miejska w Wrocławiu, po przemówieniu profesorów Neissera i Flüggego.

* X-ty Zjazd neurologów i psychiatrów francuskich odbędzie się w Marsylii od 4 do 9 kwietnia. Niemieckie Stowarzyszenie chirurgów odbędzie Zjazd w Berlinie od 5 do 8 kwietnia. XVII-ty Zjazd niemieckich internistów odbędzie się w Karlsbadzie od 11 do 14 kwietnia. Zjazd niemieckich psychiatrów odbędzie się w Halli a. S. w dniach 21 i 22 kwietnia.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Tadeusz Brochocki.

Mianowania i odznaczenia: Posadę lekarza miejskiego w Tarnopolu otrzymał Dr. W ł o d z i m i e r z W i t u s z y ń s k i.

Nekrologia. Zmarli: Dr. M i c h a ł S z w y k o w s k i, lat 41 — w Warszawie. Sir J. S t r u t h e r s, prof. anatomii w Aberdeen.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 12: B o r z y m o w s k i e g o: Złamania krtani. S o n n e n b e r g a: Nowy przyrząd do miętosienia gruczołu krokowego. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 12: P e c h k r a n z a S t a n i s ł a w a: Ostre, krwotoczne zapalenie nerek, oraz hemoglobinomocz w następstwie zatrucia pigułkami Cauvina. C h e ł c h o w s k i e g o K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (c. d.). M ę c z k o w s k i e g o W.: O syryngomyelii (dok.). W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 6): W i s ł o c k i e g o K.: Przyczynek do nauki o padaczce i jej leczeniu.

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie r. 1897 i 1898.

— Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. dra Alfreda Obalińskiego przez grono ostatnich jego uczniów i współpracowników. Kraków, 1899.

— Dr. H o ł o w k o A. (Dynaburg): Zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. (Odbitka z *Centralblatt für Gynäkologie* Nr. 10), 1899 rok.

— K r a u s h a r M.: Kilka słów o krzywicy w Warszawie. (Odbitka z *Medycyny*), 1899 r.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne dnia 5 kwietnia, t. j. we środę, w sali Śniadeckich (Collegium novum), o godzinie 6-tej wieczorem, na którem: 1) kol. dr. R u t k o w s k i przedstawi kilka rzadszych przypadków z kliniki chirurgicznej krakowskiej; 2) kol. dr. M a l e s z e w s k i będzie miał odczyt: „O działaniu wody karlsbadzkiej na krążenie, na podstawie doświadczeń klinicznych“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 8 Kwietnia 1899. Nr. 14.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Do dzisiejszego Numeru dołącza się:

1. Rozprawkę p. t.: Thiocol „Roche“, nowy środek przeciw gruźlicy.
2. Sprawozdanie i prospekt Zakładu zdrojowo-kąpielowego Szczawnicy (dla prenumeratorów w obrębie Monarchii austryackiej).

Rok XXXVIII. Kraków, 8 Kwietnia 1899. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Cięcie cesarskie drogą pochwy z następowem natychmiastowem wycięciem macicy z powodu raka części pochwowej, obok ciąży X. miesięcznej.

Podał

Prof. Dr. H. Jordan.

F. Z[illegible]licząca lat 38, przyjętą została d. 25 listopada 1898 r., do krakowskiej kliniki położ. ginek. Podaje ona, że rodziła 9 razy na czasie i prawidłowo; ostatni raz w kwietniu 1897 r. Ostatnią zwykłą regularność miała w początku kwietnia 1898 r., po niej zastąpiła, w maju jednak krwawiła przez jeden dzień, a od czerwca zaczęły się pojawiać krwawienia częste i obfite, w przerwach zaś między niemi miała upławy brudne i cuchnące; te przypadłości skłoniły chorą do szukania pomocy w klinice.

Osoba anemiczna, o budowie dość dobrej i odżywieniu miernem, ma ciepłotę ciała prawidłową, tętno regularne, ale słabe i przyspieszone (96 — 108). Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje zmian chorobych prócz rozległego nieżytu oskrzelowego. Zresztą stwierdzono ciążę w drugiej połowie IX. miesiąca księżycowego z płodem żywym, miernie rozwiniętym i znajdującym się w położeniu czaszkowem II. Wód płodowych ilość mierna. Badanie części rodnych wykazuje srom zasiniały i obrzękły, a z niego odpływ cieczy brudno czerwonej w obfitej ilości; palcem stwierdza się pochwę mocno rozpulchnioną i rozszerzoną przez guz wielkości pomarańczy, kalafiorowaty, którego części powierzchowne, obumarłe łatwo się kruszą, przyczem zwiększa się krwawienie. Guz ten wychodzi z przedniej wargi macicy, której górny odcinek jest jeszcze na małej przestrzeni gładki, ale twardy, naciekły, podobnie jak cała warga tylna. W sklepieniu prawem wyczuwa się palcem przestrzeń około 1 ctm. szerokości, tuż przy części pochwowej, twardszą, nowotworem zajętą, reszta sklepień wydaje się być zdrową; po tej że stronie prawej, blizko trzonu macicy, czuć jeden gruczoł chłonny w postaci małego i twardego orzecha laskowego. Wymiary miednicy są prawidłowe.

Na podstawie tych wyników badania doszedłem do przekonania, że przypadek nadaje się jeszcze do radykalnego leczenia i że stopień zajęcia macicy, oraz jej otoczenia, przez nowotwór nie dozwala zwlekać z operacyą aż do końca ciąży, — co dla zdrowia płodu byłoby pożądane, — lecz domaga się operacyi rychłej, gdyż wiadomo, że rak, również jak inne nowotwory, szerzy się w macicy ciężarnej szybciej niż w czasie po za ciążą. Postanowiłem więc przystąpić do zabiegu w jednym z najbliższych dni; tymczasem jednak nieżyt oskrzelowy, z którym chora do kliniki przybyła, nasilił się tak ostro, iż z obawy złych następstw po operacyi, musiałem z tego powodu czekać dopokąd cierpienie to nie ustąpi. Operowałem przeto dopiero 13 grudnia 1898, a w ten sposób płód doczekał się w łonie matki dziesiątego miesiąca swego rozwoju.

W wyborze metody operacyjnej nie mogłem długo się wahać; jest ich dwie, a mianowicie: Olshausen radzi, jeżeli płód jest żywy i zdolny do życia, wykonać najpierw cięcie cesarskie drogą brzuszną i wydobyć tą drogą płód oraz łożysko, potem zaleca zamknąć prowizorycznie ranę w macicy, zeszyć ścianę brzucha i przystąpić do wyłuszczenia macicy od pochwy. Dührssen zaś zaleca wykonać cięcie cesarskie od pochwy, tą drogą wydobyć płód i następnie wyciąć macicę. Obrałem metodę Dührssena, jako niewątpliwie dla chorej mniej niebezpieczną; przypuszczałem zarazem, że wykonanie zabiegu nie przedstawi nadzwyczajnych trudności, gdyż miałem przed sobą kobietę z miednicą prawidłową, szeroką pochwą i podatną szparą sromową, z płodem raczej za słabo niż za silnie rozwiniętym; miałem też i doświadczenie własne, gdyż przed 5-ciu laty wyłuszczyłem macicę w kilka godzin po porodzie z powodu niczem nie dającego się uspokoić krwotoku u chorej, dotkniętej zanikiem ostrym żółtaczkowym wątroby, nie napotkawszy przy tym zabiegu na żadne trudności.

W dniu operacyi wyskrobał jeden z asystentów klinicznych ostrą łyżeczką wybujałości kalafiorowate, o ile to było możliwem bez przedostania się do jamy macicy, gdyż nowotwór, jak przy skrobaniu przekonano się, zachodził wysoko w szyjkę. Krwotoku przytem znaczniejszego nie było. Po wyskrobaniu oczyszczono starannie przyszłe pole operacyjne i wytamponowano pochwę gazą jodoformową. W cztery godzin później przystąpiłem do zabiegu w uśpieniu chorej chloroformem. Chwyciwszy resztki obydwóch warg macicy szczypczykami Museuxa i ściągnąwszy macicę ku dołowi, naciąłem przednie sklepienie w całej szerokości, poczem bardzo łatwo oddzieliłem pęcherz moczowy od przedniej ściany macicy; w dalszym ciągu naciąłem sklepienie tylne, otworzyłem zatokę Douglasa i obszyłem brzeg rany pochwowej, gdyż dość mocno z niej krwawiło; na brzeg tylnej przeciętej otrzewnej założyłem dwoje szczypczyków (pinces), aby później brzegu tego długo nie szukać. Sklepienie lewe okroiłem jak zwykle, prawego zaś nie ruszałem na razie, ponieważ nożyczkami nie mogłem dojść poza naciek rakowaty, który po tej stronie zajął już sklepienie na szerokość 2—3 ctm. Mimo to szyja dała się znacznie ściągnąć ku dołowi, poczem przeciąłem tak przednią jak i tylną jej ścianę w środku w kierunku strzałkowym aż do ujścia wewnętrznego. Teraz próbowałem wejść ręką do macicy, pękł przytem pęcherz płodowy, ale ujście wewnętrzne niepodatne ręki mojej nie przepuściło. Musiałem więc naciąć przednią ścianę macicy jeszcze na kilka centymetrów ku górze, poczem rękę łatwo

wprowadziłem i płód obróciłem na nóżkę. Płód wyciągnięto szybko rękoma bez trudności; był on silnie omdlały. Ledwo ręce moje opłókałem, odeszło łożysko po lekkiem natarciu macicy. Tu nadmieniam, że jak długo macica szczypczykami ku dołowi mocno była ściągnięta, krwawiły jej rany bardzo nieznacznie, dopiero gdy rękę do jamy macicy wprowadziłem i macicę w całości przy wykonywaniu obrotu ku górze uniosłem, zaczęła krew odpływać w znaczniejszej ilości. Krwotok ten ustał po ponownem ściągnięciu macicy ku szparze sromowej.

Teraz przystąpiłem natychmiast do wyłuszczenia macicy sposobem Doyena. W tym celu przeciąłem całą przednią ścianę macicy nożyczkami aż do dna, podczas gdy równocześnie asystenci ściągali mocnemi szczypczykami coraz wyższe części brzegów rany, tak, iż wkrótce cała macica przez otwarte przednie sklepienie się wytoczyła. Cała ta część operacyi była prawie bezkrwawa.

Po wytoczeniu macicy objąłem całe lewe więzadło szerokie jedną długą podwiązką jedwabną, a po silnem jej związaniu przeprowadziłem jej obydwa końce zapomocą igieł Deschampa w kilku miejscach przez to więzadło, poczem końce podwiązki tej mocno ściągnąłem i powtórnie związałem. Po opatrzeniu w ten sposób więzadła lewego, odciąłem je nożyczkami od macicy. Prawe więzadło podwiązałem w kilku częściach, idąc od góry ku dołowi, ponieważ po tej stronie znajdował się obok macicy gruczoł podejrzany i nowotwór sięgał na sklepienie; oczywiście zakładałem podwiązki i przeciąłem więzadło, oraz sklepienie prawe, w miejscach makroskopowo zdrowych tak, iż część schorzała wraz z macicą oddzieloną została. W końcu zeszyłem otrzewnę zatoki pęcherzowomacicznej z otrzewną zatoki Douglasa, zachwytując w szew po bokach kikuty więzadeł szerokich. Operacya trwała prawie 60 minut; stan chorej bezpośrednio po zabiegu był bardzo dobry.

Dziecko docucono w 10 minut; było ono jednakże bardzo słabe tak, że mimo odpowiednich starań zmarło w 6 godzin i to, jak sekcya wykazała, z powodu rozległej niedodmy płuc, spowodowanej słabym rozwojem. Dziecko ważyło 2680 grm., długość ciała wynosiła 48 ctm., obwód czaszki 33 ctm.

Wyłuszczona macica waży 1065 grm., grubość ściany w trzonie wynosi $3^1/_2$ ctm., w szyi 2 ctm., długość jamy 16 ctm., odległość trąbek 13 ctm., obwód macicy poniżej trąbek 36 ctm. *Corpus luteum verum* widoczne w lewem jajniku. Łożysko małe, okrągłe, 16 × 16, zachowuje się prawidłowo, przyczepione było do prawej ściany macicy i w jej rogu prawym. Badanie mikroskopowe nowotworu wykazało utkanie rakowca, w tkance przymacicznej nie znaleziono nigdzie nacieku nowotworowego.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy; w trzy tygodnie odeszła większa część podwiązek, badaniem zaś nie stwierdzono nigdzie nacieku nowotworowego.

Powyższy przypadek dowodzi, że rozwiązanie kobiety w X miesiącu ciąży przez cięcie cesarskie drogą pochwową nie przedstawia nadzwyczajnych trudności, ani też nadzwyczajnego niebezpieczeństwa dla matki z powodu krwotoku; jest to więc dla matki niewątpliwie mniej niebezpieczna metoda postępowania niż ta, którą Olshausen zaleca. Dalej udowadnia przypadek opisany, że wycięcie macicy zaraz po porodzie daje się łatwo i w sposób prawie bezkrwawy wykonać.

W literaturze znane są cztery przypadki podobne do naszego. Opiszę je pokrótce dla porównania z naszym.

Pierwszy operował w sposób podobny Chrobak 24go lutego w r. 1897 — chorą, rakiem dotkniętą i już rodzącą. Ujście macicy i szyję znalazł już na tyle rozszerzone, że mógł rękę do macicy wprowadzić, wykonać obrót płodu na nóżkę i wydobyć płód, poczem natychmiast wyłuszczył macicę drogą pochwy, nie zmniejszając macicy przez kawałkowanie. Chora wyzdrowiała.

W drugim przypadku operował Fritsch chorą, będącą w X miesiącu ciąży; ujście i szyja macicy były w tym przypadku ledwo dla palca drożne. Fritsch przeciął szyję i wydobył płód zapomocą kleszczy, poczem wyciął macicę bez kawałkowania. Chora wyzdrowiała.

Winter przystąpił do operacyi w trzy dni po odejściu wód płodowych, u chorej, dotkniętej rakiem części pochwowej i bębnicą macicy. Wykonał on kraniotomię i wydobył płód kranioklastem, a dopiero w 40 godzin po porodzie wyłuszczył macicę z pomocą rozkawałkowania; wyłuszczenie to miało być bardzo trudne, przy operacyi wytworzyła się przetoka pęcherzowa.

W czwartym przypadku operował Seifart chorą w X miesiącu ciąży. Po przecięciu szyi macicznej wydobył płód żywy kleszczami i przystąpił do wyłuszczenia macicy, które było bardzo trudne. Chora umarła w 48 godzin po operacyi z powodu posocznego zapalenia otrzewnej.

Przypadek nasz zbliża się wielce do przypadków Fritscha i Seifarta; różni się od nich tem, że podczas gdy oni rozwiązali matkę kleszczami, ja wykonałem obrót na nóżki i ekstrakcyę.

Przebieg podczas operacyi i po operacyi był w naszym przypadku tak dobry, że zachęca bardzo do postępowania według rady Dührssena we wszystkich podobnych przypadkach.

II. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka.

Podał

Dr. Józef Latkowski.

(Ciąg dalszy).

Chcąc zbadać wpływ wody maryenbadzkiej na żołądek, wybrałem sposób badania, jakiego używał Jaworski w doświadczeniach swych nad wodą karlsbadzką. Do doświadczeń mych używałem chorych z żołądkiem prawidłowym, lub z cierpieniami nieprzedstawiającemi znacznego upośledzenia czynności ruchowej i chemizmu żołądka. Wykluczyłem przeto wszystkie przypadki rozstrzeni żołądka z treścią zalegającą, jak również i te, w których naczczo lub po próbie białkowej znajdowałem kwas mlekowy. Materyał mój przez to się zmniejszył wprawdzie, lecz zyskał na pewności obserwacyi. Chorzy przez pewien czas przed doświadczeniem pozostawali na jednostajnej dyecie i byli dokładnie spostrzegani pod względem przypadów ze strony przewodu pokarmowego. Następnie badałem chemizm żołądka naczczo po próbie białkowej i po śniadaniu lub obiedzie próbnym.

Podczas podawania wody maryenbadzkiej i po ukończeniu doświadczenia każdy z chorych był jeszcze kilkakrotnie badany zapomocą zgłębnika żołądkowego przy pomocy powyższych prób żołądkowych. O czynności żołądka prawidłowej danego osobnika wnosiłem z zachowania się chemizmu i mechanizmu żołądka, nie z obecności lub braku przypadów podmiotowych. W końcu dodać winienem, iż wybierałem chorych dobrze znoszących zgłębnik żołądkowy, lub starałem się ich do niego przed doświadczeniem przyzwyczaić. Często bowiem u nieprzyzwyczajonych wydobywałem treść, zawierającą żółć lub kwas solny naczczo, podczas gdy po kilku dniach nigdy tych składników nie napotykałem.

U tak przygotowanych osobników podawałem naczczo wodę maryenbadzką ze zdroju Kreuzbrunn o ciepłocie 11·8° C lub 40° C w ilości 300 ctm.³, t. j. w objętości tam używanego kubka. Następnie w różnych dniach wydobywałem treść żołądkową zapomocą aspiratora Jaworskiego w 1, 2, 3, 4, 8 i 12 kwandransów i poddawałem ją ponownie badaniu chemicznemu. Treść przesączałem, a w przesączu oznaczałem oddziaływanie, stopień kwasoty lub alkaliczności, ilościowo wolny kwas solny, siarkany, śluz, żółć i zaczyny trawieńcowe.

Stopień kwasoty, względnie alkaliczność, oznaczałem zapomocą ługu potasowego $^1/_{10}$ normalnego, względnie $^1/_{10}$ kwasu solnego (Merck) po poprzedniem zagotowaniu przesączu aż do otrzymania stałego zabarwienia różowego. Jako wskaznika używałem lakmusu. Stopień alkaliczności Kreuzbrunn wynosił w ten sposób oznaczony 24·5 $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego. Stopień kwasoty od wolnego kwasu solnego oznaczałem miareczkując wolny kwas solny według metody Mintza, gdzie odczynnik Günzburga jest wskaznikiem.

Siarkany badałem zapomocą chlorku barowego w rozczynie kwasu solnego, a w oddziaływaniu rozróżniałem następujące stopnie: strąt, zmącenie silne lub słabe, opalizacya. Woda Kreuzbrunn dawała strąt.

Kwasem octowym zgęszczonym badałem przesącz na obecność śluzu i rozróżniałem opalizacyę lub zmącenie.

Siłę trawienia pepsyny oznaczałem według metody Hammerschlaga. Metoda ta według Jaworskiego i Gintla nadaje się zupełnie do celów klinicznych. Oppler czyni jej pewne zarzuty i nie uważa jej za zupełnie ścisłą. Lecz w rozbiorach klinicznych niezawsze chodzi o bezwzględną ścisłość: tak np. w tym przypadku nie wymagamy oznaczenia całkowitej ilości pepsyny. Ponieważ zaś modyfikacya Opplera nie podaje wahań tak dokładnie, jak w pierwotnej metodzie Hammerschlaga, wybrałem tę ostatnią.

Sposób postępowania był więc następujący: Przyrządza się w przybliżeniu jednoprocentowy rozczyn białka, w którym znajduje się 4 p. m. wolnego kwasu solnego. Z tego rozczynu bierze się 2 próby po 10 ctm³. Do jednej z nich, kontrolnej, dodaje się 5 ctm.³ wody przekroplonej, do drugiej 5 ctm.³ treści żołądkowej. Wstawia się obydwie próby do termostatu na jedną godzinę przy 40° C, poczem oznacza się w obydwu próbach ilość białka zapomocą albuminometru Essbacha. Różnicę znalezioną w ilości białka oblicza się na odsetki. Metoda ta równocześnie służyła mi do oznaczenia działania wody maryenbadzkiej zewnątrz ustroju na trawienie białka.

Zaczyn podpuszczkowy oznaczałem, badając wpływ jego na krzepnięcie świeżego, obojętnie oddziaływającego mleka. Krzepnięcie przy ciepłocie pokojowej w przeciągu 10 minut oznaczałem jako odczyn wyraźny, w tymsamym czasie w termostacie jako słaby. Dla kontroli wstawiałem mleko do termostatu na 30 minut.

W każdym przypadku badałem treść naczczo wydobytą i przy próbie białkowej na obecność kwasu mlekowego według metody De Jonga. Postępowanie było następujące: 5 ctm.³ treści odparowuje się z dodatkiem 1—2 kropel kwasu solnego do gęstości syrupu. Pozostałość wytrawia się eterem, następnie zagotowuje się w probówce 5 ctm.³ wody przekroplonej i nalewa się na nią eter kroplami. Po wyparowaniu eteru oziębia się wodę, dodaje się 1 kroplę 5% rozczynu sześciochlorku żelaza i porównuje z rozczynem $^1/_2$‰ kwasu mlekowego. Dodając wody aż do zrównania się zabarwienia, możemy ilościowo oznaczyć zawartość kwasu mlekowego.

W następujących tablicach przedstawione są wyniki mych doświadczeń: *(Patrz strona następna).*

Z tablic tych dadzą się wysnuć następujące wnioski:

Woda maryenbadzka, podana naczczo w ilości 300 ctm.³, znika z żołądka w przeciągu $^1/_2$ godziny. Po $^1/_4$ godziny znachodzimy jeszcze w żołądku ilość, odpowiadającą mniejwięcej $^1/_4$ wprowadzonej wody. Ilość bowiem treści aspirowanej po wlaniu 100 ctm.³ wody przekroplonej wynosi około 130 ctm.³; gdy zaś przyjmiemy, że w żołądku prawidłowym znachodzić się może około 50 ctm.³ treści żołądkowej, której aspirować nie jesteśmy w stanie, cała więc ilość płynu zawartego w żołądku wypadnie na 80 ctm.³, t. j. $^1/_4$ ilości wypitej wody. Woda ciepła o 40° C. znika wolniej z żołądka. Ten wpływ ciepłoty na szybkość znikania wody możemy tylko wytłómaczyć znacznym ubytkiem bezwodnika kwasu węglowego przy ogrzewaniu wody, a ten, według doświadczeń Jaworskiego, przyspiesza wessanie soli z żołądka.

Podwójne dawki wody maryenbadzkiej znikają wolniej, niż dawki mniejsze pojedynczo powtarzane.

Jeżeli zaś porównamy różnice w czasie znikania wody przekroplonej a maryenbadzkiej, to spostrzeżemy, iż woda przekroplona wolniej znika z żołądka. Po upływie $^1/_4$ znachodzimy bowiem jeszcze połowę wprowadzonej wody, a po upływie $^1/_2$ godziny znika ona również z żołądka. Jaworski oznaczał czas znikania wody karlsbadzkiej i kissingeńskiej i podaje, że 250 grm. wody karlsbadzkiej gorącej znika w przeciągu $^1/_2$ godziny, a po $^1/_4$ godziny zaledwie $^1/_4$ wprowadzonej wody znachodzi się w żołądku. Kissingeńska woda znika znacznie wolniej. Czas więc znikania wody maryenbadzkiej i karlsbadzkiej z żołądka jest ten sam. Tu działa przyspieszająco na wydalanie treści z żołądka CO_2, tam przeważnie wysoka ciepłota.

Siarkany wody maryenbadzkiej znikają w przeciągu $^3/_4$ do 1 godziny, a więc znacznie później, niż sama woda. Znikają one później, aniżeli z wody karlsbadzkiej, zważyć jednak należy, że odsetek siarkanów w wodzie maryenbadzkiej jest znacznie większy (5‰). Ciepłota wody miała też wpływ wybitny na ich resorbcyę. Z wody ciepłej znikały jeszcze wolniej, bo nieraz po 2 godzinach. Przy powtarzaniu dawek wody, siarkany znikały powolniej.

Wprowadzenie 300 ctm.³ Kreuzbrunn alkalizuje w pierwszej chwili sok żołądkowy; odczyn alkaliczny nie

Tablica przedstawiająca czynność żołądka po wprowadzeniu wody Marienbadzkiej.

Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota wody podanej w C°	Ilość wprowadzonej wody Marienbadzkiej	Czas przebywania wody w żołądku, wyrażony w kwadransach	Ilość treści aspirowanej w cm.³ po wlaniu 100 gr. Aqu. destill.	Jakość treści wydobytej z żołądka	Stopień alkaliczności	Stopień kwasoty całkow.	Stopień kwasoty od wolnego HCl.	Reakcya na siarkany chlork. barow.	Reakcya na śluz zgęszcz. kwasem octow.	Ilość strawionego białka wyrażona w % według Hammerschlaga	Reakcya na ferment podpuszczkowy
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
I. K. Ż., lat 34. zarobnik. N. dz. 54. Neurasthenia traumatica. Czynność ruchowa i wydzielnicza żołądka prawidłowa. Granica dolna żołądka sięga 1 palec nad pępkiem. Ubytek ciężaru ciała 700 gr.	11·8	300	1	120	bezbarwna	—	10°	4°	opalizacya silna	—	50%	wyraźny
	11·8	300	1	110	zielonkawo-mętna	—	8°	4°	opalizacya	ślad	55%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	100 bez wlania	„	obojęt.	—	—	—	„	0	„
	11·8	300 Aqu. dest.	zaraz wydobyto	bez wlania 250	mętnawo-bezbarwna	—	4°	2°	—	—	30%	słaby
	11·8	300	2	78	bezbarwna	—	14°	6°	ślad	—	60%	wyraźny
	11·8	300	2	96	nieco-mętna	—	15°	7°	„	—	55%	„
	11·8	300	3	70	żółtawa	—	12°	5·5°	—	—	60%	„
	11·8	300	3	66	bezbarwna	—	10	3	—	—	50%	„
II. A. R., lat 29. N. dz. 51. Neurosis sensitoria ventriculi. Przybył 6 klg.	16	200 Aqu. dest.	zaraz wydobyto	bez wlania 150	mętna z strzępkami śluzu	—	1°	—	—	—	30%	słaby
	11·8	300	1	140	bezbarwna	—	4°	2°	opalizacya wyraźna	—	40%	wyraźny
	11·8	300	1	160	„	—	3°	—	„	—	30%	„
	11·8	300	1	180	mętnawa	—	8°	4°	opalizacya słaba	—	35%	„
	11·8	300	2	70	„	—	10°	6°	ślad	—	40%	„
	11·8	300	3	90	„	—	17°	13°	ślad	—	40%	„
	11·8	300	4	85	„	—	11°	8°	0	—	40%	„
	11·8	300	4	96	nieco-żółtawa	—	15°	11°	0	—	45%	„
	11·8	300	6	60	bezbarwna	—	12°	10°	0	—	40%	„
	11·8	300	8	40	„	—	6°	2°	0	—	40%	„
	11·8	300	8	80	„	obojętn.	—	—	0	—	40%	„
	11·8	300	12	90	„	—	1°	—	0	—	0%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	bez wlania 200	zielonkowato-mętna	—	3°	—	—	—	20%	„
	11·8	300	16	64	mętna	—	3°	1°	—	—	20%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	2	150	bezbarwna-mętna	—	12°	6°	—	—	40%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	3	80	„	—	6°	4°	—	—	20%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	4	70	„	obojętn.	—	—	—	—	15%	„
	40	300	1	170	żółt.-mętna	18°	—	—	strąt	ślad	0%	brak
	40	300	1	190	mętna	10°	—	—	zmleczenie	—	15%	słaby
	40	300	2	120	„	—	2°	—	opal. silna	—	30%	wyraźny
	40	300	3	105	„	—	4°	2°	„	—	30%	wyraźny
	40	300	4	96	„	—	6°	3°	opal. słaba	—	30%	„
	40	300	6	70	„	—	2°	1°	ślad	—	30%	„
	40	300	8	85	„	—	3°	1°	—	—	35%	„
	40	300 Aqu. dest.	2	175	„	—	10°	6°	—	—	25%	„
	40	300} 300}	15 minut pauzy 1/4 godz. po ostat.	bez wlania 90	mętna	18	—	—	strąt	—	15%	„
	40	300} 300}	15 minut pauzy 1/2 godz. po ostat.	80	„	—	6°	5°	opalizacya silna	—	30%	„
	40	300} 300}	15 minut pauzy 3 kwadr. po ostat.	50	„	—	1°	—	opalizacya lekka	—	14%	„

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
	40	300} 300}	15 minut pauzy 1 godz. po ostat.	110	mętna	—	10°	8°	ślad	—	20%	wyraźny
	40	600	2	bez wlania 80	„	—	4°	1°	opalizacya silna	—	30%	„
III. T. J., lat 22.	11·8	300	zaraz wydobyto	bez wlania 220	mętna śluz zawierająca	6°	—	—	strąt	—	45%	wyraźny
N. amb. 231.	11·8	300	1	135	mętna	—	20°	18°	opalizacya lekka	—	40%	„
Hysteria.	11·8	300	2	70	„	—	18°	14°	ślad	—	40%	„
Czynność żołądka prawidłowa. Granica dolna 2 palce nad pępkiem.	11·8	300	3	83	„	—	12°	4°	0	—	40%	„
	11·8	300	4	60	„	—	6°	2°	0	—	30%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	bez wlania 100	mętna zawiera nieco śluzu	—	4°	2°	—	—	40%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	2	50	mętnawa	obojęt.	—	—	—	—	40%	„
	16	100 Aqu. dest.	zaraz aspir.	100	„	„	—	—	—	—	30%	„
	11·8	300	2	65	„	—	21°	14°	—	—	40%	„
*) Następne próby wykonane po 2 tygodniowem piciu wody maryenbadzkiej.	*) 11·8	300	1	bez wlania 110	mętn. zawiera śluz w większej ilości	15°	—	—	zmleczenie	ślad	5%	brak
	11·8	300	1	130	„	6°	—	—	„	„	0%	słaby
	11·8	300	2	90	bezbarwna mętna	2°	—	—	opalizacya	—	5%	brak
	11·8	300	2	80	„	obojęt.	—	—	zmleczenie	—	10%	słaby
	11·8	300	3	48	bezbarwna zawiera śluz	6°	—	—	opalizacya lekka	ślad	0%	wyraźny
	11·8	300	4	56	mętna ze śluzem	2°	—	—	ślad	—	20%	„
	40	300	1	bez wlania 100	mętnawa	10°	—	—	strąt	—	30%	„
	11·8	600	2	150	„	16°	—	—	zmącenie silne	—	0%	słaby
IV. A. P., lat 38, rolnik.	11·8	300	zaraz wydobyto	bez wlania 300	żółtawa mętna	8°	—	—	strąt	ślad	40%	wyraźny
N. dz. kl. 56.	11·8	300	1	140	mętna zawiera śluz	5°	—	—	„	—	40%	„
Neurasthenia. Gastrosuccorhoe.	11·8	300	2	67	mętna	—	8°	4°	opalizacya silna	—	50%	„
Stracił 400 gr. na wadze.	11·8	300	3	74	„	—	15°	12°	opalizacya	ślad	60%	„
	11·8	300	3	86	„	—	5°	2°	„	—	60%	„
	11·8	300	4	48	mętna-żółta	—	40°	31°	ślad	—	70%	„
	11·8	300	6	60	mętna bezbarwna	—	22°	11°	0	—	65%	„
	11·8	300	8	80	„	—	7°	3°	—	—	60%	„
	11·8	300	12	90	„	—	1°	—	—	—	60%	„
	11·8	300	16	84	bezbarwna mętna	—	4°	2°	—	—	30%	słaby
	11·8	300 Aqu. dest.	1	bez wlania 100	mętna zawiera nieco śluzu	—	15°	13°	—	—	25%	wyraźny
	11·8	300 Aqu. dest.	2	120	bezbarwna mętna	—	18°	12°	—	—	50%	„
	11·8	300	1	bez wlania 50	„	8°	—	—	zmącenie	—	50%	„
	11·8	300	2	60	„	—	10°	6°	opalizacya silna	—	60%	„
	11·8	300} 300}	1/4 godz. pauzy 1/4 godz. po ostat.	125	bezbarwna opalizująca	—	12°	7°	zmącenie	—	40%	„
	11·8	300} 300}	1/4 godz. pauzy 1/2 godz. po ostat.	160	kłębki śluzu, mętnawa	—	15°	14°	opalizacya silna	—	40%	„

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
	11·8	600	1	bez wlania 100	bezbarwna mętna	—	20°	16°	opalizacya silna	—	50%	wyraźny
	11·8	600	2	175	„	—	30°	22°	opalizacya lekka	—	60%	„
	11·8	300	1	70	bezbarwna przeźroczysta	—	12°	8°	zmącenie	—	50%	„
	11·8	300	2	60	„	—	13°	8°	opalizacya	—	50%	„
	11·8	300	3	50	„	—	4°	2°	ślad	—	50%	„
	11·8	300	4	50	„	—	2°	—	—	—	50%	„
	11·8	300	3	50	mętnawa	—	5°	3°	ślad	—	45%	„
	11·8	300	4	60	„	—	4°	1°	—	—	50%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	bez wlania 100	bezbarwna przeźroczysta	—	4°	2°	—	—	45%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	2	80	„	obojęt.	—	—	—	—	25%	słaby
V. S. Z., lat 31, górnik. N. dz. kl. 55. Atrophia musculorum progressiva. Czynność żołądka prawidłowa, granice prawidłowe. Przybył 200 gr.	11·8	300	zaraz wydobyto	bez wlania 140	mętna	18°	—	—	strąt	—	10%	-
	11·8	300	1	150	bezbarwna żółtawa	—	2°	2°	zmącenie	—	25%	wyraźny
	11·8	300	2	95	bezbarwna mętna	—	10°	7°	opalizacya	—	40%	„
	11·8	300	3	72	„	—	22°	16°	„	—	50%	„
	11·8	300	4	45	„	—	1°	—	ślad	—	50%	„
	11·8	300	6	70	mętna	—	1°	—	—	—	40%	„
	11·8	300	8	110	„	—	1°	—	—	—	25%	słaby
	11·8	300	12	65	„	—	1°	1°	—	—	40%	wyraźny
	11·8	300 Aqu. dest.	1	70	bezbarwna przeźroczysta	—	2°	2°	—	—	15%	—
	11·8	300 Aqu. dest.	2	110	„	—	6°	4°	—	—	25%	—
	11·8	300 Aqu. dest.	3	30	mętna bezbarwna	—	7°	2°	—	—	30%	wyraźny
	11·8	300 Aqu. dest.	4	90	„	—	1°	—	—	—	16%	„
VI. R. S., lat 60. N. dz. kl. 65. Residua post cystitidem in indiv. oboeso et hysterico. Czynność żołądka prawidłowa. Stracił 3 klg. wagi ciała.	11·8	300	1	bez wlania 200	mętna nieco żółtawa	11°	—	—	strąt	—	33%	wyraźny
	11·8	300	2	130	mętna bezbarwna	6°	—	—	zmącenie	—	50%	„
	11·8	300	3	110	„	2°	—	—	„	—	40%	„
	11·8	300	4	70	mętna bezbarwna	—	12°	10°	opalizacya	—	50%	„
	11·8	300	5	75	„	—	10°	6°	—	—	35%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	2	140	„	—	5°	3°	—	—	25%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	3	94	„	—	8°	5°	—	—	40%	„
VII. J. K., lat 18, subjekt. N. dz. kl. 116. Catarrhus duodeno-choledochialis. Stracił na wadze 800 gr.	11·8	300	2	130	przeźroczysta bezbarwna	6°	—	—	zmącenie	wyraźna	15%	wyraźny
	11·8	300	3	130	żółta opalizująca	6°	—	—	„	zmącenie	14%	„
	11·8	300	4	96	bezbarwna przeźroczysta	—	4°	3°	opalizacya	„	25%	„
	11·8	300	6	65	bezbarwna przeźroczysta	obojęt.	—	—	—	„	0%	słaby
	40°	300	2	150	żółtawa mętna	18°	—	—	strąt	„	20%	wyraźny
	40	300	3	50	mętna bezbarwna	16°	—	—	opalizacya silna	„	17%	—
	40	300	4	50	„	—	4°	2°	opalizacya lekka	„	20%	wyraźny
	40	300	5	68	„	—	2°	1°	ślad	„	20%	„
	40	300	6	75	„	—	2°	2°	—	„	20%	„
	40	300	8	90	„	—	3°	2°	—	opalizacya	25%	„
	40	300	12	100	„	—	4°	3°	—	„	20%	„
	40	300 Aqu. dest.	2	bez wlania 100	„	obojęt.	—	—	—	zmącenie	14%	słaby

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
	40	600	2	bez wlania 280	nieco żółta	18°	—	—	strąt	zmącenie	14%	wyraźny
	40	600	4	130	bezbarwna	—	20°	10°	opalizacya silna	„	20%	„
	40	600	6	150	„	—	5°	4°	ślad	„	20%	„
	40	300} 300}	$^1/_4$ godz. pauzy $^1/_2$ godz. po ostat.	bez wlania 100	mętna nieco żółtawa	12°	—	—	opalizacya silna	opalizacya	20%	„
	40	300} 300}	$^1/_4$ godz. pauzy $^1/_2$ godz. po ostat.	150	mętna bezbarwna	—	3°	1°	opalizacya lekka	„	20%	„
VIII. T. S., lat 28, wyrobnik. N. dz. kl. 123. Glioma cerebri. Czynność żołądka i granice prawidłowe. Stracił na wadze 800 gr.	11·8	300	10 minut	130	mętnawa	—	16°	8°	opalizacya silna	—	50%	wyraźny
	11·8	300	1	140	„	—	8°	2°	„	—	40%	„
	11·8	300	2	80	bezbarwna przeźroczysta	—	5°	2°	opalizacya lekka	—	30%	„
	11·8	300	3	70	„	—	10°	8°	ślad	—	40%	„
	11·8	300	4	60	„	—	8°	5°	—	—	35%	„
	11·8	300	6	80	mętnawa nieco żółta	—	4°	3°	—	—	30%	„
	11·8	300	8	50	mętnawa bezbarwna	—	3°	1°	—	—	0%	„
	11·8	300	12	50	„	—	2°	1°	—	—	0%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	2	50	przeźroczysta bezbarwna	—	4°	2°	—	—	50%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	bez wlania 100	„	—	17°	13°	—	—	50%	„
	11·8	300	1	180	mętnawa	—	10°	6°	—	—	50%	—
IX. A. Ł., lat 24, służący. N. dz. 131. Neurasthenia maj. grad. Enteritis membranacaea. Stracił na wadze 600 gr.	11·8	300	1	150	mętnawa	12°	—	—	opalizacya silna	—	30%	wyraźny
	11·8	300	2	90	mętna żółto zabarw.	—	5°	3°	„	—	50%	„
	11·8	300	3	80	mętna	—	3°	—	ślad	—	50%	„
	11·8	300	4	60	żółto zabarwiona	—	1°	—	—	—	35%	„
	11·8	300	8	50	bezbarwna przeźroczysta	—	1°	—	—	—	50%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	200	żółcią zabarwiona	—	7°	2°	—	—	40%	„
	11·8	300 Aqu. dest.	1	170	„	—	9°	6°	—	—	50%	„

trwa jednak dłużej, jak kilkanaście minut (10—15). Po 15 minutach znajdziemy prawie zawsze sok żołądkowy kwaśny od wydzielonego kwasu solnego. Kwasota ta wzrasta w drugim lub trzecim kwadransie, poczem powoli opada aż do 2 godzin, po jakim to czasie wraca do normy. Przy użyciu wody ciepłej oddziaływanie kwaśne zjawia się później, a mianowicie w $^1/_2$ lub $^3/_4$ godziny. Stopień podrażnienia żołądka jest znaczny, wysokość kwasoty wydzielonego soku żołądkowego wynosi 20—40 ctm.^{3} $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego, co równa się stopniom kwasoty przy próbie białkowej lub śniadaniu Ewalda w żołądku prawidłowym. *Maximum* kwasoty przypada na trzeci kwadrans.

W związku z wydzielaniem się soku żołądkowego stoi sprawa zaczynów trawiennych. Ze spostrzeżeń, jakie w tym kierunku poczyniłem, można wnosić, iż zaczyny te nie ulegają zmianie pod wpływem wody maryenbadzkiej. Nieliczne tylko przypadki wskazują, iż przy oddziaływaniu alkalicznem treści żołądkowej trawienie pepsynowe było upośledzone, w większości zaś doświadczeń zaczyny te nie ulegały osłabieniu. Najsilniejsze trawienie spostrzegałem przy najwyższym stopniu kwasoty; — przy opadaniu kwasoty siła pepsyny zmniejszała się nieznacznie. W jednym przypadku, dotyczącym histeryczki, po dłuższem podawaniu wody spostrzegłem osłabienie wydzielania się soku żołądkowego kwaśnego, jak również mniejszą ilość pepsyny.

Tosamo dotyczy zaczynu podpuszczkowego. Zaczyn ten zwykle był wyraźny, sprawiał krzepnięcie mleka w przeciągu 10 minut w ciepłocie pokojowej i działał nawet przy oddziaływaniu alkalicznem. U wspomnianej histeryczki po 2-tygodniowem piciu wody maryenbadzkiej zauważyłem też osłabienie zaczynu podpuszczkowego.

Co do śluzu i żółci nie można wysnuć żadnych wniosków. Składniki te zjawiały się tak niestale i zarówno przy użyciu wody maryenbadzkiej, jak i wody przekroplonej, iż wpływu ich wydzielania wodzie maryenbadzkiej przypisać nie można. (C. d. n.).

Z powodu artykułu kol. Prof. Bujwida: „Biologiczny sposób wykrywania arsenu zapomocą hodowli pleśni“ nadsyła nam Doc. Dr. Seńkowski następujące uwagi:

III. Czy biologiczny sposób wykrywania arsenu jest w stanie zastąpić metody chemiczne?

Podał

Doc. Dr. M. Seńkowski.

W Nr. 9. *Przeglądu Lekarskiego* z bieżącego roku ogłosił Prof. O. Bujwid artykuł p. t. „Biologiczny sposób wykrywania arsenu zapomocą hodowli pleśni.“ Na podstawie spostrzeżeń pp. Gozio i Abba, polegających na tem, że niektóre pleśnie, szczególnie *Penicillium brevicaule*, rosnąc na podłożach zawierających arsen wydzielają woń czosnku, proponuje Prof. B. zastósowanie tej własności pleśni do wykrycia arsenu w badaniach sądowo-chemicznych.

Sam fakt tworzenia się lotnych związków arsenu wskutek rozwoju pleśni, choć nie jest w nauce odosobnionym, zasługuje mimo to na uwagę i na złożenie do skarbnicy wiedzy; inna jest rzecz jednak, czy można temu faktowi przypisać znaczenie praktyczne. Byłoby to możebnem, gdyby metoda przez Prof. B. podana była czulszą i pewniejszą od dotyczasowo używanych, lub gdyby im przynajmniej w tym względzie wyrównywała. Prof. B. podaje w swoim artykule co następuje: „Rozczyn ten (kwasu arsenawego) którego „0·1 cm.³ zawiera 0·1 mgr. arsenu, ilość dającą w aparacie „Marsha zaledwo dostrzegalne zwierciadło, stosowałem w ilo„ściach dziesięć do dwudziestu razy mniejszych (0·01—0·005 „mgr. arsenu) i otrzymałem za każdym razem wyraźny za„pach czosnkowy. Zapomocą tego biologicznego sposobu wy„kryć można arsen tam nawet, gdzie najczulsza metoda che„miczna, badanie w przyrządzie Marsha, nie wystarcza lub „daje tylko przybliżone wyniki.“ Tymczasem w powszechnie znanym podręczniku Ottona: *Anleitung zur Ausmittelung der Gifte* Wyd. VII znajdujemy na stronie 198 zdanie następujące: „$^{1}/_{100}$ mg. arseniger Säure gab einen, wenn man die „Röhre auf weisses Papier legte, vollkommen deutlichen „bräunlichen Anflug.“ Czyżby tak dzielny chemik jak Otto miał się pomylić? Z liczb podanych przez Prof. B. i przez Ottona wydaje się raczej, że metoda biologiczna nie jest dziesięć do dwudziestu razy czulszą od metody Marsha-Berzeliusa, lecz co do czułości zaledwo jej dorównywa. Jest jednak jeden fakt przemawiający bardzo na niekorzyść metody biologicznej. Aby wykryć 0·01 mgr. arsenu zapomocą pleśni, trzeba mieć tę ilość zawartą w jednej lub najwyżej w kilku kroplach rozczynu, lub w jakimś drobnym przedmiocie; następnie rozczyn musi być względnie czysty, nie może zawierać energicznych odczynników chemicznych, n. p. kwasu siarkowego, któryby pleśń zniszczył, a jak rzadko znajdujemy się w tak szczęśliwych warunkach? Przyrząd Marsha jest pod tym względem znacznie wygodniejszy; tam możemy naraz zbadać większą ilość płynu, albo, jeżeli tego potrzeba ze względu na ilość i zanieczyszczenie badanego materyału, przygotować znanemi metodami bardziej stężony i czystszy rozczyn arsenu bez obawy zgubienia arsenu po drodze. Z powyższego widzimy, że metoda biologiczna pozwala nam wykryć jako *minimum* 0·01 mgr. arsenu w kilku kroplach rozczynu, podczas gdy metoda chemiczna w kilku litrach, względnie w odpowiedniej ilości ciał stałych. To przecież wielka różnica.

Tyle co do czułości metody; a jakże się ma sprawa z jej pewnością? Przyrząd Marsha podaje ostateczny wynik w postaci namacalnej, nalotu w rurce lub plamy na płytce, które możemy każdemu pokazać, względnie przedłożyć, jako dowód obecności arsenu. Metoda biologiczna polega na zapachu, a nie potrzebuję tu dowodzić, w jakim stopniu słaby zapach może być objawem niepewnym i podmiotowym.

Przyznaję, że badanie chemiczne arsenu wymaga odpowiedniego urządzenia pracowni, zasobu wiadomości teoretycznych i większej wprawy technicznej, aniżeli próba biologiczna; ale czy to świadczy na niekorzyść pierwszego? Sprawa wykrycia arsenu nie jest małoznaczna i każdy, komu na tem zależy, może polegać na zdaniu tylko wytrawnego i wprawnego chemika, a takiemu przeprowadzenie postępowania chemicznego nie sprawi trudności. Zastanówmy się tylko nad tem, że w większości wypadków, gdzie o arsen chodzi, badanie odbywa się na żądanie sądu. Czy znajdzie się tak lekkomyślny chemik, któryby na podstawie swego powonienia wydawał w sprawie sądowej opinią o życiu człowieka, lub o jego czci i mieniu?

Prof. B. podaje następnie, że metoda biologiczna może znaleźć zastósowanie, jako próba wstępna w badaniu obić papierowych, tkanin, środków spożywczych i t. d. I w tym punkcie nie mogę się zgodzić z jego wywodem. Próba wstępna ma wtedy znaczenie, jeżeli jest łatwą a szybką w użyciu i daje pewność przynajmniej w jednym kierunku ujemnym lub dodatnim, jak to bywa z próbami wstępnemi na fosfor lub kwas pruski. Tymczasem w naszym wypadku, w razie niewystąpienia zapachu czosnku, nasuwa się wątpliwość, czy może w znaczniejszej ilości materyału nie uda się wykryć arsenu, gdy zaś zapach wystąpi, to i tak trzeba badać chemicznie, aby mieć pewność i dowód namacalny w ręku. A zważmy, że na tę próbę wstępną trzeba mieć pod ręką hodowlę *Penicillium brevicaule*, termostat, w ogóle całe urządzenie bakteryologiczne, a do tego czekać na wynik 24 godzin. Czy nie prostszą jest rzecza wygotować dane próbki wodą lub rozcieńczonym kwasem siarkowym i próbować odlany roztwór wprost w przyrządzie Marsha? Gdy mamy więcej próbek do badania, wtedy nawet przyrządu zmieniać nie potrzebujemy, aż trafimy jedną zawierającą arsen. Jeżeli komuś bardzo zależy na próbach wstępnych, to może dane obicie lub tkaninę zwinąć w trąbkę i zapalić, a w razie obecności arsenu wystąpi wcale wyraźny zapach czosnku.

Abba w swojej rozprawie o czułości metody biologicznej podaje doświadczenie ze skórami zawierającemi arsen, z którego wynika, że metoda biologiczna jest przeszło 500 razy czulsza od metody chemicznej. Ponieważ metodą chemiczną można jeszcze na pewno wykryć 0·01 mgr. arsenu, przeto metoda biologiczna wykazywałaby niesłychanie małą ilość, bo mniej niż 0·00002 miligrama arsenu, rzecz niewątpliwie zadziwiająca, choć należałoby ją sprawdzić [1]). Prof. B. podał jako *minimum* 0·01 — 0·005 mgr. arsenu.

Jeszcze na jedną rzecz chciałbym zwrócić uwagę. Gdy po odczycie Prof. B. w Towarzystwie lekarskiem zabrałem głos w dyskusyi, wyraziłem tam moje zapatrywanie, że zapach czosnku w próbie biologicznej nie powstaje z powodu tworzenia się arsenowodoru, lecz raczej związków organicznych arsenu, n. p. o typie połączeń kakodylowych; wówczas Prof. B. oświadczył kategorycznie, że Gozio udowodnił w swoich pracach obecność arsenowodoru. Wtedy zamilkłem; dziś jednak po przeglądnięciu prac Gozia i Emmerlinga [2]) o tym przedmiocie przekonałem się, że Gozio wcale podobnego dowodu nie przedłożył, a udowodnił tylko, że ciała lotne, wydzielające się z kultur pleśni arszenikiem zaprawionych, działają w wysokim stopniu trująco. Obecnie utrzymuję więc nadal moje twierdzenie, tem bardziej, że arsenowodór bynajmniej nie posiada tak bardzo przenikliwego zapachu czosnku, a przewyższają go pod tym względem połączenia kakodylowe. Jeżeli zwrócimy uwagę na bądź co bądź znaczną czułość reakcyi biologicznej, wypadnie nam przypisać ją raczej związkom organicznym arsenu, niż arsenowodorowi.

---

[1]) Dotyczący ustęp brzmi w oryginale:
Zum Schlusse führe ich, um einen Begriff von der Feinheit dieser Metode zu geben, noch an, dass ich von einem und demselben Fell ein 5 qcm. grosses Stück chemisch und 1 qmm. grosses Stück biologisch untersuchte; während nun der wegen seiner Feinheit bekannte Marsh'sche Apparat die Anwesenheit von Arsenik in dem 5 qcm. grossen Stück nicht angab, that dies der Gozio'sche Versuch an dem nur 1 qmm. grossen Stück (Ueber die Feinheit der biologischen Methode beim Nachweis des Arseniks. *Centralbl. f. Bakter.* II. Abth. IV. B. S. 806).

[2]) *Ber. d. d. chem. Ges.* 30. S. 1024 i 1026.

Na uwagi polemiczne Doc. Dra Seńkowskiego nadesłał Prof. Bujwid następujące wyjaśnienia:

Gdy autor jakiej pracy spotka się z polemiką w poruszonej przez siebie sprawie, jest to dowodem, że praca jego nie przeszła bez wrażenia, że wzbudziła interes. W tej chwili jestem tembardziej zadowolony, że pracą moją wywołałem rzeczową polemikę u jednego z młodych pracowników, który nie często w literaturze przemawia.

Polemika jak to wspomniałem, jest istotnie rzeczową, gdyż jest to raczej praca mająca za zadanie 1) bronić metody chemicznej wykrywania arsenu zapomocą przyrządu Marsha, 2) dostarczyć dowodów, że metoda ta jest równie czułą, 3) że metoda biologiczna przez Gozia podana nie jest dosyć praktyczna, 4) że w hodowli pleśni nie powstaje arsenowodór, lecz inne połączenie o zapachu czosnkowym.

Co do pierwszego, muszę zaznaczyć, że jeżeli porównywałem metodę biologiczną z metodą Marsha, zrobiłem to tylko dla tego, ażeby mieć punkta wytyczne i mniej więcej wykazać czułość metody. Z moich kilku poszukiwań zdaje się wynikać, że metoda ta jest bardzo czułą i co najmniej metodzie Marsha dorównywa, jeżeli ją nie przewyższa. Zaznaczyłem jednak od razu w mej pracy i w dyskusyi po odczycie, że nie chodzi tu o właściwe badanie sądowo-lekarskie, gdyż do tego nadaje się jedynie metoda ścisła i mniej podmiotowa, jaką jest niewątpliwie metoda chemiczna.

2) W pracy mej polegałem na tem co podali Gozio i Abba, nie badając ściśle granic działania metody, do czego trzebaby osobnej pracy, do której wcale się nie zabierałem i nie zabieram. Na podstawie swoich kilku prób uważam tę metodę biologiczną za czulszą.

3) Metodę biologiczną, jako wstępną, uważam za bardzo praktyczną. Przytoczę przykład. Przychodzi do badania kilkadziesiąt prób na obecność arsenu. Czy nie łatwiej zrobić 50 probówek z hodowlą, jak 50 przyrządów Marsha, lub 50-krotną zmianę jednego przyrządu, który musi działać conajmniej godzinę, ażeby wykryć ślady arsenu, lub przekonać się, że go tam nie ma; przytem przygotowanie próby do badania na arsen musi poprzedzić jej rozpuszczenie i zniszczenie części organicznych. Każdy chemik wie dobrze, ile to czasu i trudu kosztuje. Do probówki można włożyć kawałek tkanki, obicia, skóry i t. p. która conajwyżej powinna być przez krótkotrwałe ogrzanie wyjałowioną. Trzeba takie badanie raz wykonać, ażeby wiedzieć, ile się czasu oszczędza. Hodowle pleśniowca tego powinny zatem znajdować się we wszystkich zakładach, gdzie takie badania mogą się odbywać. I jestem przekonany, że do tego przyjdzie w niedługim czasie, gdyż każda metoda jest dobrą, jeżeli może inną metodę w badaniu wesprzeć.

Co do 4): Sam nie zajmowałem się określeniem, czy wytwarza się przy działaniu pleśni arsenowodór, czy inne połączenia. Gozio znalazł arsenowodór pomiędzy innemi połączeniami i przytacza to w swej pracy, którą mi w odbitce nadesłał *(Archives italiennes de biologie* T. XVIII f. II); na str. 264 mówi on, co następuje: „dans la fermentation des arsenio moisissures il peut se developper de l'hydrogene arsenial (AsH_3) mais il s'agit de quantités minimes...“ Na stronie 262 mówi również o znalezieniu śladów arsenowodoru obok innych połączeń.

Że wytwarzanie się arsenowodoru jest możliwem, mamy tego analogiczny przykład w wytwarzaniu się siarkowodoru H_2S pod wpływem bakteryj z siarkanu wapna. Zresztą jest więcej podobnych dowodów, których tu nie chcę wspominać.

W tej sprawie będziemy stali całkiem jasno dopiero wówczas, gdy zamiast polemicznego atramentu użyjemy innych sposobów, które w pracowniach mamy pod ręką, a które nam powstawanie tego lub owego ciała skutecznie wyjaśnić mogą. Jestto właśnie zadaniem chemii, która w biologii czerpiąc wskazówki, zastosuje swoje metody.

O. Bujwid.

IV. Wyciągi.

Prof. Ebstein Wilhelm (Gietynga). **Leczenie otyłości przetworami z gruczołu tarczykowego.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 1, 2, 1899). Leczenie narządami ustroju, czyli organoterapia, doczekało się bardzo gorliwego zajęcia się u ogółu lekarzy. Mnóstwo prac wyszło w tym kierunku, a lekarz-wykonawca zgubić się może w tym lesie, zwłaszcza, że trzeba odróżnić plewy od ziarna. Dlatego redakcya czasopisma przerzeczonego zwróciła się do autora o napisanie uwag w przedmiocie leczenia otyłości zapomocą przetworów tarczykowych, tembardziej, że autor już dawniej zajmował się ocenianiem leczenia odtłuszczającego Bantinga. Leczenie otyłości gruczołem tarczykowym podał pierwszy i zastósował lekarz londyński N. E. Yorke-Davies w roku 1894. W Niemczech wpłynął na zajęcie się tym sposobem leczniczym Leichtenstern, a po nim Wendelstadt. Autor zaczął próbować sposobu omawianego w swojej klinice dosyć wcześnie, bo w r. 1895. Rychło jednak przyszedł do przekonania, którego i teraz się trzyma, że o ile można doświadczać sposobu tego w klinice, ceniąc naukowe zdobycze z badań nad przemianą materyi, o tyle nie należy ogólnie wprowadzać stósowania gruczołu tarczykowego w otyłości w powszechnem wykonawstwie lekarskiem.

Podaje siedem własnych przypadków, w których stósował gruczoł tarczykowy. Jak wiadomo, zaufanie do leczenia przetworami gruczołu tarczykowego z początku bardzo wielkie, znacznie potem osłabło. Autor, nie wdając się w rozpatrywanie wyników innych badaczy, a spostrzeżeń pod tym względem jest nadzwyczaj wiele, rozbiera tylko własne przypadki. Używał najpierw kołaczyków tarczykowych, „tabulae thyreoideae“ Dra C. Döppera w Kolonii, sporządzanych podług przepisu prof. Leichtensterna, w których 1 kołaczyk = 0 3 grm. świeżego gruczołu tarcz.; potem kołaczyków angielskich: „tabloids of compressed dry thyroid gland powder“ — Burroughs, Wellcome & Co. w Londynie, w których 1 kołaczyk ma 5 granów = 0 3 grm. gruczołu tarcz. owczego; wreszcie pigułek „pill. extr. thyreodin.“ C. Fr. Hausmanna w St. Gallen, robionych podług przepisu prof. Kochera i aptekarza Ducommun, w których 1 pigułka zawiera 0 1 *extr. thyreoid*, = 1 grm. gruczołu. Nadzwyczaj ważną jest rzeczą dobroć i czystość przetworu. Następnie należy zaczynać od najmniejszych dawek i uwzględniać różnice osobnicze, jakie u chorych zachodzą. Wiek, płeć, stan odżywienia itd. wiele w tym razie znaczą.

Autor podawał od 0 3 do 1 2 grm. gruczołu dziennie, zaczynając od małych dawek i powoli podnosząc je, jeżeli chory dobrze znosił. Złych skutków nie widział, ponieważ postępował bardzo ostrożnie. Właściwy cel jednakowoż nieraz zawodził tak, że w końcu autor nie może zalecać przetworow tarczykowych w leczeniu otyłości. Wyniki spostrzeżeń swoich streszcza autor w następujący sposób: 1) Leczenie otyłości zapomocą gruczołu tarczykowego nie prowadzi do celu, ponieważ ubytek na wadze występuje niezawsze, a nieraz nietylko, że ciężar ciała się nie zmniejsza, ale nawet rośnie. W tych przypadkach, w których ciężar ciała się zmniejsza w czasie zażywania gruczołu, po odstawieniu leku natychmiast ustaje działanie. Mimo ubytku ciężaru ciała w czasie podawania gruczołu, chory otyły nie czuje się podmiotowo lepiej, nie jest raźniejszy, jak to bywa wśród leczenia zapomocą innego sposobu odtłuszczającego. 2) Odtłuszczanie zapomocą gruczołu tarcz. jest sposobem niewłaściwym. Za właściwy sposób można uważać tylko ten, przez który ciało pozbywa się jedynie tłuszczu. Tymczasem gruczoł tarcz. sprowadza rozpad nietylko tłuszczu, ale i białka, i to rozpad białka nawet przewyższa rozpad tłuszczu (Magnus-Levy). Żeby temu zapobiedz, radził P. F. Richter odpowiednio odżywiać ustrój, t. j. doprowadzać tyle ciepłotek (kaloryj), aby dostać ubytek na ciężarze ciała bez rozpadu białka. Jestto jednak zadanie zbyt trudne, a tak inni bada-

cze, jak autor uważają je nawet za niepodobne. Gruczoł tarczykowy następnie jest trucizną. Można więc używać go tylko w tych chorobach, które są jeszcze gorsze, niż sam gruczoł, np. obrzęk śluzakowy. Trudno jednak ważyć się na to, aby w tak niewinnej chorobie, jak otyłość, sięgać po środek niebezpieczny. 3) Wreszcie mamy tyle sposobów leczenia otyłości, którymi możemy sprowadzić pożądany skutek, że uciekanie się do gruczołu tarczykowego jest zbyteczne. Trzeba zważyć, że niel karze na własną rękę zaczęli się leczyć gruczołem tarczykowym w otyłości. Jestto przecież środek nieobojętny, którego sprzedaż taksamo, jak innych środków leczniczych, powinna warować ustawa.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Dr. Stobwasser: **O umiejscowieniu pierzchnicy płaskiej czerwonej na błonach śluzowych.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 5. 1899). W przebiegu pierzchnicy płaskiej na skórze występują tesame zmiany na błonie śluzowej jamy ust, gardła i krtani. Według Herzheimera zdarza się to więcej, niż w połowie przypadków; a według statystyki Gautiera — więcej niż w $^2/_3$ przypadków zmian na skórze. Omawiając znane już wejrzenie zmian w przebiegu pierzchnicy płaskiej na błonach śluzowych warg, gardła i krtani, charakterystyczne ich ugrupowanie, odmienne nieco wejrzenie tych zmian na błonie śluzowej języka, co stoi w związku z odmienną nieco histologiczną budową języka, zwraca autor uwagę na kilka przypadków spostrzeganych przez Herzheimera, gdzie w przebiegu pierzchnicy płaskiej na skórze i błonach śluzowych wystąpiły te same zmiany na błonie śluzowej odbytnicy.

Dr. Majewicz.

Doc. Dr. Rudolf Fischl: **Przyczynek do nauki o zapaleniu mózgu u osesków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* U. F. 13, XLIV 1 Heft). Prócz znanych postaci zapalenia mózgu u noworodków, zmian miąższowych pojedyńczych komórek nerwowych, jako też zmian zapalnych mózgu na tle swoistem, a więc gruźliczem, kiłowem i ropnem, są jeszcze przypadki samoistnego zapalenia mózgu (genuine encephalisis) przyrody toksycznej, skutkiem nagromadzenia się w jelitach znacznej ilości produktów toksycznych. Jest to choroba ostra, gorączkowa, która wśród objawów podrażnienia mózgowego i objawów porażennych, prowadzi do zniszczenia znacznego stopnia szarej istoty półkul mózgowych i zwojów ośrodkowych. Przyczyną tego jest sprawa zapalna koło naczyń tętniczych, prowadząca z jednej strony do nacieczenia istoty korowej leukocytami, z drugiej zaś do wynaczynień martwicy (nekrozy)

Autor spostrzegał jeszcze jeden sposób powstawania sprawy zapalnej u osesków, który jest dowodem, że ścisłe oddzielenie pojedyńczych postaci chorobowych, tak jak to Friedman usiłuje przeprowadzić, jest niemożebnem. Przypadek dotyczył oseska przedwcześnie urodzonego, który, mimo kilkotygodniowej obserwacyi klinicznej, nie zdradzał śladów choroby mózgowej, a na stole sekcyjnym stwierdzono liczne ogniska rozmiękczynowe w półkulach mózgowych. Badanie drobnowidowe i bakteryologiczne wykazało powikłanie zapalenia opon mózgowych ze skrzepem prątkowym drobnych naczyń mózgowych, biegnących wzdłuż zagłębień błon mózgowych w istotę mózgową, dalej toksyczne zapalenie i zgorzel ogniskową mózgu, typowe zapalenie mózgu wrodzone i zmiany przerostowe gliakomórek, jako objaw odczynowy tkanki podściółkowej. Przypadek opisany, jeżeli nie prowadzi do śmierci, to daje podstawę do wytworzenia *parencephalii.*

Dr. Bolesław Komorowski.

Klemm: **O znaczeniu badania mleka kobiecego.** (*St. Petersbg. Med. Wochft.*, Nr. 47, 1898). Codzienne doświadczenie poucza, że niektóre dzieci, karmione wyłącznie piersią, mimo to, że przestrzega się podawania piersi co trzy godziny i zachowuje inne prawidła higieniczne, cierpią na przypady ze strony przewodu pokarmowego. Przypady te, zwane zwykle niestrawnością, przebiegają raz pod postacią zaparcia stolca, drugi raz wywołują cały szereg zaburzeń takich, jak częste zielone stolce, wzdęcia, morzyska. Wiadomo od dawna, że przyczyna tych niestrawności leży w nieodpowiednim składzie mleka w danym przypadku, a jednak nie oznaczono dotąd ściśle, które z poszczególnych składników mleka odgrywają tutaj najważniejszą rolę, chociaż posądzano o to powszechnie ciała białkowate. W mleku kobiecem obok sernika znajdują się albuminy i w małej ilości inne ciała białkowate. Klemm wykazał, że stosunek sernika do albumozy jest dla różnych mlek różnym i waha się tak, że w jednem mleku spotkać możemy sernika 0.6, innych ciał białkowatych 0.5; w innem mleku sernika 0.3, innych ciał białkowatych 0.8%. Badając chemicznie mleko w przypadkach klinicznie stwierdzonej niestrawności u osesków, przekonał się Klemm, że nadmiar sernika w mleku sprowadza zaparcie stolca, podczas, gdy zamała ilość sernika wywołuje objawy wzdęć, częstych stolców, kolki i stąd przypisuje sernikowi znaczenie regulatora dla przewodu pokarmowego, uważając go mniej za środek odżywczy, a więcej za osłaniający przewód pokarmowy (Binde-Klebestoff).

Wobec tych zapatrywań przypisuje Klemm wielkie znaczenie badaniu mleka w każdym przypadku niestrawności, a badanie to należy uskutecznić: 1) drobnowidowo, 2) oznaczyć ciężar gatunkowy, 3) całą ilość białka w odsetkach: a) ilość sernika, b) ilość albuminy, c) inne ciała; 4) ilość tłuszczu i punkt topliwości tłuszczu, 5) zawartość żelaza.

Od wyniku badania zależy leczenie, w którem w pierwszym rzędzie dążyć należy do poprawienia składu mleka, a mianowicie gdy sernika za mało — przez podawanie mleka krowiego (zawiera sernika 3%); przez podawanie serwatki, t. j. mleka po straceniu sernika podpuszczką — gdy sernika za dużo.

Doc. Raczyński.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Tannalbinum. Bardzo liczni autorowie zalecają gorąco ten znany już zresztą lek, jako nader skuteczny w ostrej postaci nieżytu jelitowego, szczególnie u dzieci (Gastroenteritis acuta), a podawać się go powinno naprzemian z kalomelem. Stosują go też równocześnie z tranem, a to dla usunięcia, względnie uniknięcia biegunek, występujących często podczas podawania tranu.

Tannoformium. Jestto połączenie (produkt zagęszczenia) formaldechydu z kwasem garbnikowym. Z świeższych prac wynika, że leku tego używać można wewnętrznie przeciw nieżytom przewodu pokarmowego, prócz tego zewnętrznie, jako środka odkażającego i w chorobach skóry, swoiście działającego przy *hyperidrosis* i *bromidrosis.*

W krwawnicach zapisuje się:

Rp.: Tannoformii 2.0
Extr. Belladonnae 0.10
Butyri Cacao q. s. ut fiant l. a. suppositoria N. 10.
Ds.: 2 czopki dziennie użyć.

Sziklai i J. Braun stosują go w nieżytach jelitowych u dzieci (noworodków) podając go kilka razy dziennie po 0.25 grm. w ocukrzonym trochę rumianku; starszym dzieciom dawać można co 2 godziny po pół grama, dorosłym 4—5 grm. dziennie.

Okazał się też nader skutecznym w biegunce gruźliczej, a nawet w biegunce u histeryczek.

Tannonum $(CH_2)_6 N_4 (C_{14} H_{10} O_9)_4$ jest połączeniem taniny z heksamethyltetraminem, a przedstawia się jako proszek jasno-brunatny, bez zapachu i bez smaku, delikatny, wody nie chłonący i w niej się nie rozpuszczający; nie rozpuszcza się też w słabych kwasach, wyskoku i eterze, a powoli tylko w rozcieńczonych zasadach.

E. Schreiber używał tego przetworu z dobrym skutkiem w zastępstwie taniny w nieżytach jelit ostrych, podostrych i przewlekłych, w biegunce durowej, a przedewszystkiem w biegunce gruźliczej. Dorosłym podaje się po 1.0 grm. 3—4 razy dziennie, dzieciom od 0.2—0.5 kilka razy dziennie. Działań ubocznych autor nie zauważył.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Savill (*Treatment* 1898) rozróżnia dwa rodzaje świądu skóry: w jednej grupie chorób świąd występuje następowo (wyprysk), w drugiej jest pierwotnym, a zmiany skóry są następowe (*prurigo*). W pierwszym rodzaju dodanie 2% kokainy do maści usuwa świąd; w drugim, uważając świerzbiączkę za następstwo zmian krwi i płynów tkankowych, zaleca S. wewnętrzne podawanie chlorku wapniowego w dawce 1,2 i więcej gr., 3 razy dnia po jedzeniu, w szklance wody. Wyniki zresztą zawsze dodatnie, wybitniejsze są u dorosłych, niż u dzieci. *F. K.*

Wolf wstrzykiwał przy świerzbiączce (*prurigo*) codziennie, naprzemian 1% rozczyn kw. karbolowego i 1‰ pilokarpiny i spostrzegał już po paru dniach ustanie świądu, a po 4 tyg. wyleczenie; po 14 dniach jednak wystąpił nawrót. Dlatego obecnie zaleca W. więcej sposób Montiego, t. j. posypywanie grubo pudrem cynkowo-salicylowym i owinięcie bastystem Mosetiga, co 48 godz. Po 3—4-krotnym opatrunku zmiany ustąpiły, a nawroty tak szybko się nie pojawiały. (*Arch. f. Kind.* 25). *F. K.*

VI. Klinika okulistyczna we Lwowie.

Uzupełnienie Wszechnicy lwowskiej Wydziałem lekarskim, które niewątpliwie zaznaczy się dodatnio w historyi cywilizacyi polskiej, ma dla wschodniej części Galicyi tem większe znaczenie, że skutkiem wejścia w życie tego Wydziału powstał cały szereg zakładów klinicznych, których brak w stolicy kraju, wzrastającej szybko od szeregu lat w ludność, coraz dotkliwiej uczuwać się dawał. Kliniki dotąd powstałe, zbudowane dość odpowiednio; co do wyposażenia naukowego mniejwięcej odpowiadają dzisiejszym wymogom nauki i rozporządzają na razie dostateczną ilością sił lekarskich, z czego korzysta coraz więcej ludność uboższa, garnąc się do ambulatoryów i oddziałów klinicznych Uniwersytetu, w celu porady i pomocy w cierpieniach.

W minionym tygodniu wykończono wreszcie także roboty w klinice okulistycznej tak, że obecnie już można ocenić, o ile pomieszczenie i urządzenie odpowiadać będzie celom zakładu i z tego powodu podaję krótki opis nowo powstałej kliniki.

Budynku własnego klinika nie posiada, mieszcząc się w gmachu szpitala powszechnego, którego parter skrzydła lewego zajmuje. Wchodzi się więc główną bramą szpitala i idzie na lewo obszernym korytarzem, który dzieli klinikę na 2 części. Po stronie prawej mamy część teoretyczną, po stronie lewej sale chorych wraz z salą operacyjną. Część teoretyczna składa się z kancelaryi profesora, poczekalni dla chorych, sali ordynacyjnej, pokoju wziernikowego, sali wykładowej i 2-ch pracowni dla asystentów. Sala wykładowa jest piękna i jasna, gdyż oświetlona aż 9 oknami, z których jedno weneckie, a wszystkie zaopatrzone okiennicami tak, że można każdej chwili zamienić salę na ciemnicę. Długość sali wynosi 10·50 m., szerokość 8 m., wysokość zaś, tak jak wogóle wysokość wszystkich sal kliniki, tj. 4·80 m. Ławki, ustawione z dwóch stron, wznosząc się lekko amfiteatralnie, mogą pomieścić 60 słuchaczów. Podłoga w sali jest betonowa. Z przyrządów naukowych umieszczono tutaj tylko perymeter Förstera. W połączeniu z salą wykładową jest pokój wziernikowy, jakoteż i reszta wyżej wymienionych ubikacyj, które, z wyjątkiem za małej poczekalni dla chorych przychodnich, są dość obszerne. W pokoju wziernikowym o 7-miu stolikach marmurowych do wziernikowania, umieszczono także lupę Westhen-Zehendera, astygmometr Javala i Schiotra i fotoptometr Förstera. Miłe wrażenie sprawia sala ambulatoryjna, jasno oświetlona jednem weneckiem oknem, przed którem stoi stół ordynacyjny całkiem aseptycznie urządzony. Mianowicie stół żelazny z górną płytą szklaną, dolną z grubej blachy o jednem głębokiem wcięciu w środku po obu bokach, w których tak są umieszczone umywalnie, że tylko lekko wystają. Na stole wszystkie leki podręczne leżą bezpośrednio we flaszeczkach szlifowanych, zaś wata, opaski i podręczne narzędzia w kasetkach szklanych. Z tyłu stołu w środku przymocowano podwójny irygator, dający się podwyższać i zniżać. Przy stole tym może 2ch lekarzy równocześnie odprawiać chorych, każdy po jednej stronie, a choć jednemu z początku trochę niewygodnie, gdyż musi się lewą ręką posługiwać, jednak łatwo można się do tego przyzwyczaić. Skoro już szerzej opisałem urządzenie stołu ordynacyjnego, dodam, że stół taki powinien być nieco niższym, jak wogóle wysokość stołów, za poziom powinniśmy bowiem tutaj uważać wysokość stojących na stole flaszeczek z zakraplaczami; w przeciwnym razie niewygodnie jest ręką sięgać. Ordynujący lekarz naturalnie siedzi.

Urządzenia pracowni naukowych nie opisuję, gdyż jest ono dopiero w toku; znajduje się tu dotąd tylko sideroskop Asmusa; zaś wiele rzeczy zamówionych, jak mikroskopy, mikrotomy, różne przyrządy optyczne, dotychczas fabrykanci nie zdołali dostarczyć.

Druga część kliniki składa się z sal dla chorych, ciągnących się jednym szeregiem wzdłuż szerokiego korytarza; sale zaś przeznaczone dla mężczyzn oddziela sala operacyjna od sal dla kobiet. Do każdej sali jest oddzielny wchód z korytarza, a obok tego niektóre sale są ze sobą połączone drzwiami. Sala operacyjna, jasna i duża, jest 10 m. długa, a 4·65 m. szeroka. Jedno okno 3·20 m. długie, 2·70 m. wysokie, obfite rzuca światło. Pod oknem umieszczono płytę szklaną. Ściany są lakierowane na kolor jasny, podłoga betonowa. Umeblowanie sali stanowią: podwójna umywalnia marmurowa z wodociągu, umywalnia nożna Skutscha z sublimatem, mydłem płynnem i alkoholem, umywalnia ruchoma, irygator potrójny ruchomy, szafka szklana na instrumenta, 2 stoły szklane, 2 stoliki z płytami miedzianemi do gotowania narzędzi, podręczny sterylizator Rottera do gotowania narzędzi i szereg kaset szklanych na opatrunki. Sterylizatora dużego na opatrunki klinika dotychczas nie posiada, mając tylko 3 puszki od Lautenschlägera, w których przenosi się opatrunki, wyjaławiane łaskawie w klinice Prof. Marsa. Krople do operacyi i płyny wyjaławia się nad lampką Bunsena w kolbkach szklanych, ustawionych na siatce asbestowej.

Sal dla kobiet jest 3, sal dla mężczyzn 4 i dwie separatki. W tej części kliniki są także dwie łazienki, dotychczas nieoddane do użytku i dwa małe pokoiki, jako mieszkania dla dwóch asystentów. W całej klinice są umywalnie marmurowe, do których dochodzi woda zimna i gorąca z wodociągów. Umywalnie te są w ten sposób urządzone, że woda zimna i gorąca może się mięszać w rurze głównej, z której wypływa do umywalni o dowolnej ciepłocie rurą odpływową tak wysoko nad umywalnią umieszczoną, aby się można myć wygodnie w strumieniu wody płynącej; rurę tę odpływową można też łokciem skręcić na bok, aby wodę zatrzymać.

Oświetlenie kliniki jest dwojakie, a mianowicie gazowe auerowskie w części teoretycznej, elektryczne w części 2-giej. Tutaj na salach chorych zaprowadzono na lampkach klosze ciemno niebieskie, co daje bardzo miłe światło, zupełnie nie rażące. Łóżka żelazne malowane są na kolor dębowy, który okazał się praktyczniejszym, aniżeli kolor jasny. Szafki przy łóżkach również żelazne z płytami szklanemi, bez żadnych szufladek, aby chorzy przed okiem lekarza nic nie mogli ukrywać. Na wszystkich salach okna zaopatrzone są w okiennice i zasłony płócienne.

Klinika urządzona jest na 40 łóżek. Objętość powietrza na jednego chorego wraz ze służbą na salach wynosi 33^3 ctm. Służbę nadzorczą i gospodarczą pełnią 2 Siostry Miłosierdzia, mając do rozporządzenia dwie posługaczki i trzech posługaczy. Obok tego jest jeden laborant, zajęty w części teoretycznej.

Czytając opisy nowo zbudowanych klinik, które powinny być urządzone pod każdym względem wzorowo, z zastósowaniem najnowszych wymagań nauki, a przytem składnie i dogodnie, zwykle znajdujemy skromny dopisek, przyznający drobne usterki. I te rzeczywiście zawsze są, w czem niema nic dziwnego. Klinika okulistyczna lwowska umieszczoną została w gmachu starym, trudno więc, żeby żadnych usterek

nie miała; jednak bezstronnie przyznać należy, że usterki te są małe i że pomieszczenie kliniki odpowiadała celowi. W urządzeniu zaś, choć są jeszcze pewne braki, jak to wyżej wspomniałem, to jednak nie przeszkadza temu, że klinika znajduje się w pełnym ruchu, i daj Boże, aby chlubę przyniosła polskiej nauce. *Dr. A. Bednarski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 6 kwietnia 1899

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Herman Hirsch przedstawił rzadki przypadek chorobowy; kol. dr. Droba (w zastępstwie kol. dr. Rutkowskiego) przedstawił kilku chorych, operowanych w klinice chirurgicznej; wreszcie kol. dr. Maleszewski miał odczyt: »O działaniu wody karlsbadzkiej na krążenie, na podstawie doświadczeń klinicznych«.

Redakcya Gazety lekarskiej ogłosiła w Nr. 13 następującą odezwę do kolegów lekarzy:

»Jak to powszechnie wiadomo, w łonie Towarzystwa Higienicznego powstała myśl założenia senatoryum dla niezamożnych suchotników. Jeżeli całe społeczeństwo nasze sympatycznie myśl tę przyjęło, to tembardziej, sądzimy, powinien poprzeć ją ogół naszych lekarzy. Z jednej strony wszyscy jesteśmy dokładnie świadomi tego strasznego spustoszenia, jakie czynią suchoty, i potrzeby wystąpienia z niemi do walki, a z drugiej — lekarz codziennie niemal jest świadkiem tych bolesnych, prawdziwie tragicznych scen, kiedy suchotnik i jego rodzina widzą, iż jedynie dla braku środków ratować się nie mogą. Opiekowanie się chorym, dla którego niema ratunku z powodu nieuleczalnej choroby, należą niewątpliwie do ciężkich chwil naszego zawodu; ale o wieleż przykrzejszem jest to położenie, kiedy ratunek jest, i to często niezawodny, a jedynie ubóstwo stoi na przeszkodzie do zastosowania go. Sprzedaj pan wszystko, powiadamy choremu, a ratuj się — i tak też robią nieraz nasi pacyenci; ale jeżeli i sprzedać niema co, cóż wtedy pozostaje? Czyjeż serce nie drgnie w takiej chwili.

Powagę i zaszczytne stanowisko, jakie zajmuje wśród społeczeństwa stan nasz lekarski, zawdzięcza on nietylko wiedzy i sumienności w pełnieniu swych obowiązków, ale jeszcze i temu, że wśród niego znajdowały się jednostki, zdolne gorąco odczuwać potrzeby i nędze społeczne: przykład Dietla, Marcinkowskiego, Bącewicza i tylu innych zawsze powinien nam stać przed oczami. Nie należy też zapomnieć, że aczkolwiek żyjemy z ciężkiej nieraz naszej pracy, to zawsze jednak źródłem naszych dochodów jest cierpienie i choroba: jest więc rzeczą poniekąd nawet naturalną, że część tych dochodów oddamy na użytek biednych i potrzebujących naszych pacyentów. Niema między nami takich, którzyby mogli sami wznosić sanatorya, ale ogół lekarzy mógłby, bez uszczerbku dla swego budżetu, znaczniejszą ofiarą przyczynić się do powodzenia tej sprawy. Udział lekarzy miałby nadto to wielkie znaczenie, że pociągnąłby za sobą cały ogół społeczeństwa wskazując mu dobitnie potrzebę takiego zakładu. W imię więc tego wszystkiego zwracamy się do wszystkich kolegów z propozycyą, aby składali ofiary na proponowane sanatoryum; chcielibyśmy, aby za pieniądze, złożone przez lekarzy, wybudowano albo cały pawilon, albo część jego, albo wreszcie jedną salę, które na wieczne czasy nosiłyby nazwę »pawilonu (lub sali) lekarzy« i były zawsze świadectwem, że lekarze doby naszej gorąco odczuwali nędze i potrzeby swych ubogich pacyentów«.

* Starszy inspektor c. k. Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie, Dr. Stanisław Bondzyński, mianowany został prof. nadzwyczajnym higieny w Uniw. lwowskim.

* Śmiertelność w Anglii wskutek nadużywania wyskoku z roku na rok się zwiększa, a przyrost przypada głównie na kobiety. Śmiertelność ta od r. 1876 do 1880 wynosiła 38.4 na milion, a w latach od 1891 do 1895 podskoczyła do 68 na milion, z czego 42% przypada na mężczyzn, a przeszło 100% na kobiety. Autor tej statystyki Dr. Carter, wyraża słuszne zdziwienie, że społeczeństwo i państwo, tak czujne na śmiertelność z chorób zakaźnych, zachowują się obojętnie w obec zgubnych skutków opilstwa, chociaż liczby przemawiają za potrzebą wręcz przeciwnego postępowania. I tak śmiertelność z duru brzusznego w Anglii, wynosząca w latach 1877—1881 22.4 na milion wywołała energiczną i zbawienną czynność władzy sanitarnej, i śmiertelność ta spadła do 2 na milion; w temże samem pięcioleciu umarło z opilstwa 43.3 na milion, a pomimo tego władze sanitarne nie zarządziły żadnych środków zaradczych, to też w r. 1896 śmiertelność z opilstwa podskoczyła do 91 na milion. (*The Lancet*).

* *Le Progrès medical* powtarza za innymi dziennikami opis następującego, do tej pory nie wytłómaczonego, przypadku. Młody indyanin, nazwiskiem O'Learly, został pokąsany przez psa, uznanego za wściekłego. Pokąsanego indyanina odwieziono do instytutu Pasteurowskiego, gdzie poddano go szczepieniu ochronnemu i następnie odesłano do domu. Po 3 tygodniach O'Learly, zmarł ze wścieklizny, a pies, który go pogryzł, żyje, jest zupełnie zdrowy i nie ulegał żadnym objawom wodowstrętu. Skoro nadto jest rzeczą wiadomą, że psy wściekłe nigdy nie powracają do zdrowia, wnosić należy, że pies, który pokąsał i był uznany za wściekłego, nigdy nim nie był; więc cóż stało się powodem śmierci indyanina?

* Podczas światowej wystawy paryskiej w r. 1900 zbierze się Zjazd przedstawicieli instytucyj opiekuńczych nad chorymi, oraz zakładów dobroczynnych.

* Prof. Wernicke z Marburga, znany asystent i zastępca prof. Behringa, otrzymał posadę kierownika świeżo otwartego zakładu higienicznego w Poznaniu.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego, Dr. Kaliksta Krzyżanowskiego, z Podhajec do Lwowa; asystenta sanitarnego, Dr. Kazimierza Mossora, z Tarnopola do Podhajec, a asystenta sanitarnego Dr. Leopolda Kosińskiego, z Tarnowa do Strzyżowa.

* Lekarzem miejskim w Brzostku mianowany został dr. Hieronim Potok.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Marek Jungier, Ryszard Kunicki, Leon Kibitz, Emanuel Zarzycki i Roman Nitsch.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Raum mianowany został lekarzem naczelnym szpitala na Pradze. Dr. Maya, prof. nadzwyczajny, mianowany został profesorem zwyczajnym patologii we Florencyi. Dr. Fede —, profesorem zwyczajnym pedyatryi w Neapolu. Dr. Esmarch z Królewca otrzymał wezwanie do objęcia katedry higieny po Wolffhügelu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bursztyński zmarł w Częstochowie, w 78 r. życia. W Paryżu zmarł dr. Durand-Fardel, długoletni inspektor Zakładu zdrojowego w Vichy. W literaturze zostawił kilka prac poważnych z zakresu balneoterapii. Był założycielem Towarzystwa hidrologicznego we Francyi i prezesem I-go Zjazdu paryskiego dla hidrologii i klimatologii.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie okulistycznym* (za miesiąc marzec): Dr. Falko I. Uszkodzenie oka piorunem. *W Pamiętniku Towarz. lekar. warszawskiego* (Zeszyt I): Brudzewskiego K.: Przyczynek do historyi ran rogówkowych, powikłanych opadnięciem ciałka szklistego. Landaua H.: Badania porównawcze nad metodami oznaczania tłuszczu, wody, oraz ciężaru gatunkowego mleka. Kolbergera Wł.: Sprawozdanie z oddziału mężczyzn krajow. galic. zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie za r. 1897. Bарącza R.: Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia jelita z całkowitem zamknięciem wykluczonej pętli; zarazem przyczynek do osiowego łączenia jelita. Żurakowskiego A.: Bakterye wody wodociągowej w Warszawie. W *Krytyce* Nr. 4: Likierta N.: Expertyza sądowo-lekarska. Dr. Bartoszewicza S.: Wolna konkurencya, a kółka przyjaciół zdrowia. Giedroycia Fr.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce w wiekach ubiegłych. W *Gazecie Lekarskiej* Nr 13: Gruenbauma A.: Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego. Pechkranza S.: Ostre krwotoczne zapalenie nerek, oraz hemoglobinomocz w następstwie zatrucia pigułkami Cauvina (dok.). Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (c. d.). W *Medycynie* Nr. 13: Tuchendlera A.: Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodziejących żołądka. Borzymowskiego I.: Złamania krtani (dok.).

Redakcya otrzymała:

Prof. Dr. Trzebicky R.: Bericht der chirurgischen Abtheilung des St. Lazarus Spitales zu Krakau für das Jahr 1898. Kraków, 1899 r.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Dra LUDWIKA SCHWEINBURGA SANATORYUM i ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Zuckmantel (Ślązk austr.).

Mięsienie. Elektryzowanie. Gimnastyka lecznicza. Leczenie dyetetyczne i terenowe. **Kąpiele elektryczne.** Cudowne położenie. Urządzenie nowoczesne i wytworne. Świeżo wybudowano: dużą **salę jadalną** 150 m. długą — **kręgielnię** i **salę do konwersacyi.** Wszystkie ubikacye **parą ogrzewane, elektrycznie oświetlone.** Ceny umiarkowane. Cenniki na żądanie.

SZCZAWNICA

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny

Najsilniejsze **szczawy sodowo-słone i żelaziste,** skuteczne w początkach **suchót,** po zapaleniu **płuc,** w astmie, w nieżytach oskrzeli i krtani, w cierpieniach żołądka, kiszek, wątroby i hemoroidalnych, przy wytwarzaniu się kamieni w pęcherzu i nerkach, w chorobach kobiecych, niedokrewności, w osłabieniu, we wszystkich stanach nerwowych i po influency.

Kąpiele mineralne, zakład **hydropatyczny z pensyonatem** Dra Kołączkowskiego na Miedziusiu, kąpiele rzeczne i t. d. **Zakład inhalacyjny,** kuracya mleczna, żentyczna i kefirowa. Składy wody mineralnej w aptekach i drogueryach krajowych. Dojazd do stacyi kol. Stary Sącz. Sezon od 20 maja. Zamówienia na mieszkania przyjmują zarządy zakładów **„Górnego i na Miedziusiu“.** 100

Fabryka opatrunków chirurgicznych M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu

(Telefonu krakowskiego Nr. 200)

mając znaczne zapasy opatrunków, jakoto: waty Brunsa, waty drzewnej, waty szpitalnej, juty bielonej i niebielonej, wiórek drzewnych, mchu suszonego, gazy odtłuszczonej w trzech różnych gęstościach, kalikotu białego i szarego różnej grubości, muślinku i organtyny krochmalnej, organtyny szarej, drenów, jedwabiu, katgutu i wszystkich opatrunków impregnowanych, poleca takowe **Wnym Panom Lekarzom, Dyrekcyom i Zarządom szpitali,** taniej niż czesko-niemieckie fabryki austryackie.

Próbkami i ofertami służę na żądanie.



CHLORAL W PEREŁKACH

Aptekarza LIMOUSINA w Paryżu

Przygotowane zawsze z Chloralu krystalizowanego nie sprawiającego nigdy ściskania gardła, ani niesmaku. Flakon zawierający 40 białych cukierków po 0 gr. 25. Cena 3 franki

SIROP CHLORALU zawierający 1 gram w łyżce stołowej.

Flakon zawierający 250 gr. — Cena 3 franki.

W Aptece LIMOUSINA ✻, w Paryżu, rue Blanche, № 2 *bis*

i w głównych aptekach we Francyi i zagranicą.

Dostać można we Lwowie w aptekach PP. Mikolascha. Wiewiórskiego, Ehrbara i Ruckera; w Krakowie w aptekach PP. Redyka, Wiszniewskiego i Trauczyńskiego.

Lanolinum puriss. Liebreich

wolne od wody, łączy się z wodą

w znanym, znakomitej czystości i nieprześcignionym gatunku

Adeps lanae B. J. D. wolne od wody, łączy się z wodą, przeźroczyste, bezwonne, wolne od kw. tłuszcz. i od manganu, nie lepkie.

BENNO JAFFE & DARMSTAEDTER 28

Fabryka lanoliny — Martinikenfelde pod Berlinem.

Zarząd Zakładu Kąpielowo-Zdrojowego W CIECHOCINKU

niniejszem ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu 8-go (20) Maja na przeciąg czasu czterech miesięcy.

Ciechocinek łączy się odnogą kolei żelaznej Warszawsko-Bydgoskiej z pograniczną stacyą Aleksandrów. Komunikacya ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Roczny zjazd kuracyuszów dochodzi do 8.000 osób. Przy kancelaryi Zakładu jest biuro informacyjne, ułatwiające wynajmowanie mieszkań. Prywatny hotel, produkty na miejscu, teatr, park, orkiestra, gazety, wodociąg i inne dogodności.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone, szczególniej są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych i reumatycznych. 105

Żadna wodą mineralna rodzima nie zawiera takiej ilości **węglanu litowego,** jak nasza

Woda litowa

Woda ta działa skutecznie we **wszystkich** przypadkach nadmiernego wydzielania kwasu moczowego w krwi, przy piasku moczowym, przy cierpieniach nerek i pęcherza, artrytyzmie, gośćcu, dnie i t. p.

Działanie bezpośrednie tej wody przeciw wymienionym słabościom, stwierdzają liczne dowody w praktyce lekarskiej z nadzwyczajnym skutkiem osiągnięte. — **Woda ta** jest przyjemna w smaku i łatwo strawna.

polecona przez **Towarzystwo lekarskie krakowskie, sporządzona w naszym Zakładzie** wód sztucznych mineralnych pod kontrolą Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa.

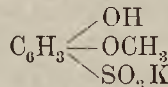
K. Rzęca i Chmurski,
Kraków, ul. św. Gertrudy 4.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Thiocol „Roche"

ein neues Heilmittel gegen Tuberculose.

In Folgendem wollen wir nun ein neues Guajacolpräparat in die Therapie einführen, welches alle Nachteile der bisherigen Kreosot-, resp. Guajacolpräparate vermeidet und durch seine glücklichen Eigenschaften die exacte Durchführung der Kreosottherapie ermöglicht. Das von uns vorgeschlagene Präparat, **Thiocol,** ist das Kaliumsalz der Ortho-Guajacolsulfosäure und hat die Zusammensetzung:



$$C_6H_3 \begin{cases} OH \\ OCH_3 \\ SO_3K \end{cases}$$

Es enthält ca. 60 % Guajacol. Das Thiocol stellt ein feines, weisses Pulver dar, welches Anfangs etwas bitter, nachher süsslich schmeckt.

Die grossen Vorzüge des Thiocols vor allen bisherigen Guajacolpräparaten sind:

1. **Absolute Geruchlosigkeit.**
2. **Ausserordentlich leichte Löslichkeit in Wasser.**
3. **Völlige Reizlosigkeit für Schleimhäute.**
4. **Leichte Resorbirbarkeit.**

Der völlige Mangel an Geruch und die Reizlosigkeit des Thiocols ermöglichen es, die Kreosot-, bezw. Guajacoltherapie selbst bei den empfindlichsten Individuen anzuwenden und consequent durchzuführen, während bis nun der üble Geruch und die ätzenden Eigenschaften der meisten Kreosot-, bezw. Guajacolpräparate bei sehr vielen Kranken lebhaften Widerwillen erregten und eine weitere Herabsetzung des schon ohnehin darniederliegenden Appetits bedingten. Zweifellos dürfte sich dadurch grösstenteils der Widerspruch erklären, der zwischen den verschiedenen Autoren bezüglich des Einflusses der Kreosot-, bezw. Guajacoltherapie auf den Appetit besteht.

Die leichte Löslichkeit des Thiocols in Wasser gestattet die Verabreichung desselben in Lösung und die Anwendung von Geschmackscorrigentien. In der That wird eine wässerige Lösung von Thiocol mit Syr. cort. aurant. versüsst, auch dem verwöhntesten Gaumen genügen. Von welcher Bedeutung die angenehme Art der Verabreichung, insbesondere bei Frauen und Kindern, ist, bedarf wohl keiner weiteren Betonung.

Nach den uns vorliegenden ärztlichen Gutachten scheinen Tagesdosen von von 3—5 g vollständig zu genügen, um eine gute Wirkung hervorzubringen.

Physiologisches.

Prof. *Tavel* in Bern schreibt uns auf Grund seiner physiologischen Versuche, dass **Thiocol „Roche"** eine Substanz sei von einer antituberculösen Wirkung, sei es durch Verbesserung des Bodens, oder sei es durch eine direkte spezifische Wirkung.

Prof. Dr. *Jaquet* in Basel teilt uns Folgendes mit:

„Nach Abschluss der Versuche des **Thiocols,** mit welchen Sie mich vor 3 Monaten betrauten, erlaube ich mir, Ihnen das Ergebnis der Versuche mitzuteilen. Ich habe im ganzen 6 Kaninchen mit Thiocol behandelt und zwar erhielt vom 12. Oktober 1898 bis 12. Dezember 1898 jedes Tier täglich 0,2 g Thiocol in 10%iger, wässeriger Lösung subcutan eingebracht. Die Injection wurde gut vertragen und verursachte keine Abcesse, nur hie und da eine leichte Induration. Zu Beginn der Versuche wurde Körpergewicht und Blutzusammensetzung bestimmt, sowie der Urin untersucht. Die Urin-Untersuchung wurde jede Woche wiederholt, die Blut-Untersuchung und Körpergewichtsbestimmung in der Mitte der Versuchszeit und am Ende derselben. In keinem Falle konnte weder Eiweiss noch Blutfarbstoff im Urin nachgewiesen werden. Es wurde stets auf Hämotoporphyrin geprüft mit negativen Resultaten. Was das Blut anbelangt, sind in sämtlichen Fällen sich Blutkörperchen und Hämoglobin gleich geblieben oder haben zugenommen, nur in einem Falle ist eine leichte

Abnahme des Hämoglobingewichtes zu konstatieren, welches aber in den Verletzungen des Versuchstieres die Erklärung findet. Was das Allgemeinbefinden der Tiere während der Versuchszeit anbetrifft, so konnte nicht die geringste Störung wahrgenommen werden. Folgende Tabelle legt beredtes Zeugnis ab:

Tier No. 1	vor dem Versuch:	2310 g	nach dem Versuch:	3800 g
„ „ 2	„ „ „	1500 g	„ „ „	2320 g
„ „ 3	„ „ „	1950 g	„ „ „	3000 g
„ „ 4	„ „ „	2450 g	„ „ „	3570 g
„ „ 5	„ „ „	1770 g	„ „ „	2440 g
„ „ 6	„ „ „	2100 g	„ „ „	3100 g

Diese Gewichtszunahme bei erwachsenen Kaninchen ist auffallend gross. Eine nachteilige Wirkung des Thiocols konnte innert meiner 2 Monate lang dauernden Versuchs-Zeit nicht konstatiert werden.

Untersuchungen über Thiocol

von Dr. **G. Rossbach.**

(Mitteilungen aus dem medizinisch-chemischen Institut der Hochschule Bern.)

(Therapeutische Monatsschrift. Februar 1899.)

Von den zahlreichen, im Laufe der Jahre angewandten Ersatzpräparate war keines im Stande, das Kreosot und Guajacol vollständig zu ersetzen, und trotz der schönen Erfolge, die mit dem Kreosotcarbonat (Kreosotal) und Guajacolcarbonat (Duotal) erzielt werden, treten doch immer wieder Fälle ein, in denen nur die Anwendung des Kreosots oder des Guajacols indiziert erscheint.

Vielleicht bietet das in jüngster Zeit aufgetauchte Thiocol einen vollwertigen Ersatz für die beiden vorstehend erwähnten Präparate und könnte infolge seiner Ungiftigkeit auch gerade in Fällen angewendet werden, in denen es sich um Einführung möglichst grosser Dosen Kreosots in den Organismus handeln würde.

Sowohl die physikalischen Eigenschaften des Thiocols als auch der Umstand, dass das Präparat vom tierischen Organismus fast vollständig resorbiert und glatt wieder ausgeschieden wird, dürfte die weitgehendste Beachtung verdienen. Das Thiocol von Hoffmann-La Roche & Cie. in Basel dargestellt, ist das orthoguajacolsulfosaure[1]) Kalium und stellt ein weisses, durchaus luftbeständiges Pulver dar, welches in Wasser sehr leicht (im Verhältnis 1 : 1) löslich ist und auf die tierische Schleimhaut auch in sehr concentrierter Lösung durchaus nicht korrodierend wirkt.

Um zu prüfen, inwieweit die unangenehmen Nebenwirkungen, welche bei Einführung von Kreosot und Guajacol in den tierischen Organismus auftreten, dem Thiocol zukommen, wurden Fütterungsversuche mit Hunden angestellt. Für diese Versuche kamen drei erwachsene Tiere zur Verwendung, von denen No. 1 und No. 2 sich in erbärmlich abgemagertem Zustande befanden. Die während dreier Wochen angestellten Versuche, diese Tiere in einen besseren Ernährungszustand zu bringen, schlugen, abgesehen von geringen und nur vorübergehenden Körpergewichtszunahmen fehl. Der Ernährungszustand von Hund No. 3 war von Anfang an ein normaler. Bald nach Verfütterung der ersten Gaben des Thiocols (5 g *pro die*) liess sich eine Steigerung der Schwefelverbindungen des Harns konstatieren, die nach allmählicher Erhöhung der Gaben, bis zu 30 g *pro die*, noch wesentlich zunahm.

Nach sechswöchentlicher Fütterung hatten die Tiere je 560 g Thiocol erhalten und war im Fall No. 1 und No. 2 eine Zunahme von $^1/_5$ beziehungsweise $^1/_7$ des Körpergewichtes zu konstatieren, während die Zunahme des normalen Hundes No. 3 $^1/_{11}$ des ursprünglichen Gewichtes betrug. Nebenbei sei bemerkt, dass während der ganzen sechswöchentlichen Versuchsdauer in nur zwei Fällen das dargereichte Futter erbrochen worden war.

Trotz der oben genannten grossen Mengen, die verfüttert worden waren — bis zu 30 g *pro die* — konnte nicht das geringste Vergiftungssymptom beobachtet werden, und das Befinden der Versuchstiere blieb ein durchaus normales.

Durch die angeführten Versuche (Bestimmung der Sulfat-Schwefelsäure, des Gesamtschwefels als Schwefelsäure und des Stickstoffgehaltes des Harns) ist der Beweis für die günstigen **Resorptionsverhältnisse** des Thiocols im tierischen Organismus (72—75 $^0/_0$ Ausnützung) erbracht.

Die Versuche, welche angestellt wurden, um die **Resorbirbarkeit** sowohl, als auch die Wirkungen des Thiocol bei subcutaner Injection zu untersuchen, wurden mit einem Hund und drei Kaninchen vorgenommen und ergaben gute Resultate.

Das Präparat kam in 20$^0/_0$iger Lösung zur Verwendung und konnte die Gabe bis zu 1 g *pro die* und Kilo Körpergewicht gesteigert und tagelang verabfolgt werden, ohne dass irgend welche Störungen im Allgemeinbefinden beobachtet werden konnten. Die in allen vier Fällen ausgeführte Sektion ergab vollständige Resorption des Thiocols ohne Hinterlassung localer Reizung an der Injectionsstelle.

Obgleich die Resultate, welche ich bei direkter Einführung des Thiocols in die Blutbahn erhielt, von rein theoretischem Interesse sind, so will ich dieselben zur Vervollständigung meiner Mitteilung doch hier anführen.

[1]) Theoretisch spricht diese Stellung der Hydroxylgruppe zur Sulfogruppe für die physiologische Wirksamkeit des Präparates.

Um die direkte Einwirkung des Präparates auf den Kreislauf zu untersuchen, schrieb ich den Blutdruck von Hunden und Kaninchen mit dem Quecksilbermanometer auf und beobachtete die Veränderungen welche nach Einführung der Lösung in die Vena jugularis auftraten.

Zur Verwendung gelangten 1—20%ige Lösungen des Kalium- und Natriumsalzes der Thiocolsäure. Um aber eine eventuell auftretende Alkaliwirkung zu eliminieren, kamen auch Lösungen der freien Thiocolsäure, in gleicher Concentration zur Verwendung.

Die drei genannten Thiocolpräparate rufen die gleichen Veränderungen des Blutdrucks hervor. Es können getrost Mengen bis zu 0,1 g pro Kilo Körpergewicht injiciert werden, ohne dass ein wesentlicher Abfall des Blutdrucks konstatiert werden könnte.

Um schliesslich noch das Verhalten des Thiocols dem Blute gegenüber zu prüfen, brachte ich einen Tropfen Menschenblut auf einen Objectträger und liess zu diesem eine 0,5%ige Thiocollösung mit physiologischer Kochsalzlösung bereitet, vorsichtig von der Seite zufliessen. In dem Präparate, welches durch Umgiessen mit Asphaltlack vor dem Austrocknen geschützt wurde, konnte auch nach mehrstündigem Stehen keine Veränderung in der Intensität der Färbung der roten Blutkörperchen konstatiert werden, während einzelne geschrumpfte Blutkörperchen (Stechapfelform) gefunden wurden. Diesen Versuch wiederholte ich noch mit 1, 3, 5 und 10%igen Lösungen und machte dabei die Erfahrung, dass bei Verwendung von 5%igen und concentrierten Lösungen die Einwirkung energischer wurde. Ein Zerfall der Blutkörperchen konnte jedoch in keinem Falle konstatiert werden. Zur spektroskopischen Untersuchung verwandte ich Blut, welches dem Herzen der längere Zeit mit Thiocol gefütterten Tiere entnommen wurde, ausserdem kam Blut zur Verwendung, welches direkt mit Thiocollösung versetzt wurde, doch konnte in keinem der Fälle eine Veränderung im Vergleich mit dem Spectrum von normalem Blute konstatiert werden.

Die Resultate meiner Untersuchungen fasse ich wie folgt zusammen:

1. **Thiocol hat vor den übrigen Guajacolpräparaten den Vorzug der Löslichkeit in Wasser.**
2. **Die Wasserlöslichkeit sowohl als die Luftbeständigkeit des Thiocols ermöglichen die Anwendung desselben in jeder Arzneiform.**
3. **Thiocol zeichnet sich vor allen übrigen Kreosot- und Guajacolpräparaten durch seine hohe Resorbirbarkeit im tierischen Organismus (cirka 70%) aus.**
4. **Sehr zu beachten ist die Ungiftigkeit des Thiocols bei Darreichung per os und bei subcutaner Injection.**

Klinisches.

Ueber die im Ludwigspital mit Thiocol-Roche bei Lungentuberculose gemachten Erfahrungen.

Im Auftrag von Prof. Dr. **Hermann Gessler**, Vorstand der inneren Abteilung, zusammengestellt
von Dr. **Otto Marcus,** Assistenzarzt.

(Aus der inneren Abteilung des Ludwigspitals in Stuttgart.)

(Württ. Med. Korresp.-Blatt. 1899.)

Die Mittel, welche sonst gegen Lungentuberculose angewandt werden: Ichthyol, Perubalsam, Perucognac, subcutane Injectionen von Pilocarpin und Glandulen sind im Ludwigspital alle angewandt worden, ohne dass durch sie ein wesentlicher Nutzen erzielt worden wäre. Ueber die Wirkung einer arzneilosen Behandlung der Tuberculose die Verwendung von Ozoninhalationen hat Prof. *Gessler* in zwei Aufsätzen schon eingehend berichtet. Die Wirkung dieser Behandlung ist, soweit man dies bei einer Krankheit wie der Lungentuberculose sagen kann, eine günstige, ihrer Weiterverbreitung steht aber der Umstand im Wege, dass die Kur eine sehr langdauernde und damit ziemlich kostspielige sein muss, der sich die Tuberculösen, sobald es ihnen besser geht, meist wieder entziehen. Von dem altberühmten Leberthran ist ebenfalls Gebrauch gemacht worden; seine Anwendung im Spital scheitert jedoch meist daran, dass die Patienten das Mittel schon lange vorher zu Hause gebraucht und einen Widerwillen dagegen bekommen haben.

Die Kreosottherapie hat seit *Sommerbrodt* verschiedene Wandlungen durchgemacht, die alle darauf hinauslaufen, die Präparate in ihrem Geschmack zu verbessern und um, was das Wichtigste ist, hohe Dosen zu ermöglichen, die allein wirkend sind, die reizenden und giftigen Eigenschaften möglichst zu beseitigen.

Unter diesen Präparaten stehen obenan **das Kreosotal oder Kreosotcarbonat,** über welches Prof. *Gessler* schon im Jahre 1894 berichtet hat, und das neueste Kreosotpräparat: das **Thiocol-Roche.**

Der Preis beider Präparate ist ziemlich hoch. Er stellt sich nach unserem Droguenverzeichnis, wozu in den Apotheken bei der Dispensation noch ein erheblicher Zuschlag kommt, folgendermassen:

Kreosotal 100 g = 4 M. — Pf.
Thiocol-Roche 100 „ = 9 „ 50 „

Kreosotal wird in Gaben von 4—12 g *pro die*, Thiocol-Roche in solchen von 3—15 g gegeben. Es ergibt sich somit — bis jetzt wenigstens — ein ziemlicher Mehraufwand von Kosten für das Thiocol.

Dieser Mehraufwand wird aber reichlich durch Eigenschaften des Thiocols aufgewogen, welche es dem Kreosotal überlegen machen. Diese Eigenschaften betreffen den Geruch und den Geschmack des Präparates. Es darf einem Patienten das Mittel, welches er lange Zeit fort nehmen soll, nicht von vorneherein verekelt werden.

Kreosot und Guajacol (Ueber Guajacolcarbonat haben wir keine Erfahrungen. Es soll angenehm zu nehmen sein. Sein Preis ist aber noch höher als derjenige des Thiocols, nämlich 100 g = 12 M.) stehen wegen ihres Geruchs und Geschmacks im übelsten Renommée. Aber auch das neuerdings mit so viel Wärme empfohlene Kreosotal hat bei unseren Patienten, trotzdem wir seinen Geschmack durch die verschiedensten Mittel zu verbessern suchten, grossen Widerwillen hervorgerufen und bei mehreren Patienten heftige gastrische Erscheinungen nach sich gezogen.

Dem gegenüber kann dem Thiocol-Roche nachgerühmt werden, dass es von den Patienten gerne genommen wird und niemals Nebenerscheinungen hervorgerufen hat. Dazu trägt bei:

1. die Pulverform, die es gestattet, das immerhin etwas bitter schmeckende Mittel in Oblaten zu geben.

2. die Geruchlosigkeit,

3. die völlige Reizlosigkeit auf die Verdauungsorgane,

4. die leichte Verabreichung in Form des von der Firma *Hoffmann-La Roche* hergestellten Thiocolsyrupes „Sirolin“ für solche, welche einen Widerwillen gegen Oblaten haben.

Das Mittel ist das neueste in der Kreosottherapie und es dürfte daher angemessen sein, einige von den 30 damit behandelnden Fällen kurz aufzuführen.

1. Frau R. Junge Frau aus tuberculöser Familie ins Spital wegen linksseitigen Spitzenkatarrhs und tuberculöser exsudativer Pleuritis (Punction) aufgenommen, erhielt in der Reconvalescenz 3 mal täglich 1,0 Thiocol neben Eisen. Sie hat einige Pfund an Gewicht zugenommen, Fieber besteht keines mehr, das Allgemeinbefinden ist gut, während der Befund der linken Spitze sich kaum geändert hat. Bei der zweiten Aufnahme, die Ende Dezember 1898 wegen Reizerscheinungen der Pleuraschwarte erfolgte, ist die Affection der linken Spitze verschwunden und kann Patientin, die fieberlos ist, nach einigen Tagen entlassen werden. Sie hat während der ganzen Zeit — vier Monate lang — Thiocol fortgenommen.

2. Chr. H. war 6 Wochen lang wegen ziemlich frischen Spitzenkatarrhs in Behandlung. Fieberlos. Ueber beiden Spitzen reichlich feuchtblasige Rasselgeräusche ohne Dämpfung, reichlicher Auswurf. Von Anfang an 3 mal täglich 1,0 Thiocol. Patient nimmt im Spital 12 Pfund zu (allerdings wird er auch, wie die meisten unserer Patienten einer Mastkur unterzogen und erhält Eisen). Die Geräusche auf den Lungen sind bei der Entlassung vermindert, der Auswurf geringer.

3. E. D. Patient ist seit 14 Tagen unwohl und arbeitsunfähig. Kommt mit rechtsseitiger Spitzentuberculose und abendlichen Temperatursteigerungen bis 38 und darüber zur Aufnahme. Therapie: 3 mal 1 g Thiocol täglich. Nach 6 Tagen — bei gleichzeitiger Bettruhe — Entfieberung. Allgemeinbefinden bessert sich wesentlich. Gewichtszunahme um einige Pfund in wenigen Wochen. Besserung des lokalen Befundes.

4. C. G. Ausgesprochene Tuberculose der rechten Lungenspitze ohne Fieber; 3 mal 1 g Thiocol täglich. Während 14tägigen Spitalaufenthaltes Gewichtszunahme um 4 Pfund, gutes Allgemeinbefinden.

5. H. Str. Patient hereditär belastet, hat seit 8 Tagen Fieber und Brustschmerz. Auf der rechten Lungenspitze verlängertes und verschärftes Exspirium, Rasselgeräusche. Fieber, zum Teil Typus inversus, die ersten Tage zwischen 37,7 und 38,5. Auswurf ziemlich reichlich. Von Anfang an täglich einige Gramme Thiocol, nach 4 Tagen Entfieberung. Patient hat gegen unseren Willen das Spital schon in kurzer Zeit wieder verlassen.

6. P. B. Patient schwer belastet — schon die Grosseltern sind an Lungentuberculose gestorben. Katarrh der rechten Lungenspitze mit leichter Dämpfung und Rasselgeräuschen. Therapie: Eisen und Thiocol 2—3 mal täglich 1 g resp. Sirolin 3 mal täglich 1 Theelöffel voll. Während 2½ monatlichen Spitalaufenthaltes hat Patient um 13 Pfund zugenommen und ist arbeitsfähig geworden. Der Auswurf hat sich verringert, der lokale Befund nicht wesentlich gebessert. Während die vorliegenden Fälle wohl noch eine andere Deutung der Besserung zulassen als diejenige durch Thiocol, ist bei einem andern Fall der günstige Einfluss des Thiocols und zwar in sehr grossen Dosen wohl ziemlich bestimmt anzunehmen.

7. H. E. Junger Mann von 25 Jahren, schwer belastet, kommt mit seit ½ Jahr bestehenden Brustbeschwerden in das Spital. Auf der rechten Spitze mittelgrossblasiges Rasseln mit tympanitischem Percussionsschall, links unten pleuritisches Reiben, leichtes Fieber, Nachtschweisse. Anfangs nur kleine Gaben Thiocol und andere symptomatische Mittel. Das Fieber steigt auf 40° und darüber und hält sich längere Zeit auf dieser Höhe. Der Patient magert um 6 Pfund ab und hat stärkere Beschwerden. Die üblichen Mittel gegen das Fieber sind erfolglos. Die Tagesdosis des Thiocols wird nun auf 12 g gesteigert mit dem Erfolge, dass das Allgemeinbefinden besser wurde, das Gewicht zunahm und die frühere Höhe wieder erreichte und das Fieber seinen bedrohlichen Charakter verlor. Lokal schien sich eine Caverne auszubilden. Patient wurde mit dem Rat ein Sanatorium aufzusuchen entlassen, fühlte sich aber so wohl, dass er diesen Rat zunächst nicht befolgte.

Sind die angeführten Fälle auch längere Zeit in Beobachtung gewesen, so ist doch für eine so chronische Krankheit, wie die Lungentuberculose, die Beobachtungszeit zu kurz, um eine vor Fehlern geschützte Ansicht über die Wirkung des Thiocols auszusprechen. Immerhin ist es aber wohl gestattet darauf aufmerksam zu machen, dass unter der Verabreichung von Thiocol die Patienten an Gewicht zugenommen haben, das Bett verlassen konnten und zunächst wieder arbeitsfähig wurden — ein Erfolg, der bei dem trostlosen Zustand unserer Tuberculosentherapie als günstig bezeichnet werden darf.

Gutachten praktischer Aerzte, sowie Muster stehen jederzeit gratis zur Verfügung.

F. Hoffmann-La Roche & Cie.
Basel.

Rok XXXVIII. Kraków, 15 Kwietnia 1899. Nr. 15.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 10 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 15 Kwietnia 1899. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Rutkowskiego.**

W sprawie leczenia operacyjnego przetok moczowo-dowo-pochwowych i macicznych,

podał

Dr. Jan Gawlik,

asystent kliniki.

Szybkie postępy, dokonane w ostatnich czasach w zakresie chirurgii dróg moczowych, wprowadziły nowe zapatrywania na sprawę operowania przetok moczowodowych, stojących w związku z narządem rodnym kobiecym.

Do niedawna przetoki te operowano wyłącznie od strony pochwy. Jakkolwiek i obecnie drogi tej nietylko nie zaniechano, lecz nawet wzbogacono ją nowemi ulepszonemi metodami (Schede, Landau, Winkel, Mackenrodt, Dührssen, Bumm, Kelly), to jednak wyniki przez nie uzyskane w wielu przypadkach zawodzą.

Pomijając już częste wyniki ujemne, gdzie przetoka otwiera się na nowo, to i w razie pozornego wyleczenia pozostają następstwa, sprowadzające szkodliwe dla ustroju powikłania. Operując wśród tkaniny zbliznowaciałej, w której znajduje się zazwyczaj przetoka, stwarza się warunki do dalszego zaciągania się już i tak zwężonego światła moczowodu. Rozszerzanie zwężenia zgłębnikami moczowodowymi, mogące w tych razach jedynie zapobiedz następowemu zastojowi moczu i puchlinie odpowiedniej nerki, nie zawsze jest wykonalne i wymaga wyjątkowej wprawy i zręczności. Przy sposobach omijających wyżej wspomniane niekorzyści, gdzie, jak przy dwuczasowej metodzie Schedego, wytwarza się rodzaj uchyłku, wysłanego częściowo błoną śluzową pochwy, łączącego moczowód z pęcherzem, mamy do czynienia z podobnymi szkodliwymi warunkami, jak przy *kolpokleisis*, a więc z tworzeniem się strątów i kamieni w uchyłku i niebezpieczeństwem zakażenia moczowodu i miedniczki nerkowej.

Sposób Dührssena[1]), najracyonalniej ze wszystkich pochwowych obmyślany, przemieszczający ujście moczowodu do pęcherza przez uskutecznienie bocznego połączenia (anastomozy), a polegający na rozcięciu *septum uretero-vesicale*, zeszyciu z sobą odpowiednich przeciętych ścian obu narządów, a wreszcie zamknięciu pozostałej przetoki pęcherzowo-pochwowej metodą płatową, wymaga korzystnego położenia przetoki, a wskutek tego nie zawsze wykonać się daje.

Wreszcie w przetokach moczowodowo-macicznych, niedostępnych od strony pochwy, operowanie drogą pochwową nie prowadzi zazwyczaj do celu, a w całym szeregu prób, podjętych w tym kierunku, znane są tylko 2 przypadki, zakończone wyleczeniem[1]): Duclouta przez *hysterokleisis* i Mackenrodta — przez histerektomię z następowem zaszyciem przetoki, zamienionej przez wyjęcie macicy na moczowodowo-pochwową.

Wobec takiego stanu rzeczy zdobywa sobie obecnie pierwszeństwo sposób operowania radykalniejszy, a przewyższający poprzednie pewnością skutku, polegający na dostaniu się do moczowodu od góry, a więc od strony jamy brzusznej, jużto śród-, jużto pozaotrzewnowo, przecięciu moczowodu powyżej przetoki i wszczepianiu go w nowem miejscu do pęcherza.

Początkowanie w tym kierunku jest zasługą chirurgów włoskich.

Poggi, Paoli i Bursachi podjęli pierwsi doświadczenia na zwierzętach[2]), a w r. 1893 Novaro w Bolonii i Bazy w Paryżu prawie jednocześnie dokonali wszczepienia moczowodu do pęcherza u chorych z wynikiem pomyślnym. Już przed nimi próbował tego zabiegu na człowieku pierwszy Lanelongue, jednakowoż z zejściem śmiertelnem. Bazy, opisując swą operacyę, nadał jej nazwę *uretero-cysto-neostomii*. Od tego czasu pojawiają się coraz to nowe publikacye o pomyślnych wynikach, uzyskanych na tej drodze (Krause, Pozzi, Kayser, Bouffard, Podres, Witzel, Kelly, Freund, Sänger i t. d.); niebrak również dalszych doświadczeń na zwierzętach (Büdinger).

Wogóle, według Sängera, ilość znanych w literaturze przypadków uleczenia tym sposobem wynosi dotąd 30. Rozpowszechnienie metody, wraz z ciągłem doskonaleniem techniki operacyjnej, każą się spodziewać, że w przyszłości coraz rzadziej przyjdzie uciekać się do przykrej ostateczności usuwania zdrowej zresztą nerki w celu radykalnego uleczenia przetoki moczowodowej.

Do szeregu pomyślnych wyników *uretero-cysto-neostomii* dołącza się obecnie jeszcze jeden przypadek, operowany w chirurgicznej klinice krakowskiej przez jej kierownika, Dra Rutkowskiego, łaskawie odstąpiony mi przez Niego do ogłoszenia. Zasługuje na nie, naocznie illustrując wyższość tego postępowania nad sposobami pochwowymi, którym chora poprzednio kilkakrotnie bez dodatniego wyniku się poddawała, a także ze względu na nieco odmienną technikę operacyjną i brak wszelkich następowych zaburzeń.

Historya choroby tej kobiety jest następująca:

[1]) Dührssen: Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiter-scheidenfisteln. *Saml. klin. Vortr.* Nr. 114. 1894.

[1]) Sänger: Uretherenchirurgie beim Weibe. Sitzung d. med. Gesellschaft in Leipzig. *München. med. Wochenschr.* Nr. 1. 1899.

[2]) Büdinger. Beiträge zur Chirurgie des Urethers. *Archiv. f. klin. Chirurgie.* B. 48. H. III. 1894.

J. K., l. 20, służąca. Rodziła raz w krakowskiej klinice położniczej. Poród ciężki z powodu wyrostka kostnego (exstosis) prawego spojenia krzyżowo-biodrowego, ukończony kleszczami w wysokiem ustawieniu.

Od następnego dnia po porodzie wystąpił częściowy odpływ moczu przez pochwę. Badanie wykazało przetokę moczowodowo-szyjkową, prawdopodobnie prawego moczowodu. W ciągu półtora roku trzykrotnie podejmowano próby zamknięcia przetoki od strony pochwy, lecz bez powodzenia. Jako wynik zabiegów, skutkiem rozcięcia szyjki aż do sklepień, powstała częściowa zamiana przetoki szyjkowej na pochwową.

W dniu 23 X. 1898 r., dzięki łaskawości prof. Jordana, przeniesiono chorą do kliniki chirurgicznej, w celu wykonania radykalnej operacyi.

Stan obecny. Budowa i odżywienie dobre. Ciepłota i tętno prawidłowe. W narządach wewnętrznych zmian niema. Skóra w okolicy sromu zaczerwieniona, miejscami zmacerowana, od spływającego z wejścia do pochwy moczu wilgotna.

Po odsłonięciu części pochwowej w wzierniku Simona i ściągnięciu jej ku szparze sromowej, stwierdzono następujące stosunki:

Część pochwowa macicy opatrzona po obu bokach głębokimi wrębami, sięgającymi aż do sklepień. Prawy wrąb jest głębszy, w szczycie jego lejkowate zagłębienie, w głębi którego otworek wielkości ziarna prosa, umieszczony wśród twardej bliznowatej tkanki. Przez otworek w dnie zagłębienia wchodzi cienki metalowy zgłębnik wgłąb i ku stronie prawej w jakiś przewód na długość około 6 ctm. Wprowadzony równocześnie do jamy macicznej zgłębnik maciczny wykazuje długość jej prawidłową, odgięcie trzonu ku tyłowi i nie spotyka się nigdzie ze zgłębnikiem, wprowadzonym przez opisany otworek. Również i badanie pęcherza moczowego wyklucza związek jego ze wspomnianym przewodem.

Po wyjęciu cienkiego zgłębnika starano się wprowadzić do przewodu cienki moczowodowy cewnik, który wszedł na długość około 10 ctm. Przez cewnik jednak nie zdołano otrzymać moczu. Po usunięciu cewnika i dokładnem wysuszeniu okolicy otworka, można było tylko stwierdzić, że od czasu do czasu wydostaje się z niego płynna, jasna wydzielina.

W okolicy nerki prawej nie można było wybadać nic nieprawidłowego. Wzdłuż przebiegu moczowodu prawego, na wysokości linii bezimiennej, stwierdzono tkliwość przy głębokim nacisku. W moczu otrzymanym z pęcherza nie zauważono żadnych zmian.

Rozpoznano przetokę moczowodowo-pochwową prawą, a w dniu 5 listopada przystąpiono do operacyi, w uśpieniu chloroformowem i ułożeniu Trendelenburga. Operował Dr. Rutkowski. Rozcięto powłoki w linii białej poniżej pępka na przestrzeni około 12 ctm. i otwarto jamę otrzewnową. Usunięto ku górze i stronie lewej jelita i zabezpieczono je okładem, poczem przystąpiono do wyszukania prawego moczowodu. Kierując się przebiegiem tętnicy biodrowej wspólnej, odszukano krzyżujący ją od zewnątrz ku wewnątrz powyżej linii bezimiennej walcowaty twór grubości małego palca, odpowiadający położeniem prawemu moczowodowi, zgrubiałemu i rozszerzonemu. Nacięto ponad nim na przestrzeni kilku centymetrów tylną blaszkę otrzewnej i oddzielono go wraz z otaczającą tkanką łączną z pośród bliznowatych zrostów, w których był w dolnej części unieruchomiony, a po podłożeniu pod oddzieloną część gazy wyjałowionej, przecięto moczowód możliwie najniżej między podwiązkami. Po rozluźnieniu podwiązki założonej na dośrodkowy koniec moczowodu, wprowadzono w jego światło sprężysty moczowodowy cewnik. Odszukano następnie pęcherz moczowy i uniesiono ku górze boczną prawą jego ścianę zapomocą trzech pętli jedwabnych, przekłótych przez ścianę pęcherza.

Przez cewkę moczową wprowadzono do pęcherza długie kleszczyki, zapomocą nich wypuklono ścianę pęcherza między pętlami i przecięto ją na dziobie kleszczyków. Koniec cewnika, sterczący z dośrodkowego odcinka moczowodu, wsunięto przez szczelinę do pęcherza, a uchwyciwszy go w kleszczyki, przeprowadzono przez pęcherz i cewkę moczową na zewnątrz.

Wszyto następnie na cewniku koniec dośrodkowej części moczowodu w szczelinę pęcherza kilku węzełkowymi okrężnymi szwami jedwabnymi, zachwytując nimi z jednej strony samą tylko ścianę łącznotkankową i mięsną moczowodu, z drugiej odpowiednie warstwy brzegów rany pęcherza. Ponad tym pierwszym rzędem szwów obszyto wszczepiony koniec moczowodu dwoma uniesionymi po obu jego bokach fałdami z zewnętrznej warstwy ściany pęcherza, łącząc obydwa te fałdy szeregiem szwów węzełkowych, z których położone najbliżej moczowodu zachwytywały także jego ścianę zewnętrzną.

Koniec obwodowego odcinka moczowodu zaszyto na ślepo cienkimi szwami jedwabnymi. Wreszcie zeszyto brzegi szczeliny w tylnej blaszce otrzewnej ściennej z odpowiednimi brzegami otrzewnej przedniej, wyosabniając w ten sposób miejsce wszczepienia i oddzielony moczowód od reszty jamy otrzewnowej i wprowadzono tamże seton wyjałowionej gazy. Pozostałą ranę powłok, z wyjątkiem części dolnej, przez którą wyprowadzono na zewnątrz koniec setonu, zaszyto warstwowo. Obok cewnika moczowodowego wprowadzono do pęcherza cewnik Nelatona, który pozostawiono komornem.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Po 48 godzinach usunięto cewnik moczowodowy, a czwartego dnia cewnik Nelatona. Przez 3 dni następne odprowadzano mocz kilka razy na dobę. Od 7go dnia po operacyi chora zaczęła oddawać mocz sama. Rana powłok zgoiła się przez rychłozrost. W 10 dni po operacyi usunięto szwy skórne i seton.

Miernego stopnia zapalenie pęcherza stwierdzone w kilka dni po operacyi ustąpiło wkrótce pod wpływem leczenia miejscowego.

19go grudnia 1898 r. chora wyleczona opuściła klinikę.

Uretero-cysto-neostomia nie jest jeszcze zabiegiem typowym i nie może stać się nim poniekąd z powodu różnorodności warunków, spotykanych wśród operacyi. Prawie każdy z ogłaszających swe przypadki chirurgów operował nieco odmiennie. Również i szczegóły techniczne operacyi w przypadku Dra Rutkowskiego są różne od dotychczas opisywanych. Różnice zachodzą głównie w wyborze drogi do wyszukania moczowodu, (postępowanie śród lub zaotrzewnowe), a powtóre w sposobie szycia przy wszczepianiu moczowodu do pęcherza. Co do pierwszego, to postępowanie czysto-zaotrzewnowe najmniej dotąd znalazło zastosowania ze względu na trudność odsłonięcia i stworzenia należytego przystępu do części miednicowej moczowodu.

Wybitnym zwolennikiem tego sposobu jest Mackenrodt, który w świeżo ogłoszonej publikacyi [1]), na podstawie trzech operowanych przez siebie przypadków (2 z wynikiem pomyślnym, w jednym śmierć z powodu nephritis), gorąco poleca postępowanie czysto-zaotrzewnowe. Uważa je za metodę idealną, która bez obrażenia otrzewnej daje możność przekonania się o stanie moczowodu wzdłuż całego przebiegu od pęcherza aż do nerki i usuwa niebezpieczeństwo zakażenia jamy otrzewnowej, co wobec częstości towarzyszących przetokom spraw zapalnych moczowodu i miedniczki wielką

[1]) A. Mackenrodt. Die Operation der Uretherfisteln und Uretherverletzungen. *Centrlbl. f. Gynäkologie* Nr. 12. 1899.

posiada doniosłość. Mackenrodt używa przy swych operacyach cięcia wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego, uważając je za najdogodniejsze do odsłonięcia miejsca podziału tętnicy biodrowej wspólnej, powyżej którego krzyżuje się z tętnicą moczowód.

Pozostawienie wypreparowanego moczowodu wolno wśród jamy brzusznej, jak się to dzieje przy operacyach czysto-śródotrzewnowych (Krause), nie jest polecenia godnem. W ten sposób bowiem moczowód, tworząc rodzaj śródotrzewnowego postronka, daje powód do nieprawidłowych zrostów z trzewami i może stać się przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego.

Największem rozpowszechnieniem cieszy się postępowanie mięszane „operatio intra-extraperitonealis“, t. j. śródotrzewnowe z następowem wyosobnieniem moczowodu od reszty jamy otrzewnowej. Wzorem takiego postępowania jest operacya podana przez Witzla [1]), który przeciąga przecięty moczowód poza otrzewną wzdłuż wgłębienia kości biodrowej powyżej linii bezimiennej aż ku przeciągniętemu ku talerzowi biodrowemu pęcherzowi tak, że po zaszyciu otrzewnej akt wszczepienia moczowodu odbywa się pozaotrzewnowo.

Wielką doniosłość, ze względu na późniejszą czynność moczowodu, ma sposób wytworzenia nowego ujścia do pęcherza. Powszechnie radzą unikać szwu okrężnego w obawie następowego zwężenia, jakoteż wszywania moczowodu w kierunku prostopadłym do ściany pęcherza ze względu na możliwość cofania się moczu przy wypełnionym pęcherzu, czemu w stosunkach fizyologicznych ma zapobiegać skośny przebieg końca moczowodu wśród ścian pęcherza.

W celu uniknięcia zwężenia Novaro nacinał podłużnie ścianę dolnego końca moczowodu, a powstałą wskutek tego trójkątną szczelinę wszywał, zwróconą ostrym kątem ku dołowi, w ranę pęcherza.

Krause [2]) przekłówał, przed zeszyciem moczowodu z pęcherzem, przez zewnętrzną warstwę ścian po obu bokach moczowodu na $1^1/_2$ ctm. powyżej płaszczyzny przecięcia, dwie długie jedwabne nitki i przeprowadzał je kleszczykami przez pęcherz i cewkę na zewnątrz. Zapomocą tych nitek wciągał koniec moczowodu do pęcherza tak, że ten sterczał do wnętrza na 1 ctm. Końce nitek (2 z każdej strony), przekłóte przez błonę śluzową w okolicy ujścia zewnętrznego cewki i związane, ustalały moczowód w nadanem mu położeniu przez kilka pierwszych dni po zabiegu. W ten sposób sterczący do pęcherza koniec moczowodu miał być przyciskany do ścian pęcherza w razie zwiększenia się parcia w jego wnętrzu, co wykluczałoby możliwość cofania się moczu.

Dążąc do uzyskania stosunków, najbardziej zbliżonych do fizyologicznych, wytwarzał Witzel po połączeniu brzegów moczowodu z otworem w pęcherzu, ponad skośnie ułożonym na pęcherzu dolnym odcinkiem moczowodu, skośny przewód z uniesionych po obu bokach fałdów z zewnętrznych warstw ściany pęcherza, zastosowując w tem pomysł użyty już poprzednio w podanej przez niego gastrostomii.

W przypadku Dra Rutkowskiego, ze względu na znaczne rozszerzenie moczowodu powyżej blizn, wśród których znajdowała się przetoka, nie zachodziła obawa wytworzenia się następowego zwężenia ujścia, tembardziej, że grubość przerosłych ścian moczowodu powyżej przeszkody ułatwiła ominięcie błony śluzowej moczowodu przy zakładaniu okrężnych szwów, łączących go z pęcherzem.

Ponieważ zaś przecięty moczowód nie dał się bez zbytniego napięcia ułożyć dolnym odcinkiem na pęcherzu, w celu utworzenia skośnego kanału ze ścian pęcherza według Witzla, zmienił operator postępowanie o tyle, że zamiast przewodu ukośnego wytworzył pionowy (w sposób wspomniany już przy opisie operacyi) na wzór obszywania drenu przy gastrostomii Kadera. Pionowy kierunek przewodu, pozornie nieodpowiedni ze względu na możliwość cofania się moczu, wyrównywała ta okoliczność, że wpuklone przez uniesione ku górze fałdy z ścian pęcherza, ujście moczowodu tworzyło stożkowatą wyniosłość, sterczącą ku wnętrzu i stanowić mogło samo dla siebie zastawkę, przypieraną do ściany pęcherza w razie zwiększenia się parcia w jego wnętrzu, podobnie jak przy sposobie Krausego.

Sposób wszywania moczowodu, zbliżony do modyfikacyi Dra Rutkowskiego, opisuje w wspomnianej powyżej publikacyi Mackenrodt, który po założeniu szwów, łączących zapuszczony do wnętrza pęcherza (na wzór Krausego) moczowód z szczeliną pęcherza, wpukla miejsce wszczepienia moczowodu przez uniesienie ku górze okrężnego fałdu z ściany pęcherza. Szczyt fałdu, naciągniętego na moczowód, łączy ze ścianą jego zewnętrzną drugim rzędem szwów, na $1^1/_2$ ctm. powyżej miejsca wszczepienia.

Z tejsamej przyczyny, dla której odstąpił Dr. Rutkowski od przepisów Witzla przy wszczepianiu moczowodu, nie poszedł za jego wskazówkami co do przemieszczenia jego przebiegu. Odcinek dośrodkowy moczowodu wydawał się za krótki, aby go można było po przemieszczeniu wszyć w pęcherz bez zbytniego napięcia. Przyciągnięcie pęcherza ku talerzowi biodrowemu i umocowanie go tam zapomocą szwów, polecane przez Witzla w celu zbliżenia do przemieszczonego moczowodu, nie wydawało się w tym wypadku polecenia godnem, bo pęcherz był niewielki i mało rozciągliwy. Umocowanie go w tak zmienionem położeniu mogło budzić słuszne obawy o sprawność następową jego czynności.

Z tych względów postanowiono pozostawić pęcherz i moczowód „in situ“, a obszar operacyjny wyłączono od jamy otrzewnowej sposobem używanym już przez Novara, łącząc szwem brzegi przeciętej ponad moczowodem tylnej blaszki otrzewnej ściennej z przednią.

Z czynników pomocniczych przy operacyi podnieść należy wysokie ułożenie miednicy według Trendelenburga, które daje w tym wypadku znakomity dostęp do pola operacyjnego.

Zakładanie cewnika moczowodowego, którem posługiwał się przy operacyi Dr. Rutkowski, nie jest koniecznem i przez niektórych chirurgów wcale nie bywa stosowane. Niezaprzeczenie jednak przedstawia ono pewne korzyści ze względu na ułatwienie szycia na cewniku, oraz na zabezpieczenie okolicy szwów od stykania się z spływającym moczem, przynajmniej w pierwszych 48 godzinach po operacyi.

[1]) Witzel. Extraperitoneale Uretherocystostomie mit Schrägkanalbildung. *Centrbl. f. Gynäkologie* Nr. 11. 1896.

[2]) Krause. Intraperitoneale Einpflanzung des Urethers in die Harnblase. *Centrlbl. f. Chirurgie* Nr. 9. 1895.

II. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka.

Podał

Dr. Józef Latkowski.

(Dokończenie).

Z kolei wypada nam omówić wpływ, jaki wywiera woda maryenbadzka przy dłuższem podawaniu. Już z poprzednich tablic możemy o tem poniekąd wnioskować. Badając bowiem czynność żołądka co dzień przez czas dłuższy w różnych okresach po wypiciu wody maryenbadzkiej, nie spostrzegaliśmy nigdy, z wyjątkiem jednego przypadku, ujemnego działania jej na kwasotę lub zaczyny trawienne. Jedyny zaś wyjątek pod tym względem możemy łatwo wytłómaczyć wpływem psychicznym. Przypadek ten dotyczył histeryczki, która po pewnym czasie zwątpiła w zbawcze działanie wody maryenbadzkiej, podawanej jej w celach sugestyjnych.

W celu zbadania wpływu wody maryenbadzkiej podczas dłuższego podawania, wykonywałem próby żołądkowe przed rozpoczęciem doświadczeń i po ich ukończeniu. Używałem w tym celu próby białkowej, śniadania Ewalda i obiadu próbnego. Treść wydobywałem zapomocą aspiratora żołądkowego, następnie sączyłem, a w przesączu oznaczałem stopień kwasoty całkowitej i od wolnego kwasu solnego; pepton, cukier, śluz. Obok tego badałem siłę trawienia pepsyny według metody Hammerschlaga i zaczyn podpuszczkowy.

Pepton oznaczałem zapomocą ługu sodowego i siarkanu miedziowego, śluz zapomocą zgęszczonego kwasu octowego, a cukier zapomocą ługu potasowego. Po wydobyciu treści przepłukiwałem zwykle żołądek wodą przekroploną, aby się przekonać o sprawności ruchowej żołądka. Treść naczczo wydobyta była zawsze badana drobnowidowo. Dodać jeszcze winienem, iż w każdym przypadku badałem treść na obecność kwasu mlekowego według metody De Jonga.

Próby wykonałem na 2 osobach, chorych na żołądek i 3 zdrowych. *(Patrz Tablica).*

Uderzającem jest, iż we wszystkich przypadkach kwasota żołądka się podniosła. Siła peptonizacyjna nigdy nie ulegała upośledzeniu. Zaczyn podpuszczkowy nie ulegał nigdy zmniejszeniu, owszem zachowywał swą siłę i przy najdłuższem podawaniu wody maryenbadzkiej (I. 60 dni).

Co do czynności ruchowej żołądka, to można tylko stwierdzić wzmożenie jej pod wpływem wody maryenbadzkiej. Nie śledziłem specyalnie tej czynności w żołądku, lecz z wejrzenia cieczy przepłóczkowej wnoszę, iż pokarmy w krótszym czasie opuszczały żołądek po leczeniu wodą maryenbadzką.

Co do przypadów podmiotowych nie spostrzegałem z wyjątkiem wspomnianej histeryczki żadnych objawów, wskazujących na pogorszenie stanu chorobowego. Chorzy chętnie pili wodę maryenbadzką, a przypady podmiotowe, odnoszące się do ich cierpień żołądka, ustępowały. W jednym przypadku chory, który z powodu silnych bólów w żołądku z obawy przed bólami głodził się, stracił dolegliwości swe zupełnie i przybył na wadze. (I).

Na czynność jelit nie widziałem wybitniejszego działania wody maryenbadzkiej w ilości 300 ctm.³, dopiero 600 ctm.³ wywoływało regularny stolec, z wyjątkiem jednego przypadku (II).

Co do ciężaru ciała chorych, to w przeważnej liczbie przypadków chorzy tracili nieznacznie na wadze (około 1 klgm. w przeciągu 3—4 tygodni). W jednym przypadku chory przybył na ciężarze 6 klgm., lecz zdaje się z tego powodu, iż przedtem głodził się z obawy przed bólami (I).

Ilość moczu zwiększała się przy podawaniu wody maryenbadzkiej.

Wobec tych spostrzeżeń dadzą się wysnuć następujące wnioski:

1. Woda maryenbadzka silnie podrażnia błonę śluzową żołądka.

2. Podnosi czynność mechaniczną i sprawność żołądka.

3. Podnieca wydzielanie kwasu solnego wolnego i utajonego.

4. Nie upośledza czynności zaczynów trawieńcowych (pepsyny i zaczynu podpuszczkowego).

5. Wobec tych własności może mieć zastósowanie w tych cierpieniach żołądka, gdzie chodzi o pobudzenie siły wydzielniczej błony śluzowej żołądka, lub podniesienie sprawności ruchowej, wreszcie gdzie chodzi o usunięcie procesów fermentacyjnych w żołądku.

Z doświadczeń tych wynikają równocześnie przeciwskazania do używania leczniczego wody maryenbadzkiej. Są nimi z doświadczalnego punktu widzenia stany podrażnienia błony śluzowej ze wzmożonem wydzielaniem ClH, a więc wrzód żoładkowy, nieżyt kwaśny i rozmaite stany hypersekrecyjne.

Literatura.

W. Jaworski. Versuche über die relative Resorption der Mittelsalze im menschlichen Magen. Zeitschrift f. Biologie. Bd. XIX.

Tenże. Doświadczenia nad ilościowem znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego. Medycyna T. X z r. 1882.

Tenże. Ueber die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magendarmfunktion. Separatabdruck aus dem Deutschem Archiv für klinische Medizin, XXXVII Bd. 1885.

Tenże. Vergleichende Versuche über das Verhalten des Karlsbader und Kissinger Wassers, sowie des Karlsbader Quellsalzes im menschlichen Magen Deutsch Archiv f. klin. Medizin XXXV Bd. 1884.

Tenże. Ueber den Gebrauch der Magendouche und über die Bestimmung der vitalen Capacität und der vitalen Contractilität des Magens durch Gasvolumen. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin XXXV Bd.

Tenże. Ueber die Wirkung der Säuren auf die Magenfunction des Menschen. Deut. med. Wochenschrift 1887. 36—38.

Tenże. Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1899.

Hammerschlag. Internat. klin Rundschau 1894. Ueber eine neue Methode zur quantitativen Pepsinbestimmung.

Oppler. Beitrag zur Kenntniss vom Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens Archiv für Verdauungskrankheiten Band II, Heft I.

Gintl. Ueber das Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens. Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. IV. H. III.

De Jong. Der Nachweis der Milchsäure. Archiv f. Verdauungskrankheiten. Bd. II. H. I.

Reichman. Experimentelle Untersuchungen über den localen Einfluss des Chlornatriums auf die Magensaftsecretion Archiv für experim. Path. u. Ph 29. Bd. 488.

Tenże. Badania doświadczalne na bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydziel. soku żołądk. Gazeta lekarska, 1894, 39—41.

Leréche. Revue de la Suisse Romande, 1884. Influence du sel de cuisine sur l'acidité du suc gastrique.

Wolff. Einfluss verschieden. Genuss- u. Arzneimittel auf den menschlichen Magensaft, Zeitschrift f. klin. Medizin. 1889.

Schüle. Untersuchungen über die Secretion u. Motilität des normalen Magens. Zeitschrift f. klin. Medizin. 28 Bd. 1895.
Schwaneberger. Ueber den Einfluss der Alkalien auf die Magenverdauung. Dissertation. Erlangen.
Kussmaul. Ueber die peristaltische Unruhe des Magens. Volkmann's klin. Vorträge N. 181.
V. Mering. Ueber die Function des Magens. Verhandlungen des 12 Congresses f. innere Medizin. Wiesbaden, 1893.
Moritz. Ueber das Verhalten flüssiger und breiartiger Substanzen im menschl. Magen. Verhandl. d. Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte. Wien, 1895.
Leichtenstern. Balneoterapie in Ziemssen's Handbuch d. allgemeinen Therapie, 1880.
Kisch. Balneotherapeutisches Lexikon 1896.
Rossbach. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 46. Bd. 1890. Beiträge zur Lehre von den Bewegungen d. Magens.
Quincke. Ueber die Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakologie Bd. 7, 1877.
Ewald u. Sandberg. Ueber die Wirkung des Karlsbader Wassers auf die Magenfunction. Centralblatt für medizin. Wissenschaft. 1888, Nr. 17 i 18.
Spitzer. Zur Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magenfunctionen. Therap. Monatshefte, 1894, April.
Geigel u. Abend. Die Salzsäure-Secretion bei Dyspepsia nervosa. Virchov's Archiv Bd. 130. Heft 1.
Du Mesnil. Ueber Einfluss v. Säuren u. Alkalien auf die Acidität des Magensaftes. D. med. Wochenschrift, 1892, Nr. 49.
Korczyński u. Jaworski. Klinische Befunde bei Ulcus u. Carcinoma ventriculi. Deutsche Med. Wochenschrift, 1886, Nr. 47—49.
Glax. Lehrbuch der Balneotherapie, 1897.

III. Oceny i sprawozdania.

Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci Prof. Dra Alfreda Obalińskiego przez grono ostatnich jego uczniów i współpracowników. Kraków 1899.

Poważna ta książka miłe robi wrażenie i za serce chwyta, bo najwymowniejsze daje świadectwo o zaletach i zasługach nieodżałowanego profesora, a nie mniej pięknie świadczy o jego uczniach, którzy w ten najodpowiedniejszy sposób umieli hołd oddać swojemu Mistrzowi.

Sam początek „Zbioru" zdobi dobrze udana podobizna ś. p. Prof. Obalińskiego, a nie mniejszą ozdobę stanowi na wstępie umieszczony życiorys pióra Dra A. Kwaśnickiego, zgrabnie połączony z rzutem oka na rozwój klinicznego nauczania chirurgii w Polsce, napisanym według notatek, pozostawionych przez ś. p. Obalińskiego.

Przejdźmy do krótkiego sprawozdania z prac umieszczonych w zbiorze, a raczej do wzmianki tylko pobieżnej o nich, bo chciałbym tylko zwrócić na nie uwagę, a nie zwolnić swojem sprawozdaniem nikogo, kto się temi sprawami zajmuje, od przeczytania *in extenso* tych prac, jak na to zasługują.

I. Dr. Ryszard Urbanik. *O wynikach pierwszorzędnej resekcyi jelita zgorzelinowego w przepuklinach uwięzłych, na podstawie materyału prof. Obalińskiego.*

Po wykazaniu wątpliwości, jakie istniały w podejmowaniu pierwszorzędnej resekcyi jelita zgorzelinowego, zbija autor zdanie B. Schmidta, jakoby anty- i aseptyka żadnego nie wywarły korzystnego wpływu na wyniki po operacyach przepuklin uwięźniętych. Sądzi, że nawet niekoniecznie potrzeba szczególnie korzystnych warunków zewnętrznych, żeby operacyę uwięźniętej przepukliny wykonać z dobrym skutkiem, na co zupełnie się zgadzamy. Zwraca dalej uwagę na rzeczywiście bardzo ważną wskazówkę Kochera, że zmiany w ścianach doprowadzającego końca jelita daleko większą przestrzeń zajmują, niż w odcinku odprowadzającym i że dlatego z reguły daleko dłuższy kawał doprowadzającego jelita resekować trzeba, ażeby w zdrowych częściach szew założyć, od czego przeważnie jego wytrzymałość zależy.

Słusznie też podnosi U., że jakkolwiek założenie odbytu sztucznego na razie może przedstawia mniejsze niebezpieczeństwo, to przecież nie stanowi to jeszcze wyleczenia chorego, bo potem trzeba jeszcze nowymi zabiegami usuwać sam odbyt sztuczny, żeby chorego nazwać wyleczonym, a to grozi nowemi niebezpieczeństwami. Nieraz znowu założenie odbytu sztucznego zawierałoby w sobie bezpośrednie i wprost zabijające niebezpieczeństwo, jeżeli mianowicie założyłoby się zbyt wysoko na jelicie cienkiem otwór, bo wykluczając w ten sposób wielką część jelita, naraża się chorego na głodową śmierć z wyniszczenia.

Na podstawie doświadczenia ś. p. Obalińskiego dochodzi autor do wniosków następujących:

„Wybór postępowania wobec napotkanej w przepuklinie uwięzłej zgorzeli jelita zależy w znacznej części od ogólnego stanu chorego.

Wobec znacznego zapadu sił należy raczej założyć odbyt sztuczny.

Pierwszorzędna resekcya jest zabiegiem idealnym, godnym nowoczesnej chirurgii, gdyż stwarza doraźnie prawidłowe anatomiczne i funkcyonalne stosunki.

Wskazaną jest: we wszystkich przypadkach uwięźnięcia elastycznego, gdzie zgorzel powstała szybko i w tych przypadkach zgorzeli powstałej wskutek zastoju kałowego, w których istnieje możność ocenienia stanu ściany jelita.

Stany zapalne worka i tkanki około bramy przepuklinowej, ogólne zapalenie otrzewnej same przez się (to znaczy o ile nie towarzyszy im znaczny zapad sił) nie stanowią przeciwwskazania do resekcyi jelita.

Zgorzel pętli małej lub jednościennie uwięzłej wymaga również wykonania resekcyi jelita.

Wykonanie herniolaparatomii przedstawia w niektórych przypadkach wiele korzyści.

Po herniotomii w przepuklinie uwięzłej zgorzelinowej nie należy wykonywać bezpośrednio operacyi radykalnej.

Warunkami, niezbędnymi dla pomyślnego wyniku resekcyi pierwszorzędnej, są: założenie dokładnego szwu w niezmienionej ścianie jelita, ścisłe przestrzeganie zasad antyseptyki, a wreszcie racyonalne przeprowadzenie leczenia następowego".

Są to zasady, jakich się w głównych zarysach dzisiaj prawie wszyscy chirurdzy trzymają.

Z dołączonej na końcu statystyki Obalińskiego wynika, że na 74 przypadków zgorzeli jelita w przepuklinach uwięzłych przyszło po resekcyi pierwszorzędnej 41 razy do zejścia śmiertelnego, 29 przypadków zakończyło się uleczeniem zupełnem, a 4 uleczeniem względnem, to znaczy 55,40% śmiert., 39,18% ulecz. zupełnego i 5,40% uleczenia względnego.

II. Dr. Jan Gawlik. *Przyszycie nerki wędrującej według sposobu Obalińskiego.*

Pierwszą nefropeksyę wykonał w roku 1881 Hahn w Berlinie, a po nim podano dość znaczną liczbę zmian jego postępowania, żeby osięgnąć pewniejsze przyrośnięcie nerki na przeznaczonem miejscu. Jedną z takich modyfikacyj podał i ś. p. Obaliński, przyjmując zasadę Lyoyda, że koniecznym warunkiem wytworzenia się trwałych zrostów jest odłuszczenie z powierzchni nerki torebki włóknistej w miejscu przyczepienia. „Dwuwrotowe cięcie w kształcie *I*, przez torebkę włóknistą nerki poprowadzone, tak, że długie jego ramię przebiega wzdłuż zewnętrznego wypukłego brzegu nerki. Odłuszczenie na tępo i umocowanie szwami katgutowymi otwartych w kształcie wrót płatków torebki włóknistej wraz z torebką tłuszczową do wewnętrznej powierzchni ścian okolicy lędźwiowej. Warstwowe zaszycie powłok z pozostawieniem skrawka gazy sterylizowanej, sięgającego do powierzchni nerki".

W ten sposób przyszyto w klinice krakowskiej 2 razy nerkę, w obydwu przypadkach z pomyślnym dotychczasowym wynikiem.

III. Dr. Karol Kaczkowski. *O kamieniach pęcherzowych na podstawie przypadków operowanych przez Prof. Dra Obalińskiego.*

W pięknej tej i pilnej pracy autor zastanawia się w czterech rozdziałach nad przyczynami, składem, objawami i nad leczeniem kamieni moczowych. Opierając się na stosunkowo licznym materyale ś. p. Obalińskiego, wykazuje, w których okolicach Galicyi najczęściej znachodzimy kamienie moczowe i o ile czynniki teluryczne mają wpływ na ich powstawanie. Dalej zastanawia się nad tem, jaki wpływ pod tym względem wywiera wiek, płeć, rasa i sposób żywienia się chorych.

Skład chemiczny kamieni moczowych był bardzo rozmaity. Najczęściej znaleziono moczany i fosforany, dalej kwas moczowy, szczawian wapniowy i węglan wapniowy. W 4 przypadkach ciało obce stanowiło jądro kamienia. Co do leczenia, to stósował Obaliński następujące operacye: *sectio mediana* 23 razy, *sectio alta* 14 razy, *sectio alta modo Bardenheuer* 5 razy, *sectio lateralis* 3 razy, *sectio modo Zuckerkandl* raz, *litholapaxia* 12 razy, *lithotripsia* raz, *urethrotomia externa* 2 razy, *colpocystotomia* raz. W technice operacyjnej i leczeniu następowem nie różnił się Obaliński od zasad ogólnie przyjętych. Śmierć nastąpiła w 10 przypadkach.

IV. Dr. Tymoteusz Piotrowski. *Wyniki resekcyi stępu sposobem Obalińskiego.*

Sposób Obalińskiego, *resectio longitudinalis*, znany jest czytelnikom tego pisma, bo został on właśnie w niem swego czasu przez samego Obalińskiego ogłoszony. Ma on posiadać przed wszystkimi innymi sposobami tę zaletę, że daje dokładniejszy przystęp do wszystkich kości stępu i jak najmniejsze wywołuje zniekształcenie. Według tego sposobu operowano 19 razy. Blizna, jaka pozostaje na podeszwie, nigdy nie ma przeszkadzać w chodzeniu.

V. Dr. Stanisław Droba. *Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materyału Profesora Dra Alfreda Obalińskiego.*

Praca to bardzo sumienna i uwzględniająca dokładnie literaturę, mianowicie prace Langenbucha, Kehra, a — prócz wielu innych — przedewszystkiem Riedla. Mamy w niej przedstawione bardzo zrozumiale przyczyny i rozmaite teorye powstawania kamieni żółciowych i kolki żółciowej. Tak samo mamy dobrze opisane przebieg, objawy, rokowanie, powikłania i leczenie tego cierpienia; a wszystko umiejętnie objaśnione przypadkami z materyału Obalińskiego. Zadalekoby nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli choć bardzo pobieżnie streścić tę pracę, a nie byłoby z tego należytej korzyści, którą każdy odniesie, kto z uwagą całą pracę odczyta. Powiemy tylko tyle, że w odpowiednich przypadkach autor jest zwolennikiem wycięcia pęcherzyka żółciowego („ektomii“ Langenbucha).

VI. Dr. Maksymilian Rutkowski. *Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.*

Ważna ta praca i jedna z najlepszych całego „Zbioru“ niedawno drukowała się w *Przeglądzie lekarskim*, więc nie potrzebuję jej streszczać, a chyba tylko zachęcić do dokładnego jej przestudyowania. Zawiera ona umiejętnie i skrzętnie opracowany, niezwykle pod tym względem obfity, materyał ś. p. Obalińskiego.

VII. Dr. Maksymilian Rutkowski. *Plastyka pęcherza.*

Kto kiedykolwiek miał do czynienia z leczeniem wynicowania pęcherza, ten zna dobrze trudność usunięcia tego ohydnego cierpienia i wdzięczny będzie Rutkowskiemu, że nowem postępowaniem wzbogacił nasze zabiegi lecznicze. Wprawdzie już przedtem starano się wytworzyć z jelita pęcherz, ale myśl przewodnia postępowania Rutkowskiego jest inna: jemu nie chodzi o wytworzenie nowego pęcherza, a „o wydoskonalenie plastyki przez użycie odpowiedniego materyału, t. j. płata, utworzonego ze ściany jelita, który rozmiarami daje się zupełnie dobrze zastósować do pozostałych resztek pęcherza“, gdyż, jak wiadomo, płaty skóry tak pojedyncze, jak podwójnie składane nie mogą nigdy zastąpić prawidłowej ściany pęcherza, a przeciwnie odgrywają zawsze w pęcherzu rolę ciała obcego.

Postępowanie swoje opisuje Rutkowski, jak następuje: „Dnia 12go maja 1898 roku przystąpiłem do operacyi. W uśpieniu chloroformowem, poprowadziłem cięcie 6 ctm. długie w linii środkowej aż do górnego brzegu pęcherza. Po otwarciu jamy brzusznej wydobyłem pętlę jelita biodrowego, którą przeciąłem poprzecznie w 2-ch miejscach, odległych od siebie o 6 ctm., czyli wyłączyłem 6-centymetrowy kawałek jelita. Odcinek odprowadzający zeszyłem z doprowadzającym szwem okrężnym, dwupiętrowym, ciągłym, nitką jedwabną, a następnie odprowadziłem zeszytą pętlę do jamy brzusznej. Wyłączony kawałek jelita, usadowiony na odpowiednim odcinku kreski, przeciąłem w kierunku podłużnym, w miejscu przeciwległem przyczepieniu kreski. W ten sposób otrzymałem płat czworoboczny, o powierzchni około 40 ctm., którego szypułę stanowiła kreska. Ściany pęcherza oddzieliłem od powłok brzusznych i w rozciągnięty otwór pęcherza wszyłem ów płat jelitowy szwem dwuwarstwowym, ciągłym. Pierwsze piętro (szew katgutowy), przechodziło przez całą grubość ściany pęcherza i jelita (szew katgutowy), zajmując tylko szczyt błony śluzowej, drugie zaś piętro (szew jedwabny) stanowił szew Lamberta. Przez to powstał pęcherz, którego przednią ścianę tworzyła ściana jelita.

Ponad zamkniętym pęcherzem zeszyłem powłoki brzuszne. Do pęcherza przez cewkę wprowadziłem cewnik na stałe. Operacya trwała półtorej godziny. Stan chorego po operacyi był zupełnie dobry.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Chory nie gorączkował. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Dnia 10-go szwy wyjęto. Założono choremu dobrze przylegający zbiornik na mocz, a obok tego pelotkę uciskającą na górną ścianę cewki, w miejscu rozstępu kości łonowych. Przy pomocy pelotki chory może zatrzymać mocz przez 3 kwadranse. Badanie kilkakrotne moczu wykazało zaledwo dostrzegalny ślad białka, o ciężarze gatunkowym 1·013, oddziaływaniu alkalicznem, ze zwiększoną ilością fosforanów. W osadzie znaleziono dość dużo śluzu, kryształki fosforanów, w niewielkiej ilości przybłonki płaskie, masy ziarniste bezkształtne, powstałe z rozpadu ciałek wypocinowych. W 8 tygodni po operacyi chłopiec zdołał zatrzymać dowolnie około 25 ctm. sz. moczu. Przy naparciu na mocz wytryska strumień z cewki na wysokość około 30 ctm. Z powodu zamknięcia kliniki dalszej obserwacyi przeprowadzić nie można było.

Chory opuścił klinikę w dwa miesiące po operacyi“.

Doświadczenia na psach wykazały, że tak kawałki jelita cienkiego, jak i grubego doskonale wrastają w ściany pęcherza i coraz to bardziej stają się do nich podobnymi przez narastanie przybłonka pęcherzowego.

Tak oto w najkrótszem streszczeniu przedstawia się obfity plon „Zbioru prac“.

W końcu mogę tylko jeszcze raz zachęcić do uważnego przeczytania tych ze wszechmiar uwagi godnych rozpraw.

L. Rydygier.

IV. Wyciągi.

Piesbergen: **Przyczynek do drgawkowego miesienia oka.** *(Centralbl. f. Augenh.* Luty, 1899). Leczenie różnorodnych cierpień oka zapomocą miesienia, wykonywane zresztą już w starożytności, wydoskonalił Pagenstecher w ósmym dziesiątku naszego stulecia, ujmując je w pewne karby i nakreślając odpowiednie dlań wskazania. Wykonywa je, prze-

suwając szybkim ruchem okrężnym lub migawkowym powiekę po gałce, celem wyjaśnienia plam rogówkowych, lub też w przebiegu zapalenia twardówki, miąższowego zapalenia rogówki, nieżytu wiosennego spojówki i t. p. Mautner poleca je w przypadkach zaczopowania tętnicy siatkówkowej, a Hirschberg w r. 1888 usunął tym sposobem zator w podobnym przypadku. Pierwszym jednak, który w r. 1893 zwrócił uwagę na drgawkowe mięsienie gałki ocznej, był Maklakow, a po nim Katzaurow. Używali oni pióra Edisona, małego elektromotoru, który jest zdolnym wykonać 9000 drgnień na minutę.

Za ich przykładem stósował autor drgawkowe mięsienie w rozmaitych cierpieniach oka i to przez powieki lub wprost na gałkę, zapomocą przyrządu (elektrycznego ołówka do retuszowania), zaopatrzonego gałką, wykonywującą na minutę 200 miarowych drgnień, których siłę dowolnie stopniować można. Na podstawie licznych doświadczeń przychodzi autor do następujących wniosków: 1) Mięsienie drgawkowe jest wskazanem we wszystkich przewlekłych stanach zapalnych rozmaitych części oka, mianowicie: rogówki, twardówki, tęczówki, ciałka rzęskowego, naczyniówki, a nawet w krwotokach. 2. W przypadkach porażeń mięśni ocznych. 3. Celem obniżenia ucisku śródocznego, spowodowanego pęcznieniem mas soczewkowych po dyscysyi, których zaćmienie i wessanie znacznie przyspiesza 4) Obniża ucisk śródoczny w przebiegu jaskry (co już Katzaurow zauważył) i pogłębia przednią komórkę. 5) Przeciwwskazane jest przy wszelkich ostrych stanach zapalnych. 6) Działanie mięsienia tłómaczy sobie autor wpływem jego na stosunki krążenia limfy i porównywa je z podobnem działaniem podspojówkowych wstrzykiwań. *Dr. Szulisławski.*

Prof. H. Kuhnt: **O wartości mechanicznych sposobów leczenia jaglicy**. *(Zeitschrift für Augenheilkunde* Nr. 1. 1899). Leczenie jaglicy ma dla nas, z powodu częstego, a nierzadko nagminnego jej pojawiania się w naszym kraju, tak wielkie znaczenie, że każdy przyczynek do leczenia jaglicy zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie, a to tembardziej, że lekarz, wykonujący praktykę w miejscu, gdzie niema specyalistów, nie może się wymówić od leczenia chorych, dotkniętych tem cierpieniem.

W nowszych czasach powracają okuliści do tak zwanego mechanicznego leczenia pokrytej ziarnami spojówki, używanego już w starożytnym Egipcie, choć w nieco odmienny sposób. Przez mechaniczne leczenie jaglicy dziś należy rozumieć niszczenie ziarn jaglicowych, zachowując naturalnie o ile to być może resztę tkaniny spojówkowej. W tym celu Keiningowie zalecili nacieranie chorej spojówki watą, zmaczaną w sublimacie; Schröder, Darier, Abadie, Manolescu i Lakah przecierają spojówkę szczoteczkami; Cuignet wprowadził wyciskanie ziarn, Knapp zaś używa znanego przyrządu „walcowatych szczypczyków“, któremi wyciska ziarna, a Kramsztyk obmyślił także szczypczyki do tego celu służące, które przedstawił na jednym ze zjazdów lekarskich we Lwowie. Kuhnt spostrzegał, że działanie przyrządów, które wyciskają ziarna według zasady Knappa, sprowadza znaczne obrażenia spojówki, następowe obrzmienia i fałdowania, a wreszcie zrosty miejsc pozbawionych przybłonka, co znowu pociąga za sobą zanik załamka skutkiem zmniejszenia przestrzeni spojówkowej. Chcąc działać łagodniej sporządził szczypczyki zakończone płytkami, mającemi kształt kwadratowy lub sercowaty, w których się znajdują otworki mające 1·25 mm. średnicy. Otworki jednej płytki nie są umieszczone naprzeciw otworków drugiej, skutkiem czego przy przyciskaniu ziarna się dają łatwo wycisnąć bez znacznego obrażenia spojówki. Płytki się tak wprowadza w worek spojówkowy, aby się pomiędzy nie dostał załamek pokryty ziarnami jaglicowemi, poczem się je ściska, przyczem miększe ziarna jaglicowe pękają, a ich treść dostaje się do otworków. Po wyciśnięciu wszystkich ziarn przepłukuje się worek spojówki roztworem *Hydrarg. oxycyanati* 1: 2500 i robi zimne okłady. Po 2 lub 3 dniach goją się miejsca, w których były ziarna jaglicowe, a wtenczas należy przystąpić do dalszego leczenia środkami ściągającymi i przeciwgnilnymi, które zmniejszają ilość wydzieliny, występującej najczęściej dość obficie po wyciskaniu ziarn.

W tych przypadkach, w których spojówka powiek i gałki jest już wolną od ziarn jaglicowych, a w załamku jeszcze się ich większa ilość znajduje, można dla skrócenia trwania leczenia drogą operacyi załamek usunąć. (Richet-Gałęzowski); jeżeli zaś chrząstka górnej powieki jest w wyższym stopniu chorobowo zmieniona i prawidłowy kształt zmieniła, można ją wyciąć samą (Kuhnt), lub wraz z załamkiem (Jacobson-Heisrath).

Mechaniczne sposoby leczenia i operacyjne zabiegi skracają znacznie trwanie choroby, lecz mimoto leczenie lekarstwami, a mianowicie azotanem srebrowym i siarkanem miedziowym są niezbędne, gdyż bardzo chyba tylko wyjątkowo udać się może doszczętne wyniszczenie i wycięcie chorych miejsc. *Dr. Machek.*

Wirszyłło. **Wpływ tranu rybiego na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Wracz*, Nr. 3. r. 1899). Wobec braku prac doświadczalnych nad wpływem tranu rybiego na wydzielanie soku żołądkowego, autor przeprowadził szereg (15) doświadczeń w tym kierunku u dzieci, które nie przedstawiają żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i nie gorączkują i doszedł do następujących wniosków: 1) Tran rybi zmniejsza ilość kwasu solnego i pepsyny w soku żołądkowym, przyczem początkowo więcej bywa upośledzonem wydzielanie pepsyny, następnie zaś zmniejszenie ilości kwasu solnego i pepsyny staje się bardziej równomiernem. 2) Upośledzenie to jest najwybitniejszem w początkowym okresie wydzielania soku, później zaś trwa wprawdzie, lecz w mniejszym stopniu. 3) Praca wydzielnicza gruczołów żołądkowych pod wpływem tranu słabnie, lecz zato trwa dłużej.

Zestawiając te wyniki ze spostrzeżeniami klinicznemi, autor zapatruje się sceptycznie na lecznicze własności tranu, a nawet obawia się, że korzyści, jakie tran przedstawia jako tłuszcz, są mniejsze, niż szkoda, jaką przynosi choremu przez upośledzenie trawienia białka. *Gliński.*

A. W. Beketow. **Przyczynek do sprawy leczenia heroiną.** *(Wracz*, Nr. 10, r. 1899). Autor stósował heroinę w 25 przeszło przypadkach gruźlicy i przyszedł do następujących wniosków: 1) Heroina bardzo szybko (już po upływie $^1/_2$ godziny) zmniejsza znacznie kaszel. 2) Liczba oddechów pod wpływem heroiny zmniejsza się tylko w tych przypadkach, gdzie przyspieszenie jest zależne od kaszlu lub bólów opłucnowych; w wypadkach zaś, gdzie duszność zależy od zaburzeń sercowych (wady zastawkowe, zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego), lub zmniejszenia powierzchni oddechowej, heroina nie działa. 3) Na krążenie heroina nie wywiera bezpośrednio żadnego wpływu. 4) Heroina działa wprawdzie jako środek nasenny, lecz tylko dzięki osłabieniu kaszlu i zmniejszeniu bólów opłucnowych. 5) Na trawienie heroina nie wpływa. 6) Szczególniej pożyteczną okazuje się heroina przy krwiopluciu, gdyż znosi niepożądany wtedy kaszel. 7) Heroinę podawać można przez czas dłuższy bez obawy, aby przestała działać skutkiem przyzwyczajenia się chorego. *Gliński.*

Schultz. **O działaniu środków rozszerzających i zwężających źrenicę.** *(Arch. f. Anat. und Physiol.* 1898). Na podstawie 90 doświadczeń, wykonanych na psach, kotach i królikach, przy stosowaniu tych środków do worka spojówkowego na odsłonięte nerwy i zwoje, przychodzi autor do następujących wniosków: Atropina rozszerza źrenicę przez porażenie zakończeń n. okoruchowego Kokaina zaś — przez podrażnienie n. współczulnego, skutkiem czego rozszerzenie źrenicy atropiną wywołane zwiększa się po dodaniu kokainy tak znacznie, że u kotów n. p. tęczówka gubi się niemal poza rąbkiem. Silne roztwory kokainy tensam skutek wywołują, a to zarówno przez podrażnienie n. współczulnego, jakoteż równoczesne porażenie zakończeń n. okoruchowego. Ezeryna jest przeciwnikiem (antagonistą) atropiny w ści-

słem znaczeniu słowa, t. j. działa również na zakończenia n. okoruchowego, nie zaś, jak dotychczas mniemano, na mięśnie tęczówki. Zupełnie taksamo działa także muskaryna. Jeżeli przy porażeniu n. okoruchowego ezeryna zwęża rozszerzoną źrenicę, to przyczyna porażenia może najwyżej sięgać do zwoju rzęskowego (Gangl. ciliare).

Dr. Szulisławski.

A. Groenouw (Wrocław). **Bakteryologiczne badania nad etyologią zapalenia oczu u noworodków.** *(Bericht über d. 27. Versammlung d. ophthalm. Gesellschaft in Heidelberg,* 1898). Autor zebrał 40 przypadków zapalenia spojówkowego u dzieci w pierwszych tygodniach życia, uwzględniając nietylko śluzoropotok, który dzieli na ciężki, lekki i pośredni, lecz także nieżyt spojówkowy z nieznaczną wydzieliną śluzowo-ropną. Badanie bakteryologiczne dało następujące wyniki: W 4 przypadkach lekkiego śluzoropotoku znalazł autor 2 razy gonokoki, raz *bacterium coli;* w 13 przypadkach średniego i ciężkiego śluzoropotoku — 12 razy gonokoki.

W 7 przypadkach lekkiego nieżytu spojówkowego znalazł tylko raz *bacterium coli;* w 12 ciężkich przypadkach nieżytu 5 razy pneumokoki, raz *bacterium coli,* i raz gronkowca ropotwórczego złocistego.

Z badań tych wynika, że gonokoki i pneumokoki z pewnością wywołują zapalenie spojówkowe; z pewnem prawdopodobieństwem można tosamo powiedzieć o gronkowcu ropotwórczym złocistym i o *bacterium coli;* o innych zaś drobnoustrojach znajdowanych w wydzielinie worka spojówkowego nic stanowczego twierdzić niemożna.

W 40 badanych przypadkach znalazł autor 14 razy gonokoki. W tych razach obraz kliniczny przedstawiał zawsze wybitny śluzoropotok, 3 razy powikłany z wrzodami rogówki. Pierwsze objawy choroby występowały w pierwszych 5-ciu dniach, raz jednak dopiero w dniu 13-tym, a raz w 15-tym. U matek zawsze można było stwierdzić białe upławy z powodu rzeżączkowego zapalenia pochwy. Leczenie trwało zwykle średnio, 6 tygodni. Po ustaniu jednak wszelkiej wydzieliny znajdowano jeszcze gonokoki nawet do dni 25-ciu.

Ztąd praktyczna wskazówka, aby, w celu zapobieżenia nawrotom, działać jeszcze przez pewien czas po ustaniu ropienia na spojówkę środkami zabijającymi bakterye. Na podstawie swych badań przychodzi autor do wniosku, że tensam zarazek może wywoływać różne postacie zapalenia spojówkowego — co zresztą już inni badacze twierdzili — i że spojówki u noworodków mają szczególniejszą skłonność do zapalenia nieżytowego lub śluzoropotoku pod wpływem jakiegokolwiek bodźca zapalnego. *Dr. J. Kreutz.*

Adolphi: **Zatrzymanie płodu obumarłego w macicy przez $4^1/_2$ miesiąca.** *(St. Petersb. Med. Woch.* Nr. 7.). Autor opisuje przypadek porodu w $8^1/_2$ miesiąca po ostatniej miesiączce; płód rozwojem swym odpowiadał czwartemu miesiącowi ciąży. Objawów przerwania ciąży, względnie obumarcia płodu w przebiegu ciąży, autor nie stwierdził, mimo że miał sposobność kilkakrotnego badania chorej. Poród płodu odbył się siłami natury; natomiast popłód musiał autor wydobyć ręcznie, po poprzedniem rozszerzeniu szyi. Przyczynę wczesnego obumarcia płodu odnosi autor do zmian zapalnych błony śluzowej macicy. Powód zaś, dla którego nie nastąpił poród obumarłego dziecka zaraz, tylko dopiero po upływie czterech miesięcy, upatruje autor w nader małej pobudliwości do skurczów macicy, wywołanej pozostałościami zapalnemi w tkance około i omacicznej, co zdaje się także popierać ta okoliczność, że w danym przypadku musiano usuwać łożysko ręcznie, pomimo że nieprawidłowego połączenia między niem a ścianą macicy nie stwierdzono. Autor w końcu swej rozprawy dopuszcza możliwość, że powolne obumieranie płodu może usposabiać do zatrzymania płodu w macicy przez dłuższy czas po jego śmierci. *St. W.*

Józef Weil: **O wtórnej ciąży trąbkowej.** *(Prager. Med. Woch.* Nr. 1, 2, 3, 4, 6). Autor opisuje przypadek ciąży trąbkowej pękniętej trąbki lewej, z równoczesną ciążą trąbkową prawą. Jak z wywiadów i obrazu anatomicznego w danym przypadku wynika, ciąża po stronie prawej była wcześniejsza i wyprzedzała na niespełna rok powstanie ciąży w trąbce lewej. Chora wyleczoną została przez obustronne wycięcie zmienionych trąbek. Autor podnosi względną rzadkość wtórnego zastąpienia trąbkowego, jakkolwiek przyznaje, że przy dokładniejszej obserwacyi podobne przypadki nie będą należeć do tak wyjątkowych, jak już dziś stała się ciąża pozamaciczna przy dokładniejszych sposobach badania w ginekologii rzeczą powszednią; że tak jest, wykazuje autor z zebranych w literaturze 52 przypadków, bo gdy w r. 1888 zaledwie ogłoszono ich dwa, to w 1898 już jedenaście. Na tej podstawie nie można wysnuwać wniosku, że wtórna ciąża staje się z każdym rokiem częstsza, tylko, że dokładniejsze obserwacye wywołuje to niestosunkowe wzmożenie się przypadków. Z zestawionych przez autora przypadków wynika, że wiek chorych z wtórną ciążą przypada na czas największej płodności kobiety, to jest na rok 30 życia. Płodność we wszystkich przypadkach była zmniejszona, a w każdym przypadku ciążę trąbkową wyprzedzał pewien okres niepłodności. Odległość czasu między jedną ciążą trąbkową, a wtórną u tej samej osoby wynosiła od 6 tygodni do 6 lat. Jako przyczyny ciąży trąbkowej w ogóle podnosi autor zmiany zapalne trąbek i ich otoczenia, wywołane tryprem, a również zaznacza, że ważną rolę mogą odgrywać wady rozwojowe trąbek, a to skoro trąbka pozostaje na stopniu rozwoju dziecięcego.

Ciąża trąbkowa wtórna może ulegać rozmaitym zmianom, podobnie jak i ciąża po raz pierwszy powstała, ale w każdym razie, we wszystkich przypadkach, znanych w literaturze, wtórna ciąża przerywała się zawsze w 2 lub 3 miesiącu.

W końcu niniejszej rozprawy autor zadaje pytanie, czy wobec możliwości ciąży wtórnej trąbkowej nie należy przy operacyjnem leczeniu pierwszej ciąży usunąć trąbki po stronie przeciwnej? Odpowiada naturalnie na to pytanie przecząco, a dopuszczalnem by było usunięcie trąbki strony przeciwnej tylko przy znacznych zmianach w tej trąbce, któreby z góry pozwalały przypuszczać możliwość wtórnego zastąpienia trąbkowego. *St. W.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 15 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Pieniążek. — Obecnych członków 51.

I. Kol. Latkowski miał odczyt: »O wpływie wody maryenbadzkiej na trawienie«. (Rzecz drukuje się w »Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi zabrał głos kol. Prof. Korczyński, który podzielając zapatrywanie prelegenta na wpływ wody maryenbadzkiej ze zdroju Kreuzbrunn na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka, zapytuje się, jaka zdaniem prelegenta istnieje różnica w działaniu leczniczem tej wody w porównaniu z wodą karlsbadzką, jakie różnice wynikają co do wskazań podawania tych wód w rozmaitych cierpieniach żołądka, wreszcie czy z doświadczeń tych przynajmniej teoretycznie nie możnaby wysnuć jakich wniosków, co do przeciwskazań dla wody maryenbadzkiej w chorobach żołądkowych.

Kol. Prof. Jaworski: Wskazania do zdrojowisk wyrabiały się z biegiem czasu w sposób rozmaity. W początkach gromadziły się wskazania przez kilkaset lat na podstawie spostrzegania czysto empirycznego. Dopiero gdy z końcem zeszłego stulecia pojawiły się rozbiory chemiczne wód mineralnych, zaczęto przystosowywać wskazania do składników chemicznych zdrojów W połowie zaś bieżącego wieku rozpoczęła się era wskazań na podstawie doświadczalnej, uzyskanej bądź w pracowniach na zwierzętach, bądź też w klinikach na chorych. W ten ostatni sposób rozpoczął badania Seegen nad wpływem wody

karlsbadzkiej na narząd moczowy w stanie prawidłowym i patologicznym, oznaczając chemicznie zmiany w składnikach moczu. Ja zaś przed kilkunastu laty starałem się określić bliżej zachowanie się i wpływ wody karlsbadzkiej na przewód pokarmowy. Doświadczenia moje, a późniejsze Ewalda, Sandberga, jako też Spitzera dały wyniki, jak to często w klinicznych doświadczeniach bywa, częściowo zgodne, w niektórych zaś punktach nieco odmienne. Przyczyna tego tkwi przeważnie w odmiennym sposobie badania. Podczas gdy ja robiłem doświadczenia na chorych kliniki stałej, klinicznie obserwowanych, to inni uskuteczniali doświadczenia na chorych ambulatoryjnych, zostających bez kontroli tak pod względem sposobu picia wody mineralnej jako też i dyety. Nadto ja oznaczałem wpływ wody karlsbadzkiej na żołądek czczy, podczas gdy inni autorowie oznaczali go na szczycie trawienia. Badanie zaś żołądka patologicznego na czczo daje wyniki czulsze co do zaszłych w nim zmian, aniżeli żołądka wypełnionego na szczycie trawienia.

Porównując skład chemiczny obydwu wód glauberskich, jakiemi są wody maryenbadzkie i karlsbadzkie, okazuje się wprawdzie ten sam skład jakościowy (siarkan sodowy, chlorek sodowy, węglan sodowy i kw. węglowy wolny), lecz ilościowo znajduje się przy równej ilości węglanu sodowego, podwójna ilość siarkanu i chlorku sodowego we wodzie maryenbadzkiej, niż we wodzie karlsbadzkiej, przy ciepłocie niezrównanie niższej. Stąd też z góry można było przypuszczać, że woda maryenbadzka działa na przewód pokarmowy pobudzająco, woda zaś karlsbadzka, przy źródle użyta, kojąco. Temu przypuszczeniu odpowiadają wyniki doświadczeń klinicznych kol. Latkowskiego Woda maryenbadzka ze swoim siarkanem sodowym i nadmiarem kw. węglowego wobec nizkiej ciepłoty okazała się jako *stimulans* dla przewodu pokarmowego; woda zaś karlsbadzka o podwyższonej ciepłocie, wobec małych ilości soli, w których przeważa węglan sodowy, działa, jak to z moich doświadczeń się okazało, jako *sedativum* na czynność przewodu pokarmowego. To też wodę maryenbadzką używamy w tych chorobach przewodu pokarmowego, którym towarzyszy *status torpidus* tego narządu, wodę karlsbadzką zaś, gdzie choroba przewodu pokarmowego ma cechę *status irritativus*.

Oprócz tego może woda maryenbadzka, w znacznej ilości używana, upośledzić ogólne odżywienie przez zwiększenie przesączania w jelitach, a osłabienie wessania, podczas gdy woda karlsbadzka tak nie działa, a opadanie ciężaru ciała podczas picia jej, należy przypisać niedostatecznemu odżywianiu przez równoczesne zastosowanie tak zwanej dyety karlsbadzkiej. Działaniem wody maryenbadzkiej na jelita zajmuje się w dalszym ciągu kol. Latkowski, co się zapewne przyczyni także do wyświetlenia tak zwanego odtłuszczającego leczenia maryenbadzkiego.

Nie należy jednak sądzić, że posłanie chorego do Maryenbadu zamiast do Karlsbadu i przeciwnie jest błędem sztuki, pociągającym za sobą »zabicie chorego«. Ja muszę przypomnieć, że w zdrojowiskach nie leczy woda, lecz lekarz zdrojowy, a w każdem zdrojowisku może odnieść chory pożytek dla swego zdrowia, jeżeli tylko natrafi na rozsądnego lekarza i jego radom się podda. Niedaleko zajdzie lekarz zdrojowy, który ograniczy swój zasób terapeutyczny tylko do szablonowego polecania pewnej ilości kubków, a inne czynniki lecznicze pozostawi odłogiem. Przez rozmaite fortele, jak np. przez dobieranie różnych ilości wody, zmianę jej ciepłoty, przystosowanie odpowiedniej dyety itp. może lekarz i w Maryenbadzie podobne wyniki terapeutyczne otrzymać, co i w Karlsbadzie. Przeciwnie znów przez oziębianie wody, dodawanie soli itp. zmiany można w Karlsbadzie leczyć choroby, mające wskazania do Maryenbadu.

W końcu muszę nadmienić, że doświadczenia kol. Latkowskiego odnoszą się do zdrojów Kreuzbrunu i Ferdinandsbrunu, t. j. do najgłówniejszych zdrojów tak zw. glauberskich. Istnieją jednak jeszcze w Maryenbadzie dwa cenne zdroje: Carolinnenbrunnen i Ambrosiusbrunnen, będące silnemi szczawami żelazistemi. Wobec wysokiego wzniesienia Maryenbadu (640 m. nad p. m.), wpływającego znakomicie na zwiększenie ciałek czerwonych i hemoglobiny we krwi, wobec klimatu lesistego, a wybornych urządzeń balneotechnicznych, można do Maryenbadu posyłać także i chorych niedokrewnych, którzy kwalifikują się do pobliskiego Franzensbadu. Ztąd też i wskazania lecznicze do Maryenbadu, jako zdrojowiska, są bardzo obszerne.

Kol. Dr. L a t k o w s k i zaznacza w odpowiedzi, iż w zasadzie zgadza się z zapatrywaniem kol. Prof. Jaworskiego, który nazwał wodę maryenbadzką *stimulans* dla przewodu pokarmowego. Wyniki jego doświadczeń wykazały tę własność podniecającą wody maryenbadzkiej dla czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka i na podstawie ich można wodę maryenbadzką stosować w chorobach żołądka, cechujących się niedomogą wydzielniczą lub ruchową błony śluzowej i mięsnej. We wszystkich przypadkach badanych przez prelegenta dało się spostrzedz wznoszenie się kwasoty soku żołądkowego, a *maximum* jej wynosiło 20—40 ctm.^{3} $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego. Wobec tych danych nie nadają się do leczenia wodą maryenbadzką cierpienia, przebiegające z wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego, a więc nadmierna kwaśność podczas trawienia, sokotok żołądkowy, nieżyt kwaśny żołądka i wrzód okrągły. Zastrzedz się jednak należy, iż w tych przypadkach przeciwskazaną będzie tylko woda maryenbadzka o ciepłocie zdrojowej w większych ilościach. Gdy bowiem ją ogrzejemy utraci ona znaczną część bezwodnika kwasu węglowego, a przez to działanie jej pobudzające na wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego zmniejszy się lub może nawet zniknie. Ostrożne więc podawanie małych ilości wody maryenbadzkiej ogrzanej do 40° C., może być dozwolone nawet w chorobach żołądka, cechujących się nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, w których woda karlsbadzka powszechnie stosowaną bywa. Porównując jednak te dwie wody glauberskie przy ich ciepłocie zdrojowej, spostrzeżemy przeciwieństwo w ich działaniu leczniczem; woda maryenbadzka podrażnia żołądek i wzmaga kwasotę soku żołądkowego, woda karlsbadzka ją obniża. Dlatego wracając do wskazań, nasuwa się uwaga, że woda karlsbadzka nie może mieć tak wybitnego i pewnego wpływu na choroby żołądka, połączone z niedomogą wydzielniczą, gdy tymczasem woda maryenbadzka znajdzie w tych przypadkach korzystne zastosowanie.

Sekretarz: *Dr. Lewkowicz.*

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — w miesiącu marcu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 27 osób; w liczbie tej 4 osoby pozostałe w leczeniu z lutego i 8, — pozostających nadal w leczeniu na miesiąc kwiecień 1899 r.

W y k a z l i c z b o w y tych 27 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	1	1	1	3
w kończyny górne	1	5	8	14
w kończyny dolne i tułów	1	5	4	10
w ciało nagie	2	7	3	17
przez ubranie	1	4	5	10
liczby ogólne	3	11	13	27

Zwierzęta kąsające były w 26 przypadkach psy, w 1 zaś koń.

Dyrektor Zakładu
O. Bujwid.

---

* *Das österreichische Sanitätswesen* (Nr. 14) podaje, że między 12 a 25 marca ospa w Galicyi panowała w 31 powiatach i 99 gminach. Dur osutkowy był w tymże czasie w 22 powiatach i 58 gminach.

* W m. Krakowie, w tygodniu od 19 do 25 marca, urodziło się 46 dzieci: 29 chrześcian (8 nieślubnych) i 11 izraelitów (6 nieślubnych). Umarło osób 64; główną daninę, jak zwykle w Krakowie, wybiera zapalenie płuc (13) i gruźlica (11).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 15 kwietnia 1899

* *Wiener Zeitung* donosi, że docent dr. Aleksander Rosner mianowany został profesorem i kierownikiem Szkoły położnych w Krakowie.

(L.) Wydział krajowy przeniósł dr. L. Doboszyńskiego, praktykanta szpitala św. Łazarza w Krakowie, w tymże samym charakterze służbowym do szpitala krajowego w Przemyślu.

Uwzględnienie przez Wydział krajowy prośby dr. Doboszyńskiego ma niepośledne znaczenie dla młodych lekarzy i szpitalnictwa krajowego. Wielka liczba lekarzy osiedla się po otrzymaniu dyplomu w tych miejscowościach, w których dopatruje większych dla siebie widoków pozyskania praktyki i w skutek tego doraźnie pozbawia się możności dalszego kształcenia się, zwłaszcza doskonalenia się klinicznego, które poza kliniką i szpitalem jest niemożebne. Prócz kształcenia się, praktyka szpitalna daje jeszcze i tę korzyść, że jest braną zupełnie słusznie pod względ przy obsadzaniu posad lekarskich.

Wobec więc faktu, że wielu młodych lekarzy, nie mogąc pozostać we Lwowie i Krakowie, opuszcza te miasta po otrzymaniu dyplomu i udaje się na prowincyę, precedens dr. Doboszyńskiego ma doniosłe znaczenie, gdyż odkrywa nowe pole do nabycia wprawy do samodzielnego wykonawstwa lekarskiego. Obok osobistych korzyści, które odniosą młodzi lekarze z pełnienia obowiązków praktykantów w większych szpitalach prowincyonalnych, same instytucye szpitalne zyskają dobre siły pomocnicze, a nikomu przecież nie jest tajno, że szpitale nasze gwałtownie cierpią na niedostateczność personalu lekarskiego.

* Dzienniki donoszą, że w Łodzi zawiązało się Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej.

* *Münchener mediz. Wochenschrift* w Nrze 14 donosi, że nadzwyczajny profesor w Heidelbergu, dr. A. Jurasz, powołany został do Uniwersytetu lwowskiego.

* *Prawitielstwiennyj Wiestnik* donosi, że zasłużony prof. Julian Kosiński przechodzi w stan spoczynku.

* W Berlinie powstał spór zasadniczego znaczenia między Dr. Böingiem z jednej strony a Drami Zeplerem i Birnbaumem z drugiej; ci ostatni wyrazili przekonanie, że lekarz »nie ma prawa i obowiązku wnikać w szczegóły przypadku, jeśli od niego żądają pomocy w celu zapobieżenia zastąpieniu«. Böing przeczy ze względów etycznych, ażeby tego rodzaju pobłażliwość ciężyła na lekarzach i aby pojęcia takie ich obowiązywały, pomimo, że je wygłasza wielu tegoczesnych pisarzy. Tak np. Nordau twierdzi, że »człowiek w istocie rzeczy nie jest stworzeniem jednożennem«. Brandes głosi, że »płciowa roskosz należy do niezaprzeczonych ogólnych praw człowieka, z których on powinien korzystać«. Według Strindberga »cudzołożne stosunki skrzepiają zdrowie, przyśpieszają dojrzałość i dają uciechę życiową młodzieży«. Hansson mówi, że u człowieka »nie istnieją wyższe sprawy nad poznawanie i używanie płciowych roskoszy«. W innem miejscu Nordau zaopiekowuje się i kobietą, twierdząc, że »należy jej zabezpieczyć przyrodzony udział w miłośnem pożyciu ludzkiem«. Montegazza doradza bliźnim: »amate, ma non generate« itd.

Oczywiście prasa lekarska stanęła po stronie Böinga, dopatrując powołania stanu lekarskiego nie w ułatwianiu zdrady i rozpusty.

* Urząd sanitarny m. Hamburga, przekonawszy się, że apteki często wydają leki na telefoniczne polecenie lekarzy, przypomniał właścicielom aptek zakaz podobnego postępowania.

* W berlińskiej klinice dentystycznej, w ciągu roku 1897 i 1898, dokonano wyjęcia zębów u 8028 pacyentów; w 1070 przypadkach tej operacyi zastosowano uśpienie.

* W Pradze powstało czeskie czasopismo higieniczne pod tyt.: *Časopis pro verejné zdravotnisti.* Miesięcznik ten wychodzić będzie pod redakcyą prof. higieny Kabrhela i drów: Velicha, Formanka i Ružički.

* Liczba obłąkanych w Paryżu, która w r. 1867 wynosiła 7805, podskoczyła w r. 1896 do 21700. Powiększenie to liczby umysłowo chorych, nieodpowiadające stopie przyrostu ludności, przypisują psychiatrzy zwiększonemu nadużywaniu wyskoku, wyrabianego nadomiar w lichym gatunku.

* W Medyolanie otwarto kosztem miasta szkołę wyłącznie dla dzieci, dotkniętych jaglicą; szkoła ta łączy się z instytutem oftalmicznym. Dopiero po zupełnem wyzdrowieniu wracają dzieci do rodziców.

* Liczba lekarzy we Francyi zwiększyła się w ciągu ubiegłego roku o 1751 i wynosi obecnie 17,735.

* Na wzór wydawanego przez Ebsteina i Schwalbego podręcznika: *Handbuch der praktischen Medicin*, którego było już 8 wydań, rozpoczął się druk dzieła: *Handbuch der praktischen Chirurgie*, redagowanego przez Bergmana, Brunsa, Mikulicza i wielu inn. głośnych chirurgów. Całe dzieło obejmować będzie 4 tomy po 60 arkuszy i wyjdzie w 20 zeszytach po 4 marki. Pierwszy zeszyt znajduje się już w sprzedaży.

Mianowania i odznaczenia: Akademia lekarska w Turynie mianowała prof. Laskowskiego w Genewie, za jego zasługi naukowe i literackie, swym członkiem, a król włoski nadał mu jednocześnie tytuł szlachcica włoskiego i ozdobił wysokim orderem. Dr. Drobnik T. mianowany został naczelnym lekarzem oddziału chirurgicznego w miejskim szpitalu poznańskim.

Nekologia Zmarli: Dnia 5-go b. m. zmarł w Leżajsku w 48 roku życia Dr. Apolinary Nidecki, miejscowy lekarz miejski. Niezwykle sumienny i mimo wątłego zawsze zdrowia prawie do ostatka gorliwy, a nigdy żadną rachubą nie kierujący się lekarz; idealny i serdeczny kolega, jakich dzisiejsze trudne warunki życia coraz rzadziej wyrabiają; dla wielkich zalet charakteru i pogodnego zawsze umysłu ogólnie ceniony i kochany jako człowiek i towarzysz, pozostawia po sobie lukę, która nieprędko wypełnioną być może. To też powszechny żal i niezwykły udział całej prawie ludności w pogrzebie, był zasłużonym objawem tej niecodziennej czci, na którą sobie nieodżałowany zmarły w całej pełni zasłużył. W.

Dr. Dawid Hellman, sekretarz Towarz. ratunkowego, zmarł we Lwowie w 39 roku życia. Dr. Józef Engel, emerytowany prof. anatomii patologicznej, autor licznych prac z zakresu anatomii, zmarł w Wiedniu, w 83 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 4: Dr. Arnsteina F.: Kilka słów o rozpoznawaniu przedziurawienia wyrostka robaczkowego i wskazaniach do zabiegu chirurgicznego przy zapaleniu tego wyrostka. Dr. Lidmanowskiego K.: Leczenie czarnej krosty zapomocą podskórnych zastrzykiwań stężonego roztworu jodoformu w eterze. Dr. Perlisa Ig.: Przypadek nadmiernej liczby palców u rąk i nóg. Dr. Klarnera Sz.: W kwestyi panujących u nas chorób endemicznych. Dr. Łazarowicza K.: Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich (c. d.). Dr. Sterlinga S.: Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych (c. d.). W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 3: Dr. Finkekrauta M.: Przyczynek do patologii wyrzynania się dolnych zębów mądrości. W *Medycynie* Nr. 14: Karwackiego L.: O stósowaniu kreozotu w gruźlicy płuc i o nowym związku kreozotowym — kreozoalbinie. Tuchendlera A.: Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodziejących żołądka (c. d.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 4: Dr. Drobnika T.: Uwagi i spostrzeżenia dotyczące opatrywania ran. Flataua E.: Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań (dok.). W *Zdrowiu* (kwiecień): Grodeckiego A.. Szkoły ludowe gminy Galewice w pow. wieluńskim gub. kaliskiej ze stanowiska sanitarnego. Dr. Chełchowskiego: Sprawa szczepienia ospy u nas. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 14: Arnsteina F.: O wpływie zmiany miejsca na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczem tego środka przy tej chorobie. Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas. Grünbauma A.. Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Dunin T.: Walka z gruźlicą. (*Odczyty kliniczne* Nr. 121 i 122). Warszawa, 1899.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 19 b. m., o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (sala Śniadeckich) posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Pieniążek będzie miał wykład: O leczeniu twardzieli tchawicy (tracheoscleroma) z demonstracyą preparatów.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Tablica przedstawiająca czynność żołądka przy dłuższem użyciu wody marienbadzkiej.

	L.	Próby wykonano przed kuracyą marienbadzką	ilość dni po kuracyą marienbadzką	Próba na czczo	Próba białkowa w 3/4 godz.	Śniadanie próbne w 1 godz.	Obiad próbny w 4 godz.	Ilość wody destylowanej przed aspirowaniem	Ilość treści wydobytej z żołądka	Jakość treści wydobytej z żołądka	Stopień kwasoty całkowity	Stopień kwasoty od HCl wolnego	Reakcya na pepton	Reakcya na cukier	Reakcya na śluz	Ilość białka strawionego w % według Hammerschlaga	Ferment podpuszczkowy	Uwaga
I. A. R., lat 29. N. dz. klin. 51. Neurosis sensitoria ventriculi. Uczucia gniecenia w żołądku, bóle po spożyciu pokarmów, wymioty kwaśne po jedzeniu. Stolec stale zaparty. W ciągu podawania wody marienbadzkiej bóle zupełnie ustąpiły, wymioty ustały. Natomiast miewa czasem bóle w krzyżach. Chory, który przedtem z obawy przed bólami nic nie jadł, obecnie odżywia się dobrze i zyskał na wadze 6 klg. Stolec wystąpił dopiero po 600 cm.^{3} wody Kreuzbrunn. W stanie znakomitej poprawy opuścił klinikę.	1	przed	—	1	—	—	—	200	150	Ciecz mętna z strzępami białawymi, bez resztek pokarmów	1°	1°	—	—	—	—		Pod mikroskopem jąderka ciałek wypocinowych, ślimacznice (Jaworskiego), przybłonki płaskie, detritus komórkowy
	2	„	—	—	1	—	—	—	60	mętna, zawiera śluz	10°	8°	wyraźny	—	—	60%	wyraźny	
	3	„	—	—	—	—	1	—	50	miazga cisawa zawiera resztki pokarmów	18°	16°	„	wyraźny	—	70%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera znaczną ilość pokarmów.
	4	—	30	—	1	—	—	—	50	mętna, nieco zielonkawo zabarwiona	22°	14°	bardzo wyraźny	—	—	65%	„	
	5	—	30	—	—	—	1	—	40	miazga brunatna zawiera pokarmy	48°	26°	wyraźny	wyraźny	—	70%	„	
	6	—	60	—	1	—	—	—	30	mętnawa	64°	56°	„	—	—	60%	„	W cieczy przepłuczkowej zaledwie ślady niestrawionego białka.
	7	—	60	—	—	—	1	—	100	miazga cisawa zawiera pokarmy	76°	42°	„	wyraźny	—	70%	„	W cieczy przepłuczkowej niema większych kawałków pokarmów. Ciecz przepłuczkowa mętna.
II. J. K., lat 18, subjekt. N. dz. klin. 116. Catarrhus duodeno-choledochialis. Brak apetytu, uczucie gniecenia w żołądku i zgagi. Zaparcie stolca. Bóle w prawem podżebrzu. Pod wpływem wody marienbadzkiej apetyt wrócił, gniecenie i bóle ustąpiły. Stolec jednak ciągle zaparty. Ubył na wadze 800 gr.	8	przed	—	1	—	—	—	100	50	mętna, bezbarwna	obojętna	obojętna	—	—	wyraźny	—	—	
	9	„	—	—	1	—	—	—	80	mętna zawiera kawałki bułki rozmoczonej	22°	10°	wyraźny	—	„	45%	wyraźny	
	10	„	—	—	—	—	1	—	100	miazga cisawa zawiera pokarmy	45°	32°	„	wyraźny	„	70%	„	
	11	„	—	—	—	1	—	—	100	ciecz zawierająca rozmoczoną bułkę	33°	10°	„	„	„	68%	słaby	W cieczy przepłuczkowej dużo rozmoczonej bułki.
	12	—	30	—	1	—	—	100	100	ciecz mętna	12°	8°	„	—	„	65%	wyraźny	
	13	—	30	—	—	1	—	—	100	jednostajna miazga bułki	45°	22°	„	wyraźny	„	70%	„	Ciecz przepłuczkowa mętna, nie zawiera większych resztek bułki.
III. A. Ł., lat 24, służący. N. dz. klin. 160. Neurasthenia maj. grad. Enteritis membran. Czynność żołądka prawidłowa. Podczas podawania wody marienbadzkiej stracił 1 klg. wagi ciała.	14	przed	—	1	—	—	—	—	20 cm.^{3}	żółto-zielona ciągnąca się	4°	2°	śladnik	—	—	60%	słaby	Pod mikroskopem nieliczne ciałka wypocinowe przybłonki, jąderka.
	15	„	—	—	1	—	—	—	30	mętna, zawiera kawałki białka	30°	12°	wyraźny	—	—	75%	wyraźny	
	16	„	—	—	—	1	—	—	20 cm.^{3}	miazga rozmoczonej bułki	35°	20°	„	wyraźny	—	78%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera sporo bułki.
	17	—	18	1	—	—	—	100	80	—	5°	2°	—	—	—	50%	słaby	
	18	—	„	—	1	—	—	—	50 cm.^{3}	zielonkawa, zawiera ledwie ślady białka	42°	20°	wyraźny	—	—	80%	wyraźny	
	19	—	„	—	—	1	—	—	100 cm.^{3}	ciecz zawiera resztki bułki	66°	30°	„	wyraźny	—	85%	„	Ciecz przepłuczkowa mętna, nieco drobnych rozmokłych kawałków bułki.
IV. T. S., lat 28, wyrobnik. N. dz. klin. 123. Glioma cerebri. Czynność żołądka prawidłowa. Podczas podawania wody marienbadzkiej stracił 800 gr. na wadze.	20	przed	—	—	1	—	—	100	40	mętna, zawiera kawałki białka	11°	8°	wyraźny	—	—	58%	wyraźny	
	21	„	—	—	—	1	—	100	130	ciecz mętna z resztkami bułki	30°	23°	„	wyraźny	—	70%	„	
	22	—	15	—	1	—	—	—	60	ciecz mętna	24°	18°	„	—	—	65%	„	
	23	—	15	—	—	1	—	—	40	ciecz z rozmoczoną bułką	62°	42°	„	wyraźny	—	80%	„	
V. T. J., lat 22, służąca N. amb. 231. Hysteria. Uczucie gniecenia w żołądku i odbijania puste. Czynność żołądka prawidłowa. Pod wpływem podawania wody marienbadzkiej wystąpiły nieprzyjemne uczucia w żołądku. Gniecenie się powiększyło. Odbijania trwają.	24	przed	—	—	1	—	—	—	30	mętna z kawałkami białka	25°	12°	wyraźny	—	—	70%	wyraźny	
	25	„	—	—	—	1	—	—	50	miazga rozmoczonej bułki	38°	31°	„	wyraźny	—	80%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera mierną ilość bułki.
	26	—	14	—	—	1	—	100	60	mętna, zawierająca resztki bułki	39°	29°	„	„	—	85%	„	Ciecz przepłuczkowa zawiera mierną ilość bułki.
	27	—	14	—	1	—	—	100	70	mętna	20°	18°	„	—	—	65%	„	

KONKURS.

Gmina miasta Ciężkowice (powiat Grybów) ogłasza konkurs na posadę *lekarza miejskiego* z płacą roczną 200 złr. i poborem wyznaczonym za oględziny bydła rocznie około 120 złr. wynoszącym. Podania opatrzone odpowiednimi alegatami wnosić w Urzędzie miejskim w Ciężkowicach (ad Tarnów) do 28 b. m.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 22 Kwietnia 1899. Nr. 16.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 22 Kwietnia 1899. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych.

Podał
Dr. Władysław Maleszewski,
asystent kliniki.

Wpływ wody karlsbadzkiej gorącej i zimnej na czynność serca tak prawidłowego, jakoteż schorzałego należy jeszcze do tych ciemnych spraw, których balneologia posiada dość pokaźną liczbę. Nie ulega wątpliwości, że najstarsi lekarze, ci, których według naszych dzisiejszych pojęć nauki trudnoby prawie lekarzami nazwać, mieli swoje przekonania o wpływie płynów wprowadzanych wogóle do żołądka na serce prawidłowe i patologiczne, lecz bacząc na to, że ich teorye, choć nieraz może i bardzo trafne, nie były oparte na żadnych ścisłych spostrzeżeniach i doświadczeniach, lecz nieraz li tylko z natchnienia wypowiadane, przeto chcąc przedstawić wyniki mej pracy, nie będę się odwoływał na przestarzałe rozprawy, lecz wezmę pod uwagę tylko ten szereg doświadczeń, które wyszły z rąk poważnych badaczy nowszych czasów, pozostawiając spostrzeżenia dawniejsze tym, którzy się historyą medycyny pragną zajmować.

Żaden może narząd w ustroju ludzkim i zwierzęcym nie ulega tak różnorodnym odmianom w swej czynności, jak narząd krążenia. Każdy ruch człowieka zdrowego, a tembardziej chorego, każda niemal myśl jego znajdzie odpowiedź w czynności serca, w jego ruchach, częstości i nasileniu uderzeń, w stanie naczyń, ciśnieniu krwi i jej szybkości krążenia. Nie zadziwi nas ta niestałość, ta różnorodność objawów serca, jeżeli zważymy, iloma drogami jesteśmy w stanie wpływać na czynność jego, na stan naczyń i jaką potężną ilość przyczyn takich zmian znachodzimy w samym ustroju, lub w jego otoczeniu. Weźmy tylko pod uwagę człowieka pozostającego w spokoju lub biegnącego, śpiącego lub oddającego się ciężkiej umysłowej pracy, siedzącego lub stojącego, na czczo lub po spożyciu pokarmów i badajmy wtedy jego serce, naczynia, a nieraz spotkamy się ze stanem bardzo dalekim na pozór od stanu prawidłowego; a o ileż jeszcze różnorodniejsze objawy się nam przedstawią, spostrzegając w tych samych warunkach człowieka z wadą sercową.

Trzeba zatem przy takich doświadczeniach, jak nad wpływem na serce przyjętych do żołądka płynów o różnej ciepłocie, umieć należycie rozróżniczkować objawy mało znaczące od objawów ważnych, objawy chwilowe od objawów ciągłych, zebrać wyniki poszczególnych doświadczeń w jedną całość, nie będąc pochopnym zaraz do wyprowadzania niezbitych terapeutycznych wniosków.

Wpływ wody zwyczajnej o różnej ciepłocie na krążenie badali Lichtenfels, Fröhlich, Winternitz, Glax, Klemensiewicz i inni. Wyniki ich w zasadzie nie wiele się różnią od siebie, nie dają jednakże zupełnie jasnego pojęcia o sprawie. I tak, chociaż wpływ wody o różnej ciepłocie był ze ścisłością naukową badany, nie brali jednakże autorowie pod uwagę ilości podawanej wody i w jednym szeregu doświadczeń przy poszczególnych badaniach zachodziły znaczne różnice tak co do ciepłoty, jak i co do ilości, wskutek czego wyniki końcowe trudno przypisać już to wpływowi samej ciepłoty, już to większej lub mniejszej ilości podawanej wody. Dopiero w roku 1890 Stricker i Friedrich podjęli na klinice prof. Korany'ego w Peszcie szereg ścisłych doświadczeń nad wpływem wody zwyczajnej o rozmaitej ciepłocie i ilości na serce prawidłowe patologiczne. Wielka ich zasługa, bo rzucili światło na sprawę tak mało dotychczas badaną i znaną. Wyniki tych doświadczeń w streszczeniu są następujące:

Aby przekonać się o wpływie ciepłoty wody jako takiej, autorowie podawali po 200 ctm. sz., uważając tę ilość za zbyt mała, aby mogła w jakikolwiek sposób zaciemnić wyniki w kierunku samej ciepłoty.

Wyniki doświadczeń na ludziach ze zdrowem sercem autorowie zestawiają w następujących punktach:

1) Wpływ wody pod względem ciepłoty występuje zaraz po jej wprowadzeniu do żołądka.

2) Zimna woda zmniejsza ilość skurczów serca i podnosi w większej liczbie przypadków parcie krwi; woda zaś o bardzo nizkiej ciepłocie w niektórych przypadkach obniża ciśnienie.

3) Gorąca woda zwiększa ilość skurczów na minutę i podnosi ciśnienie; letnia zaś (20°—30° C.) przeciętnie ciśnienie obniża.

4) W miarę oziębienia wody opada liczba skurczów serca i parcie ościenne.

5) W miarę ogrzewania wody liczba skurczów i ciśnienie wzrasta.

6) Wpływ wody 16° C. bywa zaledwie minimalny, tak na czynność serca, jakoteż na ciśnienie krwi, przytem krótkotrwały.

7) W miarę oziębiania lub ogrzewania wody *maximum* podniesienia lub obniżenia występuje wcześniej i trwa dłużej.

8) Czas trwania wpływu wody o rozmaitych ciepłotach bywa różny, od 15—20 minut przeciętnie.

Przedewszystkiem starałem się wykazać wpływ wody karlsbadzkiej podanej w małej ilości, o różnej ciepłocie na serce prawidłowe i patologiczne i w tym celu podawałem chorym po 200 ctm. sz. flaszkowej Mühlbrunn t. j. w ilości, która według Strickera i Friedricha jako taka nie

może mieć wybitnego wpływu na serce. Chciałem tym sposobem wykazać wpływ samej ciepłoty i składników zawartych w wodzie, a podanych w tak nieznacznej ilości. Wobec tego miałem na celu sprawdzić, czy wpływ wody karlsbadzkiej i wody zwyczajnej w tej samej ilości i o tej samej ciepłocie różni się między sobą i w jakim stopniu. Chcąc być dokładnym, lecz nie chcąc popaść w bezcelową, a nawet zaciemniającą całą sprawę, drobnostkowość, postanowiłem brać pod uwagę te chwile i te objawy, które napewno tylko zależeć mogły od ciepłoty lub składu chemicznego wody, wykluczając to wszystko, co było pośrednią lub bezpośrednią przyczyną zmian w ciśnieniu, tętnie i t. d., a nie miało związku z wodą karlsbadzką jako taką. Otóż każdy chory na czczo przed doświadczeniem oddawał mocz do osobnego naczynia, przybierał pozycyę siedzącą, poczem w kilkanaście minut dopiero przystępowałem do doświadczenia, a to w tym celu, aby przyśpieszenie liczby tętna wskutek przejścia chorego z łóżka do stolika doświadczalnego nie zaciemniło dalszych wyników podczas samego doświadczenia. Siedzącą pozycyę uważałem za najodpowiedniejszą, chcąc uniknąć przedewszystkiem wpływu nacisku wody w żołądku na przeponę, a również podnoszenia się chorego z pozycyi leżącej podczas picia wody, coby mogło się łatwo odbić na tętnie i ciśnieniu. Tętno było zdejmowane sfygmografem Richardson'a, a ciśnienie obliczane przyrządem Bascha.

Poczem chory dostawał 200 ctm. sz. wody Mühlbrunn o różnej ciepłocie. Uwzględniając przy doświadczeniach zdanie Scheubego i innych, że po każdem jedzeniu lub piciu następuje przyspieszenie tętna, licząc się z zapatrywaniami Kischa, Meltzera, Wertheimera i Meyera, że akt łykania przyśpiesza tętno za pośrednictwem obu nerwów krtaniowych: górnego i dolnego, uwzględniając dalej położenie chorego, jak wyżej powiedziałem, jego spokój fizyczny i umysłowy podczas doświadczenia, przyszedłem do przekonania, że wiele, ale to bardzo wiele wpływów spotkać się musi wśród obserwacyi, wpływów, które mniej lub więcej zaciemnią obraz doświadczenia i że nie pojedyńcze liczby, lecz całość razem wzięta może nam rzucić jasne światło na sprawę. Nie obliczałem przeto z zasady tętna w 15 sekund po przyjęciu wody, jak to czynili Stricker i Friedrich, uważałem to bowiem za bezowocne w wynikach, bo sam akt łykania, przejście wody gorącej lub zimnej przez przełyk, pewnego rodzaju wstręt chorego w pierwszej chwili do wody dla niego niezbyt zazwyczaj smacznej, wszystko to mogło w wielkiej mierze przyczynić się tylko do zagmatwania samego sprawozdania z doświadczeń. Tętno było zdejmowane i ciśnienie mierzone co kilka minut, a chory od czasu do czasu oddawał mocz, którego ilość i ciężar był dokładnie oznaczany i w osobnych szematach zapisywany.

Chcąc jednakże otrzymać zupełnie czyste wyniki wpływu wody karlsbadzkiej o różnej ciepłocie i porównać je z takiemi wynikami z wodą przekroploną, uważałem za stosowne, nie bacząc na obserwacye kliniczne, przeprowadzić szereg doświadczeń na zwierzętach. Nie chcę tu potępiać przyrządu Bascha, który przeważnie takiem uznaniem się cieszy, lecz zaznaczę tylko tę okoliczność, że badając tym przyrządem, a mając do czynienia z małemi tylko zmianami w ciśnieniu, ufać czułości dotykowej swych palców byłoby nieco ryzykowne, chcąc mieć wyniki pewne. Wychodząc z tej zasady, że jeżeli wyniki na ludziach zejdą się w całości z wynikami na zwierzętach kuraryzowanych, to pewność wyników będzie poniekąd większa.

Chcąc następnie mieć różnice (Differenzbestimmung) między ilością przyjmowanych płynów i ilością wydzielanego moczu, ilość płynnych pokarmów, przyjętych przez dobę, jakoteż ilość oddanego moczu była dokładnie odmierzaną. Zmiany w tętnie i w ciśnieniu podczas jednego doświadczenia naprowadzają tylko na pewne przypuszczenia, które dłuższem podawaniem wody sprawdzić należy; dlatego też dążyłem, aby podawaniem wody karlsbadzkiej tak długo, jak długo zazwyczaj trwa tego rodzaju kuracya, a o ile to doświadczenie nie jest połączone z niebezpieczeństwem dla chorego (odstawienie takich leków jak naparstnica, strofant i t. d.), wykazać, czy przy dłuższem używaniu tej wody nawet w przypadkach chorobowych ciężkich nie następuje wogóle jaka obawa ze względu na serce i jakiego rodzaju to niebezpieczeństwo być może.

U wszystkich chorych i zdrowych, użytych do doświadczeń, wpływ 200 ctm. sz. wody karlsbadzkiej o ciepłocie 15° C. lub 16° C. (pokojowej) był zazwyczaj nieznaczny i krótkotrwały; różnice w liczbie tętna, jego wysokości, wielkości fali wstecznej, wzniesieniach elastyczności, parciu krwi i podniesieniu ciepłoty ciała były tylko niewielkie i schodziły się poniekąd prawie zupełnie z wynikami doświadczeń Strickera i Friedricha z wodą zwyczajną, a o tyle tylko były różne, o ile przy jednych i drugich doświadczeniach badani byli rozmaici chorzy, których indywidualność na wyniki bez wpływu pozostawać nie mogła.

Niżej przytoczone krzywe, wykazują dowodnie, jakiej miary były różnice przed i po przyjęciu 200 ctm. sz. wody karlsbadzkiej o ciepłocie 51° C.

Chory B. *(Insuf. bicuspid. et valv. sem. aortae)* (Fig. 1).

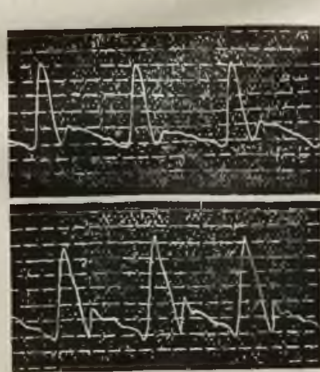


Fig. 1.

Chory G. *(Atherosis arteriarum)*. (Fig. 2).

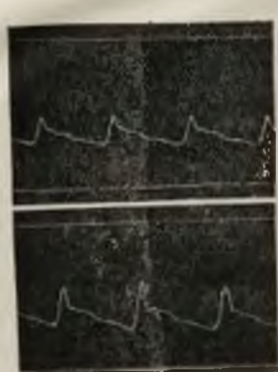


Fig. 2.

Liczba tętna od początku wzrastała, fala tętna stawała się nieco tylko wyższa, wzniesienie wsteczne zwiększało się tylko bardzo nieznacznie; w pierwszych chwilach parcie krwi podnosiło się nieraz o 20 mm. Hg., lecz po chwili opadało, nigdy niżej jak o 10 mm. Hg.

Wody lodowej lub wody o niskiej ciepłocie 4°—6° C. nie uwzględniałem w doświadczeniach, jako nie mającej praktycznego zastosowania w kuracyi karlsbadzkiej.

Wychodząc jednak z założenia pracy, t. j. biorąc sobie za zadanie określenie wpływu wody karlsbadzkiej na serce prawidłowe i patologiczne, musiałem głównie uwzględnić ten wpływ, jaki wywiera większa ilość wody, zwykle stosowana

na miejscu w Karlsbadzie. W 200 ctm. sz. (kubek karlsbadzki) wody karlsbadzkiej ilość soli zawartych jest tak tylko nieznaczna, że *a priori* prawie powiedzieć można, że działanie jej odruchowe na serce mało różnić się może od działania wody zwyczajnej, lub jest zupełnie identyczne. Większe zaś ilości wody karlsbadzkiej, zawierając więcej soli, mogą już naprowadzić na przypuszczenie odmiennego jej działania od wody zwyczajnej. Ponieważ ten ostatni wpływ był przeważnie celem moich badań, przeto podawałem chorym po 1000 ctm. sz. wody karlsbadzkiej (Mühlbrunn), niekiedy tylko po 800 ctm. sz., ulegając prośbom chorego w ciągu 20—40 minut, t. j. w stosunkowo krótkim czasie, w odstępach 10—15 minutowych.

Do doświadczeń użyłem chorych następujących:

A) Zdzisław K., właściciel domu, l. 42; w narządzie krążenia nie okazuje żadnych zboczeń, ogólnie zdrowy.

B) Franciszek O., lat 20. *Insufficientia val. bicuspidalis et valvul. semil. aortae, tachycardia et dyspnoe cardiaca.*

C) Andrzej D., lat 17, wyrobnik. *Epilepsia, stenosis ostii venosi sinistri in ind. cum tumore lienis malarico.*

D) Jan J., lat 24, wyrobnik. *Nephritis interstitialis, rheumatismus chronicus subsq. insuff. bicuspidalis in stadio incompensationis.*

E) Franciszka W., wdowa po obywatelu ziemskim, lat 72. *Atherosis arteriarum et cordis ad val. bicuspidalem. Emphysema pulmonum senile. Nephritis incipiens ex uraciduria et atherosi arteriarum.*

F) Stanisława B., lat 30, przy rodzicach. *Diabetes mellitus.*

G) Józef B., stolarz, lat 70. *Atherosis arteriarum.*

H) Leizor F., lat 35, faktor. *Hemiparesis sin. ex endarteritide prob. luetica subsq. emolitione circumscripta cerebri.*

I) Wawrzyniec B., lat 17, przy rodzicach. *Insuf. valv. bicusp. Cirrhosis hepatis cardiaca.* (C. d. n.)

II. W sprawie dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych.

Podał

Prof. Dr. St. Bądzyński.

Spostrzeżenia, dokonane w Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych przez p. J. Buraczewskiego, asystenta zakładu, iż z 73 prób wina, które w ciągu ubiegłego 1898 roku uległy badaniu, 21 zawierało kwas salicylowy, a szczególnie okoliczność, iż pewien kupiec z miasta Podgórza, oskarżony wskutek doniesienia zakładu o dodawanie do wina kwasu salicylowego, został przez sąd powiatowy w Krakowie uwolniony od odpowiedzialności i to po wysłuchaniu opinii lekarza, który, wnosić możemy, iż zdania naszego o szkodliwości dla zdrowia dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych nie podzielił, zniewala nas do wypowiedzenia się w tej sprawie.

Jeżeli kwas salicylowy używanym bywa jako środek leczniczy, to nie świadczy to wcale, iż jest on dla zdrowia ludzkiego nieszkodliwym, lecz przeciwnie, że przetwór ten nie jest dla ustroju ludzkiego obojętny.

W samej rzeczy kwas salicylowy działa na ustrój ludzki. Działanie to streszcza się w następujących skutkach.

1) W małych dawkach kwas salicylowy obniża ciepłotę ustroju, w większych podnosi ją [1]).

2) Zwiększa siłę skurczów serca, oraz podnosi ciśnienie krwi w tętnicach [2]), a według niektórych autorów [3]) też zwalnia bicie serca.

3) Zwalnia oddechanie [4]).

4) Podnieca mocno (w postaci salicylanu sodowego) wydzielanie żółci [5]).

5) Osłabia w znacznym stopniu i to nawet przy małej zawartości w roztworze (0·1%) działanie enzymów tak *in vitro* [6]), jakoteż *in vivo* [7]), osłabiając trawienie, nadto prawdopodobnie drażni też błonę śluzową przewodu pokarmowego.

6) Podnieca rozkład białka w ustroju [8]).

7) Pobudza wydzielanie moczu [9]).

Że spostrzeżenia te nie są mylne, wnosić można stąd, iż stwierdzone zostały przez wielu badaczy, jak to widać z przytoczonego piśmiennictwa tego przedmiotu.

Te wyniki badań doświadczalnych zresztą uzupełniają i oświetlają spostrzeżenia kliniczne, zwłaszcza te, gdzie zdołano spostrzegać objawy chorobowe, spowodowane zażyciem kwasu salicylowego.

Przy stósowaniu kwasu salicylowego, jakoteż salicylanu sodowego w celach leczniczych spostrzegano w samej rzeczy nawet po dawkach niewielkich (1·5 grm.) pojawianie się osutki, przy równoczesnem podniesieniu ciepłoty ustroju; drobne plamki czerwone, powiększając się, zlewały się ze sobą, tworząc na ciele duże czerwone płaty, a po niejakim czasie ustępowały miejsca bąblom. Zdołałem znaleść w piśmiennictwie opisanych 5 przypadków [10]) podobnego działania związków salicylowych.

Objawów tych niepodobna zaliczyć do kategoryi zjawisk idyosynkrazyi, zwłaszcza iż trudno niedopatrzyć ich powinowactwa z innymi objawami chorobowymi poważniejszej natury, a mianowicie z zakłóceniami w narządzie słuchowym; badania doświadczalne bowiem stwierdziły, iż spostrzegane często przy stósowaniu kwasu salicylowego i znane lekarzom praktykom zjawiska szumu w uszach, mają przyczynę poważną w przekrwieniu jamy bębenkowej i błędnika, oraz zastoju, a nawet wynaczynieniach krwi w tych narządach [11]). A jeżeli jeszcze dodamy, iż spostrzeżono wpływ kwasu salicylowego na ruchy macicy [12]), to będziemy mieli przed sobą szereg różnych wprawdzie objawów klinicznych, mających jednak wspólne źródło w zmianach w naczyniach włoskowatych i wspólną przeto przyczynę w oddziaływaniu kwasu salicylowego na obieg krwi, a w szczególności na ośrodki naczynioruchowe.

Spostrzeżenie dokonane w pracowni, iż kwas salicylowy wpływa ujemnie na trawienie, znalazło też swój wyraz w spostrzeżeniach klinicznych; wiadomo bowiem, iż przetwór ten, stósowany jako środek leczniczy, po dłuższem zażywaniu sprowadza zmniejszenie łaknienia i skłonność do zaburzeń czynności w przewodzie pokarmowym.

Kwas salicylowy znalazł zastósowanie do konserwowania środków spożywczych dla swej własności powstrzymywania rozwoju drobnoustrojów. Z doświadczeń wykonanych przez wielu badaczy wynika, że dopiero zawartość 0·1—0·2% kwasu salicylowego jest w stanie skutecznie przeszkadzać rozwojowi drobnoustrojów, że przeto dodawanie kwasu salicylowego do wina lub piwa w mniejszej ilości jest bezcelowe, bo oczekiwanego skutku nie osiąga. A któż zaręczy wreszcie, że han-

dlarz wina, widząc raz bezskuteczność zaprawy wina małą ilością kwasu salicylowego, nie doda w innym wypadku dwu- i trzykrotnej ilości?

Ale nawet i ta przytoczona ilość kwasu salicylowego w winie nie jest bagatelką: wszak przy wypijaniu większej ilości tego napoju przy wspomnianej zawartości kwasu salicylowego zdarzyć się może łatwo, iż ktoś będzie nieświadomie zażywał dawki 0·5—1 grm. tego związku i to dlatego tylko, że niedołężny partacz, handlujący winem, nie potrafi obchodzić się z swoim towarem i brak umiejętności, dbałości i czystości usiłuje zastąpić wątpliwym zabiegiem. Bo niewątpliwem jest, że przy umiejętnem i starannem obchodzeniu się każdy gatunek wina daje się przechowywać przez lat wiele, nie ulegając kiśnieniu octowemu.

W zapatrywaniu naszem, iż dodawanie kwasu salicylowego do środków spożywczych jest dla zdrowia conajmniej wątpliwem, nie jesteśmy zresztą odosobnieni.

W r. 1887 Akademia nauk lekarskich w Paryżu orzekła, iż dodawanie kwasu salicylowego do środków spożywczych winno być wzbronione, a to z powodu, iż konserwowanie zapomocą kwasu salicylowego wywołało niejednokrotnie nieszczęśliwe wypadki, że wreszcie doświadczenie lekarskie stwierdziło, iż spożywanie częste nawet małych dawek tego związku może spowodować uszkodzenie zdrowia, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku, lub osób, u których czy to czynności nerek są zakłócone, czy to narządy trawienia nie funkcyonują należycie. Wskutek tego orzeczenia francuskie ministerstwo spraw wewnętrznych zakazało przewozu przez granice Francyi środków spożywczych, zawierających kwas salicylowy.

W tym czasie wydał podobne rozporządzenie też rząd szwajcarski.

Tegoż 1887 roku Rada sanitarna miasta Medyolanu również zakazała dowozu do tego miasta środków spożywczych, zaprawionych kwasem salicylowym, uzasadniając ten zakaz powyżej wspomnianymi względami.

W r. 1888 za zakazem dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych oświadczyła się również komisya, której rząd holenderski polecił zbadanie tej sprawy.

Podobne stanowisko zajął wkrótce w tej sprawie i rząd niemiecki; ustawa bowiem państwowa niemiecka z d. 20-go kwietnia 1892 r. wzbroniła dodawania kwasu salicylowego do wina, oraz innych napojów.

W państwie austryackiem niema wprawdzie ustawy ani rozporządzenia ministeryalnego, któreby wzbraniało dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych; za miarodajną jednak należy uważać uchwałę najwyższej Rady zdrowia, która na posiedzeniu z dnia 1 lipca 1889 r. zaleciła wzbronienie dodawania tego przetworu do środków spożywczych, a to w myśl orzeczenia wydziału lekarskiego uniwersytetu wiedeńskiego (z r. 1885).

Jeżeli zabieramy głos w sprawie konserwowania środków spożywczych zapomocą kwasu salicylowego, to z powodu, że jestto sprawa dla zakładu naszego zasadniczej wagi, a to dlatego, że tolerowanie dodawania tego związku do wina przesądzi w rozstrzyganiu wszelkich spraw o zafałszowanie wina i uczyni nam niemożliwem zwalczanie tak rozpowszechnionego w kraju fałszowania tego napoju. A jeżeli czynimy to na tem miejscu, to dlatego, że radzibyśmy, by różnice zapatrywań tak w tej, jak wogóle w podobnych sprawach wyjaśniały się na drodze wymiany zdań przed forum kompetentnem i nie dawały okazyi — choć wierzymy, że nieświadomie — do szerzenia wątpliwości, z których tylko *tertius gaudens*, fałszujący ze szkodą zdrowia publicznego, korzyść wynieść może.

Literatura.

1) Chisone und Petrucci: Jahresber. über die Fortschr. d. Thiercb. IX 711.
2) E. Maragliano: Centrbl. f. medic. Wiss. 1882 str. 865.
3) Chisone und Petrucci loco citato.
4) Chisone und Petrucci l. c.; Ch. Livon: Comptes rend. 90 str. 321.
5) Lewaschew: Zeitschr. f. klin. Med. 7 oraz 8 str. 48.
6) Feser und Friedberger J. d. Thierch. V 290; Stenberg: J. d. Thierch. V str. 292 (1895). Emil Schütz: Prager med. Woch. 1885 streszcz. w. J. d. Thierch. XV str. 272.
7) Stan. Klikowicz. Virchow's Archiv. 102 str. 360.
8) Wolfsohn: Inauguraldissertation Königsberg; Carl Virchow: Zeitschr. f. physiol. Ph. 6 str. 78; E. G. Salomé: Wiener med. Jahrb. 1885 str. 463.
9) A. Huber: Deutsch. Arch. f. klin. Med. str. 129 (1888).
10) W. Erb: Berl. klin. Woch. 1884 N. 29; Siegfr. Rosenberg: Deutsche med. Woch. 1886 N. 33, streszczenie w Centrlbl. für med. Wiss. 1888 str. 224; Barron: Lancet 1890 May 31 streszcz. w Centrlbl. f. med. Wiss. 1890 str. 576; E. Beier: Arch. f. Dermatol. und Syphilidol. XXVIII str. 125 streszcz. w C. f. med. W. 1895 str. 43.
11) Kirchner: Berl. klin. Woch 1881; Kirchner: Monatsch. für Ohrenheilk. 1883 N. 5 streszcz. w Centrbl. f. med. Wiss. 1883 str. 665; Schwabach: Deutsch. med. Woch. 1884 N. 11.
12) Linhardt: Wiener med. Presse streszcz. w Centrbl. für med. Wiss. 1890 str. 112.

III. Rzut oka na rozwój i obecny stan leczenia operacyjnego mięśniowłókniaków macicy.

Podał
Dr. A. Sołowij.

(Wykład miany na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 17 marca 1899).

Stosunkowo tylko niewielka ilość mięśniowłókniaków macicy wymaga leczenia operacyjnego. (Np. Schröder na 800 przypadków operował 120 razy = 15%, Boldt na 320 przypadków 57 razy = 14·45%, Olshausen na 200 przypadków 33 razy = 16·5%).

Nie należy jednak tak długo zwlekać z operacyą, aż ciągłe krwotoki sprowadzą wysokiego stopnia niedokrewność i stłuszczenie serca, lecz przystąpić do operacyi, jeżeli mięśniowłókniaki macicy szybko rosną, wywołują bardzo silne krwotoki i dolegliwości, i jeżeli wystąpią objawy uwięźnięcia lub złośliwego zwyrodnienia z tym dodatkiem, że u osobników młodych o wiele prędzej decydujemy się na operacyę, niż u osób, co przekroczyły czterdzieści lat życia.

Metody leczenia operacyjnego mięśniowłókniaków macicy doznały w ostatnich latach tak wielkiego udoskonalenia, że dzisiaj niebezpieczeństwo myomohisterektomii nie o wiele jest większem od przeciętnej owaryotomii, podczas gdy śmiertelność przed 15 jeszcze laty wynosiła około 30%. Ten olbrzymi postęp zawdzięczamy aseptyce i udoskonalonej technice operacyjnej.

Operacya przez pochwę przedstawia wogóle mniejsze niebezpieczeństwo, niż laparotomia, która pomimo najlepszego szwu pozostawia bliznę, usposabiającą do przepukliny. Dlatego musimy nazwać zupełnie usprawiedliwionem dążenie do operowania jak największej liczby mięśniowłókniaków macicy przez pochwę. Pod tym względem jednak powinniśmy się trzymać pewnych granic, i guzy większe od główki płodu nowonarodzonego operować tylko zapomocą laparotomii; w przeciwnym razie staje się operacya przez pochwę nader trudną, trwa długo i może być połączoną z tak wielką utratą krwi, że przewyższa niebezpieczeństwa laparotomii.

Pojedyncze lub tylko nieliczne mięśniowłókniaki podśluzowe macicy udaje nam się często wyłuszczyć z zachowaniem macicy. Otworzywszy przednie lub tylne sklepienie pochwy, oddzieliwszy szyję macicy i przeciąwszy ją podłużnie, możemy stosunkowo łatwo wydobyć nawet duże mięśniowłókniaki z wnętrza macicy. Następnie zeszywamy szyję macicy (względnie także otrzewnę, jeźli została otwartą) i sklepienie pochwy. Gdzie jednak jest dużo mięśniowłókniaków podśluzowych, trudno dostępnych, tam wykonamy wycięcie macicy całkowite. Historya techniki wycięcia całkowitego macicy przez pochwę wykazuje, że najlepszą metodą jest ta, która polega na umocowaniu kikutów jedwabiem podwiązanych zewnątrz jamy otrzewnowej, zatem w pochwie. W tym kierunku położyli największe zasługi Kaltenbach, Leopold, Hegar, Brennecke, Ott, Schauta i inni. Gdzie jednak założenie podwiązek sprawia trudności, tam oddają klamry znakomite usługi. Jest to niezaprzeczoną zasługą Péana (1), a dopiero potem Richelota (2), Segonda (3) i Doyena (4), że technikę wycięcia całkowitego macicy przez pochwę znakomicie udoskonalili, jakkolwiek podnieść nam wypada, że pierwszym, który klamry (pinces hémostatiques) zalecał, był Spencer Wells jeszcze przed r. 1885 Podstawą zaś rozkawałkowania (morcellement) guza macicy, zalecanego przez Péana, była niezawodnie myśl P. Müllera, który w celu ułatwienia trudnych całkowitych wycięć macicy zrakowaciałej przez pochwę zalecił podłużne przepołowienie macicy. Zapomocą rozkawałkowania (morcellement) możemy wydalić przez pochwę nawet bardzo duże guzy, w czem klamry znakomicie operacyą ułatwiają tam, gdzie założenie podwiązek jedwabnych nieraz dla braku miejsca wręcz jest niemożliwem. Dowodem tego także doskonałe wyniki Ziembickiego (5), który wśród polskich autorów pierwszy metodę t. z. francuską wycinania macicy przez pochwę także przy dużych mięśniowłókniakach macicy gorąco polecał.

Przechodząc do laporotomii wypada nam przedewszystkiem omówić te mięśniowłókniaki macicy, które są usadowione podotrzewnowo. Są to najkorzystniejsze przypadki. Jeżeli jest szypuła, łatwo ją podwiązać i guz amputować. Gdzie niema szypuły, tam przecinamy otrzewnę pokrywającą mięśniowłókniaki i wyłuszczamy, zakładając szybko szereg szwów węzełkowych w celu tamowania często silnego krwotoku. Założenie gumowej podwiązki na szyję macicy dozwala wykonać ten zabieg zupełnie bezkrwawo.

Wyłuszczenie mięśniowłókniaków podotrzewnowych z macicy jest idealnem postępowaniem, gdyż pozostawia macicę zdolną do funkcyi, daje się jednak zastósować tylko w stosunkowo małej liczbie przypadków, gdyż rzadko tylko możemy być pewni, że oprócz wyłuszczonych niema drobnych mięśniowłókniaków ukrytych w macicy. Wyłuszczenie mięśniowłókniaków śródściennych jest już o wiele trudniejsze i często połączone z bardzo silnym krwotokiem. Odpowiednio temu są też wyniki co do śmiertelności po operacyi gorsze, a możność utrzymania macicy zdolnej do funkcyi bardzo niepewna tak, że mięśniowłókniaki śródścienne tylko bardzo wyjątkowo do wyłuszczenia się nadają. Olshausen (6) na 38 wyłuszczeń mięśniowłókniaków śródściennych stracił 3 operowane = 7·9%. Jeszcze gorsze są np. wyniki A. Martina (7), który na 96 wyłuszczeń mięśniowłókniaków stracił 18 operowanych = 18·75%. Ogólna statystyka wyłuszczeń mięśniowłókniaków śródściennych wykazuje na 177 przypadków 13% śmiertelności Wynik z wielu względów bardzo niekorzystny.

Albert i Obaliński (8) postępowali przy wyłuszczeniu mięśniowłókniaków macicy nieco odmiennie i zeszywali brzegi ramy macicy z otrzewną ścienną. Postępowanie takie ma tę wadę, że daje się tylko wtedy zastósować, gdy wyłuszczenie nastąpiło w przedniej ścianie macicy i mieści w sobie równocześnie wady postępowania zewnątrzotrzewnowego.

Zważywszy, że zwrot płciowy (climacterium) zwykle tamuje wzrost mięśniowłokniaków macicy, proponowali Trenholme (9) i Hegar (10) trzebienie jajników, w celu przyspieszenia zwrotu. Rozumowanie to było całkiem słuszne, lecz w praktyce bardzo często zawodziło. Niekiedy krwotoki wcale się nie zmniejszały po trzebieniu jajników. Ogólna statystyka śmiertelności po trzebieniach jajników przy mięśniowłókniakach macicy wynosi na 573 operowanych 8·4%.

Wychodząc z tego zapatrywania, że trzebienie jajników dlatego wzrost mięśniowłókniaków macicy tamuje, ponieważ równocześnie główne naczynia, doprowadzające krew do macicy, zostają podwiązane, zalecali Rydygier (11), Hofmeier (12), także Küstner, Gottschalk, Franklin, Martin i inni systematyczne podwiązanie naczyń w tym celu, by sprowadzić zanik mięśniowłókniaków. Wynik podwiązania był bardzo wątpliwy: wzrost mięśniowłókniaków, względnie krwotoki, ustawały najczęściej jednak tylko na czas krótki.

Wobec tego stanu rzeczy tylko amputacya macicy powyżej sklepienia pochwy i całkowite wycięcie macicy przedstawiają się jako pewny zabieg operacyjny. Koeberle był pierwszym (1863), który zaczął wykonywać systematycznie myotomią, operując z początku według metody zewnątrzotrzewnowej. W roku 1876 polecił Kleberg (13) elastyczną podwiązkę i on pierwszy zapuścił kikut do jamy otrzewnowej, końce jednak podwiązki w dolnym kącie rany brzusznej od zewnątrz umocował. Polecenie zaś przez Schrödera metody śródotrzewnowej (1876) stanowiło dalszą epokę. Z początku używał on podwiązki elastycznej Kleberga, później zaczął podwiązywać główne naczynia, przez co zaznaczył wielki postęp. Myomohisterektomia przechodziła zatem podobne koleje, co owaryotomia, przy której traktowano kikut z początku także zewnątrzotrzewnowo. Drogę pośrednią między obydwiema metodami stanowiła metoda Wölflera (14) i Hackera (15), polegająca na zeszyciu brzegu otrzewnej kikuta z otrzewną ścienną dolnego kąta rany brzusznej. Kikut był więc do jamy brzusznej zapuszczony, z otrzewną ściany brzusznej zeszyty, podczas gdy sączek wydzielinę na zewnątrz odprowadzał. Tutaj wypada także wspomnieć o metodzie umocowania kikuta w pochwie w tylnem (Meinert) lub przedniem sklepieniu (Byfford). Metoda zewnątrzotrzewnowa znalazła najznamienitszych przedstawicieli w Hegarze, Kaltenbachu i Schaucie, podczas gdy metodę śródotrzewnową Schröder, Hofmeier, Olshausen, Martin i Brennecke najskuteczniej rozpowszechniali i wydoskonalili. Metoda zewnątrzotrzewnowa dawała stanowczo lepsze wyniki, wymagała jednak dłuższego leczenia i zostawiała szpetną bliznę, usposabiającą do przepukliny, podczas gdy metoda śródotrzewnowa, jako *a priori* postępowanie doskonalsze się przedstawiała, a tylko to jej można było zarzucić, że gorsze dawała wyniki *quoad vitam*. Jasnem jednak być musiało, że stosunek ten z biegiem czasu zmienić się musi. Udoskonalająca się ciągle technika i aseptyka dokonały tego przewrotu. Tak powstała i zajęła dzisiaj stanowisko panujące, jako udoskonalenie metody Schrödera, tak zwana pozaotrzewnowa (retroperitonealna) metoda, około której położyli największe zasługi Chrobak, Zweifel i Hofmeier. Równocześnie z nią zostało znakomicie udoskonalonem wycięcie całkowite macicy *per laparotomiam* pod wpływem usiłowań Bardenheuera, Trendelenburga, A. Martina, Chrobaka, Fritscha, Schauty, Doyena, Küstnera, Snegireffa, Bumma i innych.

Podnoszę tylko najważniejsze cechy głównych metod operacyjnych.

Metoda zewnątrzotrzewnowa, tak jak ją Hegar (16) i Schauta (17) wydoskonalili, polega na następujących zasadach: Wytoczenie guza, założenie sprężystej podwiązki naokoło szyi macicy nieco poniżej miejsca, w którem amputować chcemy, przeprowadzenie przez kikut powyżej podwiązki 1—2 kolców, zawieszających kikut, następnie zeszycie otrzewnej szyi macicy poniżej podwiązki elastycznej dokoła z otrzewną ścienną w dolnym kącie rany brzusznej, założenie podwiązek jedwabnych na głównych naczyniach tuż

nad podwiązką elastyczną, amputacya macicy, szew po włok brzusznych. Po 10 dniach odcięcie zmartwiałej części kikuta ponad podwiązką elastyczną. Zaletą tej metody jest możebnie mała utrata krwi i krótkość trwania operacyi (około pół godziny). Z tego powodu nadaje się metoda zewnątrzotrzewnowa szczególnie dla chorych bardzo osłabionych lub wiekowych, jej zaś wadą jest długie leczenie po operacyi (gojenie trwa po odpadnięciu szypuły około 6 tygodni) i szeroka blizna w dolnej części rany brzusznej, usposabiająca do wytworzenia się przepukliny. Wyniki metody zewnątrzotrzewnowej wynosiły do r. 1891, według Hofmeiera (18), 15% śmiertelności, a w późniejszych latach uległy dalszej poprawie (np. Schauta, (19) wykazuje na 65 operacyj tylko 6·1% zgonów).

Metoda śródotrzewnowa przedstawia się według Schrödera (20) w sposób następujący: Wytoczenie guza, podwójne podwiązanie więzów szerokich i przecięcie między podwiązkami aż do szyi macicy, osobne podwiązanie większych naczyń, założenie prowizorycznej podwiązki na szyję macicy, amputacya macicy, wytarcie przekroju kikuta 10% wyskokowym roztworem kwasu karbolowego i zeszycie szwem trzypiętrowym, mianowicie osobno błonę śluzową szyi, mięsień i otrzewnę. Brennecke doprowadził jeszcze do większej doskonałości szew kikuta, mimo tej dokładności jednak dawała metoda śródotrzewnowa znacznie gorsze wyniki, niż metoda zewnątrzotrzewnowa. Według Hofmeiera wynosiła śmiertelnoć metody śródotrzewnowej do r. 1891 28%, zatem prawie dwa razy tyle, co śmiertelność metody zewnątrzotrzewnowej.

Następstwem tego były ciągłe niestrudzone usiłowania zwolenników metody śródotrzewnowej w kierunku udoskonalenia szwu kikuta. Owocem tych usiłowań było użycie płatów otrzewnowych macicy w celu jak najdokładniejszego pokrycia kikuta i jak najprędszego zabezpieczenia jamy brzusznej przed niebezpieczeństwem zakażenia za pośrednictwem kikuta. Trudno rozstrzygnąć, który z operatorów pierwszy płatami otrzewnowymi kikut pokrywał; nie ulega jednak wątpliwości, że Chrobak największe zasługi położył, gdyż tę metodę operacyjną najbardziej udoskonalił i dał jej nazwę „zaotrzewnowej“ (retroperitonealnej). Obok niego musimy tutaj wymienić z uznaniem Zweifla, Hofmeiera i Olshausena, a z polskich chirurgów Rydygiera (21).

Chrobak (22) opisał w r. 1891 poraz pierwszy swoją metodę (retroperitonealną) w sposób następujący: wytoczenie guza, podwójne podwiązanie więzów szerokich, przecięcie ich między podwiązkami, oddzielenie dwóch płatów otrzewnowych, z których przedni ma być większy, niż tylny, podwiązanie tętnic macicznych, amputacya, wypalenie żegadłem Paquelina kanału szyi w kikucie, przeprowadzenie knota jodoformowego przez kikut do pochwy, zeszycie płatów otrzewnej. Według tej metody stracił Chrobak do końca r. 1894 na 42 operacyj tylko 2 operowane = 4.75%. Erlach (23) osiągnął jeszcze lepsze wyniki, gdyż stracił na 69 operowanych tylko 2 = 2.9%!

Niezawisłe od Chrobaka wytworzył Olshausen (24) zupełnie analogiczną metodę, która tem tylko się różni, że Olshausen, opierając się na niewątpliwych badaniach bakteryologicznych Mengego, dowodzących nieszkodliwości wydzieliny szyi macicy, kikuta nie wypala i nie sączkuje. Według tej metody operował Olshausen od r. 1892—1896 100 razy i stracił tylko 6 operowanych = 6%.

Zweifel (25) oddziela tylko jeden płat otrzewnej od przodu, następnie podwiązuje szyję macicy w kilku partyach („Partienligatur“), amputuje macicę i przyszywa brzeg płatu otrzewnej poniżej podwiązek z tyłu do otrzewnej kikuta. W ten sposób operował Zweifel 122 razy i stracił tylko 5 operowanych = 4.09%.

Podobnie, jak przeważna liczba ginekologów, operowałem z początku według metody zewnątrz-otrzewnowej. Pod wpływem coraz większego udoskonalenia metody śródotrzewnowej przeszedłem od lat kilku do metody zaotrzewnowej (retroperitonealnej) Chrobaka, a w ostatnim roku operowałem 5 razy szczęśliwie według metody Olshausena. Ta ostatnia metoda jest niezawodnie wyrazem największego udoskonalenia i uproszczenia naszej dzisiejszej techniki operacyjnej.

Resztę mało znaczących zmian metody śródotrzewnowej pomijam; nie wypada mi jednak przemilczeć, że już niekiedy przedtem dawniejsze metody prymitywne wyjątkowo świetne wyniki dawały. Dowiódł tego Treub (26), który kikut podwiązką gumową zaopatrzony i jodoformem zasypany zapuszczał do jamy brzusznej, a na 100 operowanych tylko 7 = 7% stracił.

Od czasu gdy Bardenheuer w r. 1881 wykonał całkowite wycięcie macicy mięśniowłókniakowej *per laparotomiam*, datuje się coraz częstsze używanie tej operacyi i jakkolwiek wyniki na razie wiele jeszcze do życzenia pozostawiały (np. A. Martin stracił na pierwszych 43 operowanych 13 = 30.23%), to jednak ciągły postęp był widocznym. Ulepszenie techniki operacyjnej polegało, podobnie jak przy amputacyi macicy, na oddzieleniu płatów otrzewnej z przodu i z tyłu macicy w celu szybkiego zupełnego zamknięcia jamy otrzewnej. Po oddzieleniu płatów otrzewnej przeważna liczba operatorów otwiera tylne sklepienie pochwy i, zakładając dokoła sklepienia podwiązki jedną przy drugiej, wycina macicę. Oddzielenie płatów otrzewnej poprzedza podwiązanie podwójne więzów szerokich, względnie osobne podwiązanie głównych naczyń. W ten sposób polepszyły się w ostatnich latach znakomicie wyniki wycięcia całkowitego macicy zapomocą laparotomii. A. Martin stracił na 90 dalszych operacyj 6 operowanych = 6.7%, Bumm (27) na 50 operacyj 1 operowaną = 2%. By ułatwić wyłuszczenie szyi macicy ze sklepienia pochwy, radzi Rydygier zacząć operacyę przez pochwę okrojeniem części pochwowej i oddzieleniem szyi na tępo. Sposób ten nadaje się przedewszystkiem dla tych dużych mięśniowłókniaków macicy, gdzie występuje równocześnie rak części pochwowej. Tutaj pozwoliłbym sobie własną małą modyfikacyę:

Ponieważ pochwa jest trudną do oczyszczenia i w każdym razie pewne niebezpieczeństwo ze względu na aseptykę laparotomii przedstawia, więc radziłbym, jako wstępny akt wycięcia całkowitego macicy zapomocą laparotomii, okroić, według Rydygiera, część pochwową, oddzielić szyję macicy na tępo, amputować część pochwową, wypalić żegadłem Paquelina, zeszyć sklepienie pochwy kilkoma szwami węzełkowymi i dokończyć wycięcia macicy zapomocą laparotomii, nie stykając się już zupełnie więcej z pochwą.

Porównując metodę pozaotrzewnową (retroperitonealną) amputacyi macicy z wycięciem jej całkowitem zapomocą laparotomii, musimy podnieść, że pierwsza trwa króciej i nie wymaga otwarcia pochwy, trudnej do oczyszczenia, jej zaś wadą jest możność wystąpienia raka części pochwowej w późniejszym czasie po operacyi. Chrobak (28) wspomina trzy takie przypadki, Jacobs dwa, Savor (29), Hacker, Erlach i Kauffmann (30) po jednym.

O ile zestawienie liczbowe większej ilości operacyj dać może wogóle wierny obraz wartości poszczególnych metod operacyjnych, podnieść należy, że wyniki myomohisterektomii pozaotrzewnowej są lepsze od wyników wycięcia macicy całkowitego *per laparotomiam*. Olshausen (31) wykazuje dla mięśniowłókniaków macicy na 520 całkowitych wycięć macicy *per laparotomiam* 9·6% zgonów, podczas gdy na 806 myomohisterektomii pozaotrzewnowej wypada według tego samego autora tylko 5·6% śmiertelności.

Trzymając się zatem jedynie słusznej zasady indywidualizowania poszczególnych przypadków, streszczam krótko

w następujący sposób moje zapatrywania na wybór metody operacyjnej przy mięśniowłókniakach macicy:

1. Mięśniowłókniaki podsurowicze macicy powinniśmy wyłuszczać, względnie amputować, zapomocą laparotomii pod warunkiem, jeżeli możemy być pewnymi, że zresztą w macicy niema więcej mięśniowłókniaków.

2. Pojedyncze lub nieliczne, lecz łatwo dostępne mięśniowłókniaki podśluzowe macicy należy wyłuszczać z wnętrza macicy, ile możności utrzymując takową

3. Mięśniowłókniaki macicy mniejsze od główki płodu nowonarodzonego nadają się do całkowitego wycięcia macicy przez pochwę.

4. Mięśniowłókniaki macicy większe od główki płodu nowonarodzonego najlepiej operować zapomocą amputacyi macicy tuż nad sklepieniem pochwy (myomohisterektomia retroperitonealis).

5. Mięśniowłókniaki macicy większe od główki płodu nowonarodzonego, nizko w szyi, względnie w części pochwowej macicy, usadowione, lub przy równoczesnem zwyrodnieniu rakowatem części pochwowej, wymagają całkowitego wycięcia macicy zapomocą laparotomii. (Przy zwyrodnieniu rakowatem części pochwowej najpierw część pochwowa przez pochwę, a potem reszta macicy zapomocą laparotomii).

6. Chore bardzo osłabione lub w wieku podeszłym będące najlepiej operować według metody zewnątrzotrzewnowej ze względu na najmniejszą utratę krwi i krótkość operacyi.

Piśmiennictwo.

1. Péan. Kolpomyomotomie. (*Gaz. des hôpitaux*, 1886, Nr. 56, Nr. 119. — Tenże. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Tom IV. Paryż. 1895. — 2. Richelot. Six nouvelles hystérectomies vaginales. (*Union med.*, 1887). — 3. Segond. Des plus gros fibromes justiciables de l'hysterectomie vaginale. (*Ann. de Gyn. vol.* XLIV). — 4. Doyen. Modifications de l'hystérectomie abdominale et vaginale. (*Ann. soc. de med. d. Anvers. vol.* LXVI). — 5. Ziembicki. »O francuskiej metodzie wycinania macicy przez pochwę«. Kraków, 1896. — 6. Handbuch der Gynaekologie von J. Veit, 1897. — 7. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie XX. — 8. Pamiętnik VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów, 1895. — 9. Am. J. of. Obst. Bd. IX. 1876. — 10. Die Kastration der Frauen. Leipzig, 1878. (*Volkmanns klin. Vorträge*, Nr. 136—138). — 11. Wiener klinische Wochenschrift, 1890, Nr. 10. — 12. Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynaekologie. Bonn, 1891. — 13. St. Petersburger med. Wochenschrift XXVI, 1877, Nr. 1 u. 2. — 14. Wiener med. Wochenschrift, 1885, Nr. 35. — 15. Wiener med. Wochenschrift 1885, Nr. 48. 16. Hegar und Kaltenbach. Operative Gynaekologie. 6 Aufl., 1886. — 17. Schauta. Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. — 18. C. Schroeder. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 12 Aufl., herausgegeben von M. Hofmeier. — 19 Herzfeld. Klinischer Bericht über tausend Bauchhöhlenoperationen, 1895 (Klinik Schauta). — 20. Naturforscherversammlung Cassel, 1878, Baden-Baden, 1879, Salzburg, 1881. — 21. Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów, 1895. — 22. Centralblatt f. Gynaekologie, 1891, Nr. 35. — 23. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie VI. — 24. Handbuch der Gynaekologie von J. Veit. 25. Centralblatt f. Gynaekologie, 1894, Nr. 14. — 26. Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie. Bd. I. Heft 3, 1895. — 27. Centralblatt f. Gynaekologie, 1898, Nr. 11. — 28. Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie, 1896, Bd. III. Heft 3. — 29. Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung am 14 Juni, 1898. — 30. Virchow's Archiv Bd. CLIV. Heft 1. — 31. Handb. der Gynaekologie von J. Veit.

IV. Oceny i sprawozdania.

S. Orłowski: **Syfilis rdzenia**. (*Monografia.* Warszawa, 1898 — 340 stronic i 4 tablice litogr.).

Autor wzbogacił piśmiennictwo lekarskie polskie nader cenną monografią o kile rdzenia, opracowawszy ten przedmiot starannie, treściwie i wyczerpująco na podstawie pokaźnej liczby (60) dokładnych spostrzeżeń klinicznych, bądźto własnych (26), bądź też poczynionych w klinice chorób nerwowych prof. Kożewnikowa w Moskwie (44).

Po wstępie, przedstawiającym ogólny rys historyczny rozwoju nauki o kile układu nerwowego, znajdujemy szczegółowy opis czterech przypadków kiły rdzenia pacierzowego, w których autor przeprowadził bardzo staranne badania drobnowidowe. W pierwszym przypadku, w 13 miesięcy po zakażeniu kiłowem, rozwinęło się w ciągu jednego tygodnia zupełne porażenie ruchu i czucia w obu odnogach dolnych, oraz niedowład pęcherza. Jakkolwiek po tygodniu nastąpiło wybitne polepszenie, to jednak już po 3 miesiącach pojawiło się ponowne zupełne porażenie odnóg dolnych. Mimo swoistego leczenia stan chorego pogarszał się z małemi wahaniami prawie stale tak, że chory po kilku miesiącach, wśród objawów posocznicy, która z przyczyny odleżyn wystąpiła, życie zakończył. Sekcya stwierdziła znaczne rozmiękczenie w dolnej części piersiowej rdzenia pacierzowego, badanie zaś histologiczne wykazało, że przedewszystkiem żyły na całej długości rdzenia pacierzowego *(venae spinales ant. et poster., v. radiculares ant. et post.)* uległy zmianom zapalnym, które doprowadziły aż do zupełnej niedrożności wielu żył *(Phlebitis obliterans)*. Natomiast tętnice rdzeniowe przedstawiały tylko nieznaczne zmiany *(Periarteriitis)*. Sznury tylne i boczne uległy rozmiękknieniu rozlanemu, a w istocie szarej napotkano wybroczyny, przekrwienie i zanik komórek nerwowych. Nadto zauważono zwyrodnienia wtórorzędne wstępujące i zstępujące. W drugim przypadku pojawiło się w 22 miesięcy po zakażeniu kiłowem utrudnione oddawanie moczu, później osłabienie nóg, stopniowo postępujące aż do zupełnego porażenia poprzecznego ze zniesieniem odruchu kolanowego najprzód po prawej, a następnie po lewej stronie. Po roku wystąpiło zapalenie ropne dróg moczowych, a w 4 miesiące później śmierć. Sekcya stwierdziła nieznaczne zmętnienie i zgrubienie opon miękkich w części piersiowej rdzenia. W żyłach wzdłuż całego rdzenia były zmiany wybitne *(Phlebitis obliterans)*, w tętnicach tylko nieznaczne zgrubienia błony zewnętrznej. W wysokości 8-go i 9-go korzenia piersiowego zupełne zniszczenie sznurów tylnych, prawego rogu tylnego i większej części sznurów bocznych, a w istocie szarej zniszczenie prawie wszystkich komórek zwojowych, obfity naciek drobnokomórkowy i wiele nowowytworzonych naczyń; wreszcie zwyrodnienie wtórzędne, oraz zanik korzeni nerwowych w dolnej części piersiowej. Spostrzeżenie trzecie dotyczy mężczyzny 45-letniego, który w 8 lat po zakażeniu kiłowem zauważył osłabienie nóg i czynności płciowej. Po krótkiem polepszeniu rozwinęło się w przeciągu kilku dni zupełne porażenie odnóg dolnych z zupełnem zniesieniem odczuwania bólu i ciepłoty przy nienaruszonem czuciu dotykowem, oraz porażenie pęcherza i odbytnicy. W miesiąc później nastąpiła śmierć nagła wśród objawów porażenia serca. Wynik sekcyi i badania drobnowidowego: obrzęk i przekrwienie żylne mózgu; dwa kilaki w części piersiowej rdzenia pacierzowego, a mianowicie: jeden w oponie twardej między piątym a szóstym korzeniem piersiowym po stronie prawej, drugi zaś w przedniej połowie istoty rdzenia, między 6-tym a 8-mym korzeniem piersiowym po stronie lewej; w tętnicy kręgowej wybitna *endoarteriitis*. Spostrzeżenie czwarte odnosi się do 30-letniej kobiety, której mąż przebywał niewątpliwie kiłę. Choroba rdzenia pacierzowego rozpoczęła się u chorej osłabieniem nóg i utrudnionem oddawaniem moczu. Objawy te spotęgowały się w ciągu miesiąca do zupełnego porażenia odnóg dolnych.

Jakkolwiek po 7 miesiącach pojawiła się wybitna poprawa zwłaszcza w zakresie czucia, to jednak chora zakończyła życie z powodu gruźlicy płuc. Sekcya stwierdziła istnienie kilaka w przewodzie kręgowym pomiędzy okostną i oponą twardą rdzenia w wysokości 3-go, 4-go i 5-go korzenia piersiowego, a nadto w rdzeniu pacierzowym w wysokości 4-go korzenia piersiowego zmiany rozlane przeważnie w sznurach tylnych i bocznych, oraz znaczne przekrwienie szarej i białej istoty rdzenia i zanik wielu komórek nerwowych. W naczyniach żylnych zmiany nie były tak wybitne jak w poprzednich przypadkach.

Następnie omawia autor anatomię patologiczną kiły rdzenia pacierzowego. Opisawszy dokładnie zmiany kiłowe kręgosłupa, opony twardej i miękiej, zastanawia się nad jakością i powstawaniem zmian w naczyniach tętniczych i żylnych, oraz w samej istocie rdzenia. Wobec tego, że zmiany kiłowe rdzenia zależeć mogą bądźto od sprawy zapalnej w oponach, bądź też od sprawy swoistej w naczyniach, albo powstać mogą bezpośrednio przez działanie trujące (toksyczne) kiły na tkankę nerwową, albo też wreszcie wytworzyć się mogą pod postacią nowotworu lub zapalenia kilakowego, kreśli autor szkic klasyfikacyi anatomicznej, rozdzieliwszy cały dorobek anatomo-patologiczny na następujące gromady:

1. *Pachymeningitis spinalis gummosa et fibrosa syphilitica.*
2. *Meningo-myelitis syphilitica.*
3. *a) Myelomalacia acuta syphilitica.*
   b) Myelitis chronica syphilitica.
4. *Gummata medullae spinalis et meningum.*
5. *Laesiones pseudosystematicae et combinatae.*

Skreśleniu obrazu klinicznego poświęca autor najwięcej miejsca. W klasyfikacyi przypadków klinicznych ma autor przedewszystkiem na względzie sposób rozwoju choroby. Przypadki rozwijające się ostro, których podstawę anatomiczna stanowi rozmiękczenie rdzenia *(Myelomalacia)* należą do pierwszej gromady, gdy tymczasem przypadki, rozwijające się powoli i stopniowo na tle sprawy zapalnej przewlekłej, jako *Meningomyelitis*, *Myelitis* lub *Gumma*, stanowią drugą kategoryę cierpień kiłowych rdzenia.

Przypadki o przebiegu przewlekłym lecz z wybitnemi zaostrzeniami zalicza autor do osobnej gromady, a mianowicie do postaci przejściowych. Następną gromadę stanowią postacie szczególniejsze, jak zmiany kiłowe w kręgosłupie, w oponie rdzeniowej twardej, w *cauda equina* i t. p. Do oddzielnej gromady zalicza autor te przypadki, w których objawy mózgowe na pierwszy plan się wysuwają *(Lues cerebro-spinalis)*. Do ostatniego działu należą postacie rzekomo układowe i skombinowane.

Stósownie do tej klasyfikacyi omawia autor każdą gromadę z osobna, przytaczając szczegółowe opisy odpowiednich przypadków i kreśląc obraz kliniczny.

W przebiegu przypadków należących do pierwszej gromady, a więc rozwijających się ostro, rozróżnia autor podobnie jak Sottas trzy okresy: zwiastunowy, porażenia ostrego i porażenia spastycznego. W okresie zwiastunowym zjawiają się albo objawy mózgowe (ból i zawrót głowy, wymioty, krótkotrwałe porażenia nerwów mózgowych, chwilowe napady niedowładu połowiczego, lub nieznaczne zaburzenia mowy), albo też objawy rdzeniowe (bóle w pasie lub w kręgosłupie — *rachialgia nocturna* — albo w kończynach, lekkie znieczulenia, ociężałość nóg, utrudnienie oddawania moczu lub stolca, osłabienie czynności płciowej, lub przeciwnie uporczywe wzwody prącia).

Okres porażenia ostrego cechuje się szybko rozwijającem się porażeniem obu odnóg dolnych i ciężkiemi zaburzeniami w czynności pęcherza i kiszki stolcowej; obraz więc kliniczny odpowiada objawom ostrego zapalenia rdzenia i to najczęściej w części grzbietowej *(Myelitis transversa dorsalis)*.

W okresie porażenia spastycznego zmniejszają się stopniowo objawy porażenia tak, że chory odzyskuje zwolna zdolność wykonywania ruchów czynnych, natomiast występują objawy spastyczne, a mianowicie ruchy bierne bywają nadzwyczaj utrudnione, czasem wytwarzają się przykurczenia w stawach, a odruchy ścięgniste są niezmiernie spotęgowane.

Obraz kliniczny przypadków o przebiegu przewlekłym cechuje się nietylko powolnym stopniowym rozwojem choroby, lecz także objawami paretyczno-spastycznymi w kończynach dolnych o różnem nasileniu, bólami, uczuciem odrętwienia, mrowienia, swędzenia, palenia lub ziębienia, oraz upośledzeniem czucia. Dość często zdarza się obraz porażenia Brown-Séquarda, t. j. na jednej kończynie przeważają zboczenia w zakresie czuciowym, na przeciwległej zaś — upośledzenie zdolności ruchowej wraz z pewną nadczułością. Do stałych niemal objawów należy również utrudnienie oddawania moczu. W przebiegu choroby zauważyć można najczęściej wybitne wahania w nasileniu objawów chorobowych.

Następnie kreśli autor obraz kliniczny kiły mózgu i rdzenia pacierzowego. Choroba rozpoczyna się najczęściej bólem i zawrotami głowy, napadami nudności i wymiotów, lub też napadami niemoty lub niedowładu połowiczego, czasem zaś rozpoczyna się porażeniem niektórych nerwów mózgowych *(n. abducens, oculomotorius, facialis)*, lub porażeniem połowiczem. W przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu rozwija się szybko (czasem w postaci udaru z utratą przytomności) porażenie wszystkich kończyn, oraz groźne upośledzenie oddechania z powodu porażenia przepony. W przypadkach przebiegających dość przewlekle łączy się zwykle porażenie połowicze z porażeniem poprzecznem (Triplegia) o cechach spastycznych.

Z kolei omawia autor szczególniejsze postacie cierpień kiłowych. Schorzenie kręgów powstałe na tle kiły objawia się obrzmieniem i skrzywieniem danej części kręgosłupa, wzmożonem napięciem mięśni sąsiednich, bolesnością wyrostków ościstych. Dość często zdarzają się objawy zależne od ucisku korzeni nerwowych, opon rdzeniowych lub rdzenia pacierzowego. Zajęcie kręgów szyjnych cechuje się sztywnością szyi, bardzo silnymi bólami w karku, ramionach a czasem i w kończynach górnych z powodu zapalenia splotów barkowych.

W zapaleniu kiłowem opon rdzeniowych przeważają bóle najrozmaitsze o różnem natężeniu, oraz napięcie mięśni grzbietowych, potęgujące się czasem aż do powstania *opisthotonus*. *Pachymeningitis cervicalis hypertrophica* cechuje się silnymi nerwobólami w karku i kończynach górnych oraz niedowładem mięśni kończyn górnych, połączonym z zanikiem mięśni, do czego przyłącza się wkrótce porażenie odnóg dolnych o cechach spastycznych. Co się tyczy postaci chorobowej, opisanej przez Erba pod nazwą *Paralysis spinalis syphilitica*, a cechującej się niedowładem spastycznym odnóg dolnych, bólami i zaburzeniem czynności pęcherza, to zdaniem autora istnieje dotychczas zbyt jeszcze mało danych, aby postać tę uważać za samoistną całość nozologiczną.

Schorzeniu części lędźwiowej rdzenia odpowiada porażenie odnóg dolnych, tak zwane zwisłe, ze zniesieniem odruchów ścięgnistych oraz z zanikiem mięśni, z zaburzeniami w zakresie czucia, oraz ze zboczeniami w czynności zwieraczy pęcherza i odbytnicy.

Zajęcie nici końcowej *(conus medullaris)* objawia się zniesieniem czucia skórnego w zakresie nerwów sromnych i ogonowych.

Gdy siedliskiem choroby jest *cauda equina*, występują objawy porażenia obwodowego w kończynach dolnych wraz z upośledzeniem czucia i to najczęściej w zakresie nerwów kulszowych.

Ograniczone kilaki rdzenia i opon objawiać się mogą w rozmaity sposób. Do stałych jednak objawów należą gwałtowne i uporczywe nerwobóle, zależne od umiejscowienia kilaka.

Do postaci rzekomo układowych i skombinowanych zalicza autor: 1) rzekomy wiąd rdzenia kiłowy (Pseudotabes); 2) kombinacye wiądu i kiły rdzenia; 3) kiłę rdzenia w postaci stwardnienia bocznego pierwotnego; 4) kiłę rdzenia w postaci zaniku mięśniowego postępowego, oraz 5) kiłę rdzenio-mózgową wieloogniskową. Do tej gromady należą w ogólności przypadki, w których zmiany kiłowe dzięki swemu umiejscowieniu objawiają się głównie pod postacią cierpienia układowego, oraz przypadki, w których ze schorzeniem swoistem rdzenia łączy się jeszcze inna choroba układu nerwowego.

W końcu omawia autor etyologię, rozpoznanie i leczenie kiły rdzenia pacierzowego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że praca S. Orłowskiego zasługuje ze wszech miar na zupełne uznanie. Monografia ta bowiem wyczerpuje przedmiot wszechstronnie, zawiera wiele cennych spostrzeżeń własnych autora nietylko w dziedzinie badań drobnowidowych, lecz także pod względem klinicznym, daje dokładny obraz obecnego stanu nauki o kile rdzenia pacierzowego, a zarazem odznacza się niezwykłą przejrzystością, wykładem jasnym i językiem poprawnym, oczywiście jeżeli uwzględnimy właściwości warszawskiego słownictwa lekarskiego, które w wielu rzeczach różni się od słownictwa krakowskiego, jak n. p. „syfilis“ a „kiła“, gumat“ a „kilak“.

Prof. Dr. Prus.

V. Wyciągi.

Prof. A. Broca: **Kiedy należy przystąpić do operacyi w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego?** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (kwiecień, 1899). Sprawa leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego *(appendicitis)* nie schodzi ze szpalt piśmiennictwa lekarskiego. Czy leczenie tego zapalenia wchodzi bez zastrzeżeń do zakresu działalności chirurga, czy też internisty? czy należy operować bezzwłocznie, czy też wyczekiwać? to są pytania, na które nie uzyskano do tej pory jednomyślnej odpowiedzi. Wśród skrajnych zapatrywań Broca idzie drogą pośrednią, a chętnie zdajemy sprawę z jego pracy, gdyż jest on chirurgiem naczelnym w szpitalu Trousseau i wielce wziętym lekarzem w Paryżu, zatem pisarzem, opierającym swe zdanie na podstawie wieloletniego i wielostronnego doświadczenia.

Broca wychodzi z tej zasady, że w każdem zapaleniu wyrostka robaczkowego jest wielka dążność sprawy zapalnej do wytworzenia umiejscowionego ogniska, ograniczonego zlepnem zapaleniem narządów, okalających to ognisko. Ponieważ Broca jest zdania, że ta sprawa zlepna odbywa się w każdym przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego, owoż nieprzeszkadzanie zorganizowaniu się tego umiejscowionego ogniska jest nie tylko najpierwszem, lecz i pierwszorzędnem zadaniem lekarza, wezwanego we wczesnym okresie zapalenia wyrostka robaczkowego. A przeszkadza temu odgraniczeniu się zapalnego ogniska i naraża chorego na uogólnienie się zapalenia otrzewnej tak dobrze chirurg, gdy bez namysłu i z góry powziętej zasady przystępuje do operacyi, jak i internista, gdy na podstawie najczęściej błędnego rozpoznania uraża otrzewnę środkami czyszczącymi i lawatywami. Broca jest zdania, że w tym wczesnym okresie choroby należy zalecić największy spokój, dać okład lodowy, wyznaczyć ścisłą dyetę i podać makowiec; przy tych warunkach, według tego autora, sprawa zapalna na pewno pozostanie miejscową.

Jeśli w dalszym przebiegu, po przekonaniu się, że sprawa zapalna ograniczyła się, a inne objawy przedmiotowe i podmiotowe świadczą o ciężkiej sprawie ropnej, zakażającej ustrój, operacya staje się niezbędną, a zwlekanie byłoby zbrodnią. Natomiast, jeśli stan ogólny jest względnie dobry, ciepłota niepodniesiona lub mało co wyższa, a cierpień gwałtownych i zaburzeń czynnościowych w narządach sąsiednich niema, to należy z operacyą zwlekać, a w większości podobnych przypadków staje się ona zupełnie zbędną.

A. Kw.

Dr. Oskar Busch. **O krwawieniach z macicy.** *(St. Petersb. Med. Wochenschrift,* Nr. 9, 1899). Autor dzieli krwawienia maciczne na pierwotne i następowe. Do pierwszych zalicza krwawienia w stanie zapalnym błony śluzowej macicy, po poronieniach przy zatrzymaniu resztek jaja płodowego, przy nowotworach i w okresie ustawania miesiączki. Rozróżnić te wszystkie czynniki przyczynowe można badaniem zapomocą zgłębnika macicznego, a leczyć lub uzupełnić rozpoznanie — łyżeczkowaniem macicy. Do tego pierwszego działu należy również zaliczyć krwawienie z powodu złego zwinięcia się macicy po porodach lub poronieniach, jakoteż przewlekły niedowład macicy, występujący po licznych i częstych ciążach; te dwa schorzenia nie można uleczyć wyskrobaniem jamy macicznej; natomiast należy usiłować podnieść ogólne odżywienie chorej i uregulować krążenie. Wreszcie tu zaliczyć należy krwawienia, zdarzające się u kobiet starych, już po ustaniu miesiączkowania, wywołane zmianami miażdżycowemi w ścianach naczyń. Mogą one być tak uporne, że zmuszają do wycięcia macicy.

Krwawienia następowe zawdzięczają swe powstanie zmianom w otoczeniu macicy; tych oczywiście wyskrobaniem macicy uleczyć nie można. Tu zaliczyć należy krwawienie przy ciąży zamacicznej, przy zmianach zapalnych w przydatkach macicy, ostrych lub przewlekłych, przy uwięźnieniach lub skręceniu guzów, wychodzących z przydatków. Stany powyższe mogą powodować krwawienie albo z powodu im towarzyszącego zapalenia błony śluzowej macicy lub też i wskutek samego zastoju; w każdym razie użycie w tych przypadkach do leczenia łyżeczki jest bezwarunkowo przeciwwskazane, ponieważ ich przyczyna leży w zmianach krążenia, które mogą ustąpić tylko przy usunięciu przewłocznego schorzenia, podobnie jak ustępują zaburzenia po przywróceniu fizyologicznego ułożenia macicy. Następowe krwawienia w końcu mogą wystąpić z powodu schorzeń ogólnych, wywołujących zaburzenia w krążeniu. *St. D.*

Dr. M. Linde (Lubeka). **Elektromagnes Haaba czy Hirschberga?** *(Centralblatt für pr. Augenheilkunde.* 1899. 1). Celem wydobycia kawałków żelaza, które przebiły zewnętrzne opony oka i utkwiły we wnętrzu jego, używamy magnesów. W tym celu obmyślił Hirschberg przyrząd elekromagnetyczny, który podnosi 500 gr. żelaza, a którego koniec wkłada się do wnętrza oka, naturalnie po poprzedniem przecięciu twardówki. Sideroskop Asmusa może wskazać, w której części gałki ocznej się znajduje ciało obce. Haab wprowadził inny przyrząd elektromagnetyczny, tak zwany olbrzymi magnes (Riesenmagnet), który przyciąga drobne odłamki żelaza z wielką siłą, miażdżąc naturalnie miękkie tkaniny śródgałkowe, które go dzielą od końca magnesu, przyczem występuje gwałtowny ból i znaczny krwotok tęczówkowy. Dr. Sachs ogłosił 32 przypadków, operowanych magnesem Haaba na klinice Fuchsa w Wiedniu. Autor porównywa wyniki operacyi przyrządem Haaba wykonanych z wynikami operacyi, w których zastósowano elektromagnes Hirschberga i stawia pytanie, który sposób operowania jest pewniejszy i lepsze daje wyniki? Haaba przyrząd jest zdaniem autora niepewny, a dobry wynik operacyi zależny od szczęśliwego przypadku. Naprzód miażdży ciałko szklanne, co w następstwach sprowadza często oderwanie siatkówki, dalej kaleczy tęczówkę, ciałko rzęskowe, soczewkę i przerywa więzadełko Zinna, gdyż w drodze z wnętrza oka na zewnątrz obraża taksamo tkaniny, jak je obraził, wnikając do oka. Ostre końce ciała obcego przyciągniętego z wielką siłą przez elektromagnes Haaba sprawiają szkodliwsze obrażenia tkanin, niż gładkie cięcie przy operacyi Hirschberga. W niektórych przypadkach wystarczy zbliżenie oka do przyrządu Haaba, aby je nieuleczalnie zniszczyć skutkiem wewnętrznych obrażeń; takie przypadki istotnie się zdarzyły, a Sachs je opisał. Wskazany jest przyrząd Haaba tylko

w takich przypadkach, w których ciało obce jest bardzo małe, co można poznać po bardzo małej bliźnie rogówkowej, która wskazuje, którędy się dostało do oka; w przypadkach tych oko jest miernie zadrażnione, a bystrość wzroku jest dobra. W tych przypadkach z góry przewidzieć można, że przyrząd Hirschberga jest za słaby, aby wydobyć małe ciało wklinowane w tkaninie. Dla lekarza praktykującego w okolicach fabrycznych, w których się dość często zdarzają przypadki utkwienia żelaza w oku, wystarczający jest zupełnie przyrząd Hirschberga, który jest niewielki, poręczny, przenośny i wymaga do wprowadzenia w czynność tylko małej baterył lub akumulatora. Wykonanie operacyi musi być wczesne, zanim się wytworzą zrosty, i ściśle aseptyczne.

Dr. Zion.

M. Lange. **Gruczoł tarczykowy a ciąża** Aby wyświetlić przyczynę przerostu gruczołu tarczykowego, przeprowadził autor szereg doświadczeń na ciężarnych i położnicach, pochodzących z okolic, wolnych od wola. Nie opierał on jednak doświadczeń swych na mierzeniu obwodu szyi przed i po porodzie, jak to robił Freund, gdyż przekonał się, że z jednej strony podściółka tłuszczowa, z drugiej naprężenie mięśni i przekrwienie narządów szyi zaraz po porodzie nie dozwalają ocenić należycie powiększenia samego gruczołu. Dlatego u położnic, których nie badał w ciąży, bada dopiero w 24 godzin po porodzie, przypuszczając, że naprężenie mięśniowe i przekrwienie już ustąpiły.

Autor zwraca uwagę tylko na to, czy gruczoł się w ciąży powiększa, czy nie. Za powiększony gruczoł uważa wtenczas, kiedy dotykiem powiększone płaty dają się łatwo w otoczeniu odgraniczyć, i kiedy już wzrokiem powiększenie to ocenić się daje; u wieloródek powiększenie to staje się widocznem w 5tym, u pierwiastek w 6tym miesiącu, czy to dlatego, że w tym okresie szybciej rośnie, czy też przez to, że w tym czasie dochodzi do rozmiarów dla oka widocznych; w każdej ciąży ten sam płat ulega powiększeniu.

Aby wyświetlić przyrodę wola w ciąży, podawał autor przetwory gruczołu tarczykowego, twierdząc, że zniknięcie powiększenia gruczołu będzie najlepszym dowodem prawdziwego przerostu.

Do doświadczeń tych wybierał kobiety zupełnie zdrowe ze szczupłą szyją lub z powiększonym płatem środkowym, jako łatwo do badania przystępnym. Podawał 1—3 taletek tyreoidyny lub 1—2 tabletek jodotyryny. Przetwory te okazały się tak dla matek jak i dla dzieci zupełnie nieszkodliwe; co zaś do wola, to ten 5—7 dnia po zastósowaniu leczenia zaczyna maleć, a 14 dnia zupełnie znika. Czasem w ciążach wczesnych gruczoł po 4—7 tygodniach nanowo się powiększa, po zastósowaniu jednak powtórnego leczenia zupełnie znika.

Z doświadczeń tych wyciąga wniosek, że wole ciężarnych polega na przeroście istoty gruczołowej, wywołanym drażnieniem gruczołu przez jakieś składniki, znajdujące się we krwi, które bądź to wytwarzają się specyalnie podczas ciąży, bądź też w większej ilości podczas ciąży się znajdują. Jeżeli wól jest stałym objawem ciąży, mimowoli nasuwa się pytanie, jakie jest jego znaczenie, czy jest on zmianą towarzyszącą w ciele ciężarnej, jak np. *Chloasma uterinum*, czy jest zjawiskiem patologicznem na wzór wola przerostowego, czy też zmianą fizyologiczną. Aby to wyświetlić, badał ciężarne, nieposiadające wola, i przekonał się, że w znacznej liczbie przypadków był białkomocz. Z tego wynika, że zachodzi jakiś związek między wolem a białkomoczem. Aby to wyświetlić starał się wykazać, jaki wpływ na nerki będzie wywierać źle funkcyonujący gruczoł, lub znaczny jego brak. W tym celu wycinał znaczną część, bo $^4/_5$ gruczołu tarczykowego zwierzętom i następnie badał zachowanie się nerek. Do doświadczeń swych używał kotek, dlatego, że nie posiadają gruczołu dodatkowego, nadto, że gruczoł ten podczas ciąży zawsze się powiększa. W jednych przypadkach wycinał $^4/_5$ gruczołu tak u kotnych, jak i u niekotnych, u innych wyjmował jedną nerkę, potem, w cztery tygodnie $^4/_5$ gruczołu. W pierwszych doświadczeniach, jeżeli pozostała część źle funkcyonuje, to tak u kotnych, jak i u niekotnych występuje tężyczka, dająca się usunąć jodotyryną, w nerkach jest tylko zmętnienie przybłonka w cewkach pokręconych (tubuli contorti).

Jeżeli pozostała część dobrze funkcyonuje, to niekotne są zdrowe i nie okazują żadnych zmian w nerkach; kotne dostają czasem drgawek i zapadu, a w nerkach występuje stłuszczenie przybłonka w cewkach pokręconych. Jeżeli jest brak jednej nerki, to objawy te szybciej i z większym nasileniem występują.

Przekonawszy się z poprzednich doświadczeń, że wole ciężarnych ginie przy podawaniu przetworów gruczołu tarczykowego, podawał jodotyrynę ciężarnym bez wola, a z objawami zapalenia nerek, przyczem zwiększało się zawsze moczenie (diureza), ilość białka stawała się mniejsza, a nawet zupełnie znikała.

Wyciągając w końcu wnioski, twierdzi autor: 1. Że przerost gruczołu tarczykowego w ciąży jest objawem fizyologicznym. 2. Że przerost ten nigdy nie występuje u tych ciężarnych, które mają zapalenie nerek. 3. Jodotyryna zmniejsza ilość białka; a czy działa objawowo, czy też swoiście, pozostawia dalszym badaniom do rozstrzygnięcia. *T. P.*

Dr. Th. Landau. **Leczenie białych upławów zapomocą hodowli drożdżowych.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 11, 1899). Autor, wychodząc z założenia, że wszelkie środki przeciwgnilne, stósowane dotychczas przeciw nieżytom błony śluzowej pochwy, a szczególniej nieżytom przewlekłym na tle rzeżączki, nie wywierają żadnego, albo nawet ujemny skutek na przebieg choroby, postanowił wynaleźć taki środek, który niszczyłby w zupełności bądź to same bodźce zapalne, t. j. bakterye, bądź też szkodliwe substancye, przez nie wytworzone, sam nie wywierając ujemnego wpływu na ustrój. W tym celu zwrócił autor uwagę na drożdże zwykłe, jako grzybki obojętne dla ustroju, w przypuszczeniu, że drobnoustroje te z powodu swej silnej zdolności rozmnażania się zdołają poprostu przerosnąć inne bakterye. Wyniki sprawdziły to teoretyczne przypuszczenie. Na czterdzieści chorych, leczonych ambulatoryjnie wstrzykiwaniami drożdży, a dotkniętych przeważnie nieżytami przewlekłymi błony śluzowej pochwy, więcej niż połowa została zupełnie wyleczoną; w niektórych przypadkach po zaprzestaniu leczenia nastąpił nawrót choroby, w niektórych znów zmniejszenie widoczne upławów. Do wstrzykiwań używał autor zwykłych drożdży, dostarczanych przez jeden z berlińskich browarów, dodawał do nich nieco piwa i wstrzykiwał do sklepień 10—20 ctm.^{3} tej zawiesiny zapomocą zwykłej strzykawki przez wziernik pochwowy, poczem zakładał tampon, który po 24 godzinach wyjmował. Przy istnieniu nienaruszonej błony dziewiczej wstrzykiwania odbywały się przez cienką rurkę szklaną lub gumową. Po 2—3ch dniach zabieg powtarzano.

Pomimo, że drożdże zanieczyszczone były rozmaitemi bakteryami, autor spodziewa się z nich wyosobnić czynnik właściwie działający. (Trudno zrozumieć, dlaczego Dr. Landau w doświadczeniach, po których oczekiwał tak ważnych wyników, nie posługiwał się czystemi hodowlami drożdży. *Ref.).* *Dr. N. Kostanecki.*

Dr. Heimes. **O zachowaniu się farb malarskich względem chorobotwórczych bakteryj.** *(Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 11. 1899. *Vereins-Beilage).* Nadzwyczaj ważne znaczenie dla hygieny mieszkań wogóle, a w szczególności sal szpitalnych, posiada zastósowanie odpowiednich farb do malowania ścian. Jakkolwiek bowiem znane są rozmaite antyseptyczne środki, które bez szkody dla samego malowidła mogą być użyte do odkażania ścian (jak n. p. formalina, glikoformol i t. d.), to jednak znaczne trudności, zachody i stosunkowo wielkie koszta, jakie łączą się z zastósowaniem tych środków, uniemożliwiają poczęści szersze ich rozpowszechnienie. A przecież oczyszczanie ścian, na których stale osiada kurz, przepełniony nieraz chorobotwórczemi bakteryami, posiada niepoślednią wagę w sprawie przenoszenia się chorób zakaźnych

tą drogą. Wobec tego, najprostszego rozwiązania sprawy należałoby oczekiwać wtedy, gdyby do pociągania ścian użyć farb, które same przez się mogłyby działać szkodliwie na bakterye, niszcząc w zupełności te drobnoustroje. Gdzież jednak szukać takich farb? Na pytanie to odpowiada właśnie Dr. Heimes swemi doświadczeniami. Autor ten wypróbował bakteryobójcze działanie zwykłych farb olejnych, farb klejowych, emaliowych, amfibolinowych z fabryki C. Glutha w Hamburgu i farb olejnych „Zonca" z fabryki Zonca i Sp. w Würzburgu. Licznie przeprowadzone doświadczenia dały mu następujące wyniki:

1. Wszystkie wspomniane farby wywierały działanie bakteryobójcze. 2. Najsilniej działały farby olejne „Zonca", następnie emaliowe i amfibolinowe, najsłabiej farby wapniowe i klejowe. 3. Farby „Zonca" i amfibolinowe odznaczały się także łatwością w pociąganiu ścian niemi, swą niezapalnością i trwałością na działanie wysokiej ciepłoty (170°) suchej i wilgotnej, podczas gdy inne barwniki przy tego rodzaju zabiegach doznawały znacznego stopnia uszkodzeń: emaliowe tworzyły pęcherze, zwykłe olejne pokrywały się nierównościami i zmieniały barwę, a klejowe ulegały zupełnemu zniszczeniu. 3. Pod działaniem kwasów najmniejszej zmianie ulegały również farby „Zonca". 4. Mydło potasowe nie wywierało działania na farby „Zonca", emaliowe i amfibolinowe.

Z wyników otrzymanych przez autora należałoby wnosić, że farby „Zonca", ze względu na swe właściwości zasługują ze wszech miar na rozpowszechnienie; na razie jednak musimy się powstrzymać z wydaniem ostatecznego sądu, gdyż autor dopiero później obiecuje przytoczyć szczegółowe doświadczenia, które pozwolą ocenić ścisłość metody badania.

Dr. N. Kostanecki.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Antytoksyna przeciwtężcowa. Znane są do tego czasu trzy rodzaje: Antitoksyna Tizzoni-Cattaniego, Behringa i Rouxa. W zastosowaniu dwie pierwsze okazały się więcej skutecznemi.

Tinctura Lichenis Islandici. Prócz znanego już zastosowania mchu irlandzkiego *(nutriens, mucilaginosum* i *tonicum amarum)*, znaleźli Déguy i Bricemoret jeszcze jedną jego własność. Przy próbach z nalewką wyskokową, sporządzoną z tego produktu, przeciw pewnym zaburzeniom w trawieniu, okazało się, że 30—50 kropli tej nalewki powstrzymuje wymioty. Dawkę tę należy popić małą ilością wody alkalicznej. Przy *vomitus hystericus* skutku nie zauważono; przy wymiotach u ciężarnych prób jeszcze nie robiono.

Tinctura Moringae. Nalewka sporządzona z korzeni *Moringa pterygosperma*, rosnącej w Afryce i w Indyach. Już przed 7-miomа laty polecał Henry Shachan ten lek jako moczopędny. Wznowiono w ostatnich czasach próby zalecają nalewkę tę, jako lek bardzo skuteczny. Dhargalki używa jej w żółtaczce nieżytowej.

By osiągnąć zwiększenie ilości moczu, podaje się choremu 10 kropli do 4 gramów nalewki, a dawkę tę powtarza się co 3 godziny.

Tinctura Salviae. Dawniejsze badania Krahna i świeże prace Mourissea i Deguya zalecają nalewkę szałwiową, jako lek powstrzymujący nadmierne pocenie się. Podaje się w tym celu 30 do 50 kropli nalewki na 2 godziny przed spodziewanem wystąpieniem potów. Chociaż zauważano, że z ustąpieniem potów, co czasem spostrzega się już po pierwszej dawce, wystąpiła w niektórych przypadkach biegunka, lub wzmógł się kaszel (wilgotny), to jednak, biorąc na uwagę zupełną zresztą nieszkodliwość tego przetworu, należy go stósować w niektórych przypadkach (suchoty, gościec).

Dr. Żychoń.

(Dokończenie nastąpi).

Desot opisuje *(Lyon méd.* 1898, 48) przypadek choroby Addisona, w którym wstrzykiwał wodny wyciąg nadnercza, po czem zabarwienie skóry wprawdzie zbladło, ale powstały ciężkie objawy ze strony żołądka i jelit. *F. K.*

Leistikow zaleca nowy przetwór dziegciowy, liantral, szczególnie przy wyprysku łuszczycowym i łuszczycy głowy, w postaci 5—10—20% maści i rozpylań (na głowę), gdyż środek ten ma działać łagodząco na świąd i nie drażni skóry. Do maści używa L. *ung. caseini* i rozpoczyna zwykle, szczególnie przy wypryskach świeższych, od małych odsetków. Przy figówce i wypadaniu włosów oddawała mu dobre usługi maść: *L. 5—10,0 Sap. virid. 5.0 Adip. 45.0 m. f. ung. (Mon. f. p. Derm.* 1898. 8). *F. K.*

Wilczą jagodę (belladona) w zrazikowem zapaleniu płuc u dzieci stosował z dobrym wynikiem Coutts *(Brit. med. Journ. 28 stycz.).* Korzystne działanie wilczej jagody w tych przypadkach (na 60 dzieci stracił 2) polega na własności jej ograniczania wydzieliny w oskrzelach. Używał wyciąg wilczej jagody według angielskiej farmakopoi w dawce $^1/_4$ grana co 3 do 4 godzin; kilkakrotnie zauważono objawy przemijającego zatrucia, jak zaczerwienienie skóry, a nawet bredzenie. *R.*

Używanie wprowadzonego przez Bayera (1893) wazogenu coraz więcej znajduje zastósowania: Floras zachwala *(D. m. Woch.* 1899. 5) podawanie wazogenu jodowego, tak wewnętrznie, jak i zewnętrznie. Przy zapaleniach błon śluzowych jamy ustnej i przełyku otrzymywał F. szybkie wyleczenie, pędzlując miejsca zajęte 6% roztworem. Podawanie jv. po kilka kropli kilka razy na dzień w mleku przy wymiotach u ciężarnych usuwało je już po kilku dawkach. Na gruźlicę płuc i koklusz nie ma jodwazogen żadnego wpływu, przy przewlekłych nieżytach oskrzeli jednak i przewlekłem zapaleniu opłucnej skutek był zadziwiający i to w dawkach od 10 do 30 kropli 3 r. dnia. Gruczoły chłonne powiększone na tle zołzowem zmniejszały się szybko po wcieraniu jv. i podawaniu wewnętrznem od 3—7 kr. 2—3 r. dnia, zależnie od wieku dziecka. Zewnętrznie wcierany i przykładany na wacie przy zapaleniu sutków po porodzie sprowadzał jv. szybkie wessanie nacieku, użyty podobnie zewn. i wewn. przy wrzodach kiłowych i żylakowych doprowadzał do szybkiego zabliźnienia. W ten sam dwojaki sposób użyty (w rozcz. 6%) sprowadzał zawsze nader pomyślne wyniki przy zapaleniach stawów, stwardnieniu tętnic i rwie kulszowej.

F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 12 kwietnia 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 11, gości 5.

1. Kol. Sołowij okazuje preparaty: *a) Kystadenoma papillare ovarii* o gładkiej ścianie zewnętrznej, podczas gdy z małym wyjątkiem całą ścianę wewnętrzną wyściełają niezliczone, do siebie przylegające brodawki. *b)* Olbrzymio zgrubiałe i pokręcone trąbki, z których prawa zawierała blizko ujścia brzusznego ropę w ilości około 100 gramów (*pyosalpinx*). Grubość ściany trąbek wynosi miejscami 1 ctm. *c)* Bardzo grubą torebkę ropnia jajnikowotrąbkowego, który tworzył guz wielkości pięści, silnie przyrośnięty do tylnej blaszki więzadła szerokiego. *d)* Torbiel trąbkowo-jajnikowy wielkości główki dziecka o bardzo grubych ścianach i treści ropnej, zawierającej skrzepy krwi. Torbiel jest tak silnie do macicy przyrośnięty, że trzeba było w celu wyłuszczenia amputować macicę ponad sklepieniem pochwy.

2. Kol. Sołowij przedstawia chorą, u której wykonał operacyę przetoki pęcherzowo-pochwowej, przyrośniętej tak silnie do spojenia łonowego, że trzeba było przetokę oddzielić od kości sposobem Schauty i dopiero potem można było ją zeszyć. Chora ta cierpi także na stężenie (ankylozę) stawu skokowego, powstałe podczas porodu, z powodu osobliwego rodzaju pomocy, udzielanej jej przez wiejskie kobiety.

3. Kol. Sołowij wypowiedział: »Kilka słów o wartości prewentywnego sączkowania jamy brzusznej przy laparotomiach«. W dyskusyi wzięli udział koledzy: Schramm, Czyżewicz i Skałkowski.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 22 kwietnia 1899.

* **Dr. Julian Kosiński**, profesor chirurgii w Uniwer. warszawskim, opuszcza, jak to donieśliśmy, katedrę, którą tak zaszczytnie przez lat 35 zajmował. Znużony 41-letnią pracą zawodową, a 35-letnią — pedagogiczną, przechodzi Prof. Kosiński w stan dobrze zapracowanego spoczynku. Wiemy to dobrze, że zasłużony profesor, opuszczając stanowisko uniwersyteckie, nie osieroca lekarskiej literatury polskiej, ani tych chorych, którzy odwołają się po ratunek do jego biegłości zawodowej. A jednak ustąpienie prof. Kosińskiego z Uniwersytetu jest dotkliwą stratą nietylko dla tej szkoły i jej słuchaczów, lecz i dla społeczeństwa polskiego.

Prof. Kosiński jest kownianinem; urodził się w r. 1833, szkoły średnie odbył w Kiejdanach, a nauki lekarskie w Petersburgu. W roku 1862 zostaje mianowany prosektorem w warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej; w 1866 wyjeżdża za granicę, gdzie w ciągu dwóch lat oddaje się nauce chirurgii w najlepszych szkołach europejskich. W r. 1869 otrzymuje w Szkole Głównej stanowisko nadzwyczajnego profesora chirurgii operacyjnej, a wkrótce potem zostaje powołanym na kierownika kliniki chirurgicznej szpitalnej; w kilka lat później przechodzi na klinikę wydziałową i na tej posadzie pozostaje do końca swej karyery profesorskiej. W r. 1877 został mianowany profesorem zwyczajnym, a w r. 1897 przyznano mu tytuł »zasłużonego profesora Uniwersytetu warszawskiego«.

Liczba prac, ogłoszonych przez prof. Kosińskiego, lub odczytanych w Towarzystwach naukowych, wynosi 118.

O zasługach nauczycielskich i naukowych prof. Kosińskiego, o jego umysłowej wyższości, zawodowej sumienności itd., jako tak dobrze znanych zaletach tej, o ile znakomitej, o tyle popularnej osobistości, nie piszemy dziś, bo są to rzeczy tegoczesnym lekarzom dobrze znane, a przytem, do wieńca zasług Czcigodnego profesora przybędzie jeszcze nie jeden liść wawrzynu, więc i na obrachunek jeszcze wielki czas. Dziś tylko pragnęlibyśmy zaznaczyć, że wiadomość o ustąpieniu prof. Kosińskiego ze stanowiska profesorskiego przyjmujemy nietylko z żalem, lecz z pełną świadomością istotnej i niepowetowanej straty, a niemniej, że w sercach naszych pielęgnujemy i pielęgnować będziemy głęboką wdzięczność za trudy całego żywota, położone dla literatury i społeczności lekarskiej polskiej.

* O posadę po prof. Kosińskim, jak donosi *Dziennik Warsz.* zamierzają ubiegać się profesorowie warszawskiego uniwersytetu: Maksimow i Wasilijew.

* Redakcya *Gazety Lekarskiej* dołączyła do Nru 15 podobiznę prof. Kosińskiego, a dr. Kijewski ogłosił wyczerpujący, ciepło i treściwie napisany życiorys, z którego zaczerpnęliśmy daty do powyższej naszej wzmianki.

* Towarzystwo Lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: doc. dr. Sroczyński, prof. dr. Pieniążek i prof. dr. Reiss przedstawili i omówili rzadkie przypadki kliniczne; kol. dr. Gliński okazał i objaśnił interesujące okazy anatomiczne.

* Jubileusz 500-letniej rocznicy odnowienia Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Władysława Jagiellę przypada, jak wiadomo, w roku przyszłym. Senat akademicki wybrał osobny komitet jubileuszowy, do którego z Wydziału lekarskiego weszli profesorowie: Cybulski, Jordan i Wicherkiewicz. Program obchodu da się obecnie tylko w najogólniejszych zarysach przedstawić: uroczystość jubileuszowa odbędzie się w pierwszych dniach m. czerwca 1900 r. i głównym punktem programu będzie akt uroczysty, który odbędzie się w dziedzińcu Biblioteki uniwersyteckiej. Projektowane jest między innemi udzielenie honorowych dyplomów doktorskich i wybicie medalu pamiątkowego. W celu uświetnienia tej uroczystości ogłoszony zostanie szereg naukowych wydawnictw jubileuszowych, nad czem pracuje od r. 1896 osobna komisya pod przewodnictwem prof. K. Morawskiego.

* W Krakowie, w tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia urodziło się dzieci 127: chrześcian 113 (nieślubnych 18), izraelitów 14 (nieślubnych 7). Umarło osób 66.

* Staraniem Towarz. lekar. warszawskiego została odnowioną w kościele św. Krzyża pamiątkowa tablica dla ś. p. profesora Polikarpa Girsztowta.

* Izba prawodawcza w Japonii uchwaliła obowiązkowe szczepienie ochronne przeciw ospie. Dzieci mają być szczepione w pierwszych 10 miesiącach życia, a w razie nieprzyjęcia się — po upływie 6 miesięcy; gdyby i ten drugi raz szczepienie nie przyjęło się, należy je powtórzyć po upływie dalszych 6 miesięcy. Rewakcynacya ma się odbyć w 6-tym roku życia dziecka i druga — w 12 roku. Szczepienie w późniejszem życiu może mieć miejsce tylko w razie grożącej epidemii ospy.

* Zarząd sanitarny m. Wiednia wypracowuje statut dla instytucyi pomocy lekarskiej w porze nocnej. Za podstawę ma być wziętą organizacya w Paryżu, gdzie magistrat poręcza lekarzowi honoraryum za wizyty w nocy.

* Niemieckie Towarzystwo balneologiczne w Berlinie wybrało Komisyę, złożoną z prof. Libreicha (przewodniczący), prof. Winternitza i Drów Schlipa i Thileniusa, dla zbierania składek na pomnik dla Dr. Brehmera, założyciela pierwszego sanatoryum (w Görbersdorfie) dla suchotników.

* Statystyka partactwa w Saksonii wykazuje, że w dniu 1 stycznia 1898 r. było tam na 1835 lekarzy 785 partaczy, a w niektórych okręgach liczba tych ostatnich przewyższała liczbę lekarzy. Zrozumieć trudno, jak może w państwie znakomicie zorganizowanem i rządzonem istnieć np. takie ogłoszenie w *Oelsnitzer Tageblatt*: »Niema więcej chorób. Bezboleśne leczenie tlenem szybko i pewnie usuwa wszelkie choroby, nawet gruźlicę i raka«. Podpisano: Drässe, homeopata w Falkensteinie.

W Rochlitzkim okręgu żyje trudniąca się obmywaniem trupów kobieta, która stanęła przed kratkami za sprzedawanie wody, pochodzącej z obmywania zwłok. Wodę tę kupowano u niej, jako lek przeciw opilstwu.

Czy tylko wyobrażenia nasze o wysokiej oświacie ludu niemieckiego, wobec przytoczonych faktów, nie są przesadzone?

* Jeśliby jeszcze kto powątpiewał o wyzyskiwaniu lekarzy, może znaleźć wymowny przykład w *La Médecine moderne* z 22-go marca. Prefekt departamentu Isère oznaczył następującą taksę za wizyty lekarskie u dzieci, oddawanych na wieś dla wykarmienia: wizyta na odległość nieprzekraczającą 3 kilometrów 0,75 franka; wizyta w gminach odległych o 3 do 6 kilometrów 0,95 fr.; za wizyty poza 6 kilom. i na równinie 1,1 fr., a w miejscowości górzystej 1,4 franka. Tymczasem posłańcom z telegramem płaci się 0,5 fr. od kilometra, nie licząc dodatku »na piwo«.

* Niemieckie Stowarzyszenie chirurgów wybrało przewodniczącym prof. Bergmanna, a sekretarzem prof. dr. Korte, w miejsce zmarłego Gurlta.

* W okolicy Lausanny wystawiono sanatoryum dla średniej zamożności ozdrowieńców po chorobach nerwowych.

Mianowania i odznaczenia: Docent berlińskiego Uniw., dr. Bonhoff, mianowany został prof. nadzwyczajnym w Marburgu w miejsce Wernickiego, powołanego, jak wiadomo, na kierownika instytutu higienicznego w Poznaniu. — Miejsce prof. Koberta w Zakładzie Görbersdorfskim objął na przedstawienie prof. Leydena Dr. Servaes. Prof. Nothnagel otrzymał krzyż komandorski od króla greckiego. B. prof. Adamkiewicz otrzymał medal pamiątkowy Wilhelma I-go, króla pruskiego.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Girard, prof. kliniki lekar. w Marsylii. Dr. Hurd, profesor patolog. anatomii w Bostonie. Dr. Benson, profesor fizyologii w Chicago. Dr. Arsdale, prof. chirurgii w New-Yorku. Dr. Neureuther, prof. pedyatryi w Uniw. czeskim, zakończył życie w Pradze. Zmarły należał do grona wielce zasłużonych ludzi w nauce i piśmiennictwie. W Wejmarze zakończył życie dr. Alfred Graefe, były profesor okulistyki w Halli.

☞ Do dzisiejszego Nru dołącza się: **List otwarty Dra J. Latkowskiego.**

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 29 Kwietnia 1899. Nr. 17.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 29 Kwietnia 1899. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z pracowni fizyologicznej prof. Dra Becka w Uniwersytecie lwowskim.**

O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych.

Podał

Dr. Edmund Kowalski,

kierownik Zakładu wodoleczniczego »Kiselka« obok Lwowa.

O działaniu podniet termicznych na krążenie limfy mamy dotychczas bardzo szczupłe wiadomości. Spotykamy mianowicie w piśmiennictwie wzmianki, że wpływ podniet tych o tyle może mieć znaczenie, o ile zmienia stosunki ogólnego obiegu krwi, a raczej stosunki ciśnienia — dalej o ile zmienia tor oddechowy, t. j. o ile oddechy przyspiesza, względnie zwalnia, pogłębia je, względnie czyni więcej powierzchownymi, — wreszcie o ile zmienia napięcie (tonus) mięśni dowolnych. Że wpływ taki pośredni istnieje, to nie ulega żadnej wątpliwości; czy jednak podniety te wywierają także wpływ bezpośredni, t. j. wprost na same naczynia chłonne nie mamy dotychczas żadnych danych.

By więc brak uzupełnić i rzucić na sprawę tę pewne światło, przeprowadziliśmy szereg doświadczeń na zwierzętach. Celem doświadczeń było w pierwszym rzędzie wykazanie, czy wspomniane podniety wywierają taki bezpośredni wpływ na krążenie limfy, — powtóre, wyszukanie w danym razie przyczyny tego wpływu.

Doświadczenia staraliśmy się przeprowadzać w warunkach ile możności równych, mianowicie na psach, przedtem przez dwie doby głodzonych, podczas trwania doświadczenia stale kuraryzowanych i przy stósowaniu sztucznego oddechania.

W warunkach więc tych badano zachowanie się krążenia limfy pod wpływem bodźców termicznych, w postaci kąpieli zimnych (10—15° C.) i kąpieli ciepłych (40—45° C.). Kąpiele stósowano w dwojakim porządku, bądź każdą z osobna, robiąc między jedną a drugą pewną dłuższą pauzę, — bądź też jedną po drugiej bezpośrednio. Wypływającą limfę z odsłoniętego przewodu piersiowego *(ductus thoracicus)* chwytano do odważonych próbówek i to chwytano ją przez pewien czas przed kąpielą, wśród kąpieli i po jej zaprzestaniu i oznaczano każdorazową jej ilość zapomocą wagi. Przy chwytaniu limfy zwracano baczną uwagę na szybkość, względnie na zmianę w szybkości jej wypływu.

Wyniki, jakie otrzymaliśmy z tych doświadczeń, są następujące:

Wypływ limfy w czasie kąpieli zimnej, w pierwszej chwili po przejściowym, początkowym obfitszym wytrysku, zwalnia się, w następnej zaś chwili przyspiesza, a uzyskana ogólna ilość limfy w porównaniu z otrzymaną w równym czasie przed kąpielą jest większa, po zaprzestaniu zaś kąpieli się zmniejsza, albo jeszcze znaczniej zwiększa, szczególnie w pierwszych kilku minutach. — W czasie zaś kąpieli ciepłej wypływ limfy początkowo się przyspiesza, w następnej dopiero chwili wolniej, ilość zaś ogólna albo jest większa, choć niezbyt znacznie, albo mniej więcej równa ilości otrzymanej w takim samym czasie przed kąpielą, — po zaprzestaniu zaś kąpieli albo maleje, albo się jeszcze nieco wzmaga.

Przy stósowaniu kąpieli ciepłych i zimnych naprzemian mamy obraz mniej więcej ten sam, t. j., że zmiany w szybkości wypływu limfy odpowiadają w zupełności powyżej skreślonym, oraz, że ilość limfy otrzymana w kąpieli ciepłej ulega bardzo nieznacznym zmianom, podczas gdy w następującej bezpośrednio po niej kąpieli zimnej zawsze się zwiększa, po zaprzestaniu zaś kąpieli — maleje.

Powyższe doświadczenia, jak widzimy, wykazały nam, że podniety termiczne wywierają wybitny wpływ na stosunki krążenia limfy i to tak na szybkość jej wypływu, jak i na jej ilość. Należałoby zatem wyszukać przyczynę tego wpływu.

Przez stósowanie sztucznego oddechania usunęliśmy możliwy wpływ na krążenie limfy ze strony narządu oddechowego, — a przez stałe kuraryzowanie zwierząt — wpływ ze strony mięśni dowolnych; — pozostaje jednak jeszcze jeden bardzo ważny czynnik do uwzględnienia, to jest narząd krążenia krwi. W narządzie zaś tym, jak wiadomo, a co i nasze obecne doświadczenia potwierdziły, występują pod wpływem wspomnianych bodźców rozliczne zmiany w ciśnieniu i w czynności serca, a wreszcie i w ogólnym obiegu krwi. Wobec więc tego nie można żadną miarą rozstrzygnąć, czy uzyskane dotychczas wyniki są następstwem wpływu bezpośredniego bodźców termicznych na naczynia chłonne, względnie na krążenie limfy, czy też są następstwem występujących równocześnie zmian w krążeniu krwi, — czy wreszcie są wypadkową wpływu jednego i drugiego czynnika. Dlatego też w dalszym ciągu doświadczeń staraliśmy się i ten ostatni czynnik, t. j. możliwy wpływ krążenia krwi, usunąć. Uskuteczniliśmy zaś to, porażając ośrodki naczynioruchowe zapomocą wodnika chloralu. W tym celu wstrzykiwano odpowiednią jego ilość do żyły udowej. — Jak zaś zachowanie się ciśnienia krwi pouczyło, trzeba było przeciętnie 0·15 grm. wodnika chloralu na 1 klgrm. wagi ciała. Wykluczając w ten sposób wpływ krążenia krwi, przeprowadziliśmy drugi szereg doświadczeń nad zachowaniem się krążenia limfy w warunkach zresztą tych samych i przy stósowaniu takich samych kąpieli i w tym samym, jak wyżej, porządku.

Doświadczenia te wykazały, że wypływ limfy w czasie kąpieli zimnych po chwilowym początkowym silniejszym wytrysku wogóle wolnieje, a ilość limfy w porównaniu z otrzy-

maną w równym czasie przed kąpielą znacznie się zmniejsza, — po zaprzestaniu kąpieli wypływ limfy i jej ilość wogóle się zwiększa; — w czasie kąpieli ciepłych wypływ limfy się przyspiesza, a skutkiem tego i jej ilość zwiększa, po zaprzestaniu kąpieli wypływ się zwalnia, a ilość limfy zmniejsza.

Podobnie rzecz się ma przy stósowaniu kąpieli ciepłych, a po nich bezpośrednio zimnych, bo i tu w czasie kąpieli pierwszej wypływ i ilość limfy się zwiększa, w czasie następnej stale i to znacznie się zmniejsza, po zaprzestaniu zaś kąpieli wypływ nagle się wzmaga i ilość limfy powiększa.

Krążenie krwi prawidłowe.

Stósowanie kąpieli zimnych i ciepłych z osobna, czyli w pewnych odstępach czasu.

Kąpiel zimna (10—15° C.)

	przed kąpielą		wśród kąpieli		po kąpieli	
	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy
doświad. I.	20 m.	0·16 grm.	20 m.	0·30 grm.	—	—
doświad. II.	10 m.	7·62 grm.	6 m.	15·82 grm.	6 m. 6 m.	20·4 grm. 10·51 grm.
doświad IV.	6 m.	8·11 grm.	6 m.	9·37 grm.	6 m.	4·76 grm.

Kąpiel ciepła (40—45° C.)

	przed kąpielą		wśród kąpieli		po kąpieli	
	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy
doświad. I.	30 m.	5·35 grm.	30 m.	5·98 grm.	20 m.	0·16 grm.
doświad. II.	6 m.	10·51 grm.	6 m. 10 m.	8·86 grm. 12·61 grm.	—	—
doświad. III.	20 m.	4·01 grm.	10 m.	2·96 grm.	—	—
doświad. IV.	15 m.	8·68 grm.	6 m.	3·94 grm.	6 m.	8·11 grm.

Stósowanie kąpieli zimnej bezpośrednio po kąpieli ciepłej.

	przed kąpielą		wśród kąpieli ciepłej		wśród kąpieli zimnej		po kąpieli	
	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy
doświadczenie II.	6 m.	10·51 grm.	6 m. 10 m.	8·86 grm. 12·61 grm.	6 m. 10 m.	7·31 grm. 14·72 grm.	6 m. 6 m.	5·86 grm. 6·14 grm.
doświadczenie III.	20 m.	4·01 grm.	10 m.	2.96 grm.	10 m.	9·27 grm.	przeniesiono bezpośrednio do kąpieli ciepłej	
doświadczenie III.	—	—	5 m. 10 m.	2·51 grm. 2·41 grm.	5 m. 10 m.	4·93 grm. 4·74 grm.	10 m.	4·83 grm.
doświadczenie IV.	10 m.	44·14 grm.	6 m.	22·15 grm.	6 m.	24·98 grm.	6 m.	23·50 grm.

Porażenie ośrodków naczynioruchowych.

Stósowanie kąpieli zimnych i ciepłych z osobna, czyli w pewnych odstępach czasu.

Kąpiel zimna (10—15° C.)

	przed kąpielą		wśród kąpieli		po kąpieli	
	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy
doświad. IV.	6 m.	12·06 grm.	6 m.	4·75 grm.	6 m.	11·34 grm.
doświad. VI.	6 m.	7·51 grm.	6 m.	6·25 grm.	6 m.	9·87 grm.

Kąpiel ciepła 40—45° C.)

	przed kąpielą		wśród kąpieli		po kąpieli	
	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy
doświad. IV.	6 m.	4·71 grm.	6 m.	6·86 grm.	6 m.	4·41 grm.
doświad. VI.	6 m.	2.15 grm.	6 m.	9·34 grm.	6 m.	7·51 grm.

Stósowanie kąpieli zimnej bezpośrednio po kąpieli ciepłej.

	przed kąpielą		wśrod kąpieli ciepłej		wśród kąpieli zimnej		po kąpieli	
	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy	czas	ilość limfy
doświadczenie IV.	6 m.	11·34 grm.	6 m.	12·51 grm.	6 m.	6·50 grm.	6 m.	21·27 grm.
doświadczenie IV.	—	—	6 m.	4·77 grm.	6 m.	1·02 grm.	6 m.	11·06 grm.
doświadczenie VI.	6 m.	4·91 grm.	6 m.	5·35 grm.	6 m.	1·73 grm.	6 m.	4·71 grm.

Opis szczegółowy przeprowadzonych doświadczeń podam na końcu niniejszej pracy; obecnie zaś dla wyjaśnienia powyżej przytoczonych wyników załączam jedynie zestawienie ilościowe limfy otrzymanej w doświadczeniach szeregu pierwszego i drugiego, t. j. przy zachowaniu prawidłowego krążenia krwi, oraz po porażeniu ośrodków naczynioruchowych. *(Patrz Tablice na stronie poprzedzającej).*

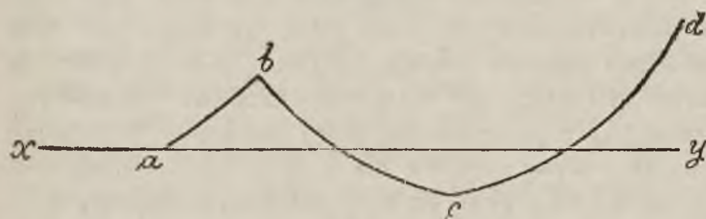
Jeżeli porównamy wyniki doświadczeń ostatnich, t. j. po porażeniu ośrodków naczynioruchowych z wynikami poprzednich, t. j. przy zachowaniu prawidłowego krążenia krwi, to uderzyć nas musi z jednej strony pewne podobieństwo, z drugiej wybitna różnica: podobieństwo w jakości, względnie w szybkości wypływu limfy i to w okresie początkowym, to jest bezpośrednio po zanurzeniu psa w kąpieli, — różnica zaś raz w zachowaniu się dalszem wypływu limfy powtóre, jak powyższe zestawienia wykazują, w ilości ogólnej, otrzymanej wśród odpowiednich zabiegów.

I tak kąpiele zimne wywołują w jednym i drugim przypadku po chwilowym obfitszym wytrysku zwolnienie wypływu limfy, który w przypadkach z zachowaniem prawidłowego krążenia krwi ulega następowemu przyspieszeniu, w przypadkach zaś z porażeniem ośrodków naczynioruchowych pozostaje nadal bez zmiany; — kąpiele zaś ciepłe wywołują przyspieszenie wypływu, który w przypadkach z zachowaniem prawidłowego krążenia krwi z czasem ulega zwolnieniu, w przypadkach zaś z porażeniem ośrodków naczynioruchowych pozostaje również i nadal bez zmiany; — kąpiele zimne przy prawidłowem krążeniu krwi zwiększają ogólną ilość limfy, po porażeniu zaś ośrodków naczynioruchowych — zmniejszają; — kąpiele ciepłe w pierwszym razie zachowują się prawie obojętnie, w drugim zaś ilość limfy stale i bardzo znacznie zwiększają.

Gdybyśmy chcieli stosunki te graficznie sobie uzmysłowić, otrzymalibyśmy następujące figury:

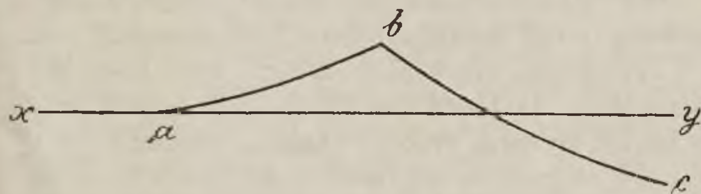
Krążenie krwi prawidłowe.

Kąpiel zimna.



x — y = prawidłowy wypływ limfy
a — b = początkowy obfitszy wypływ
b — c = zwolnienie wypływu
c — d = następowe przyspieszenie wypływu.
Ogólna ilość limfy zwiększona.

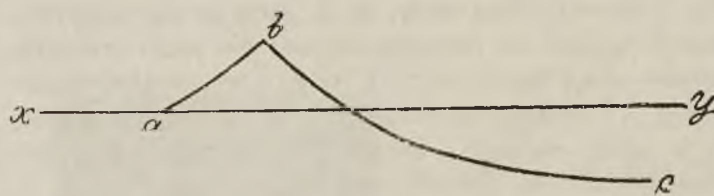
Kąpiel ciepła.



x — y = prawidłowy wypływ limfy
a — b = początkowe przyspieszenie wypływu
b — c = następowe zwolnienie wypływu
Ogólna ilość limfy prawie bez zmiany.

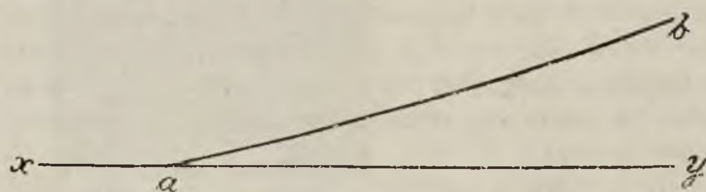
Porażenie ośrodków naczynioruchowych.

Kąpiel zimna.



x — y = prawidłowy wypływ limfy
a — b = początkowy obfitszy wypływ limfy
b — c = następowe stałe zwolnienie wypływu
Ogólna ilość limfy zmniejszona.

Kąpiel ciepla.



x — y = prawidłowy wypływ limfy
a — b = stałe przyspieszenie wypływu
Ogólna ilość limfy znacznie zwiększona.

Odmienne do pewnego stopnia wyniki doświadczeń drugiego szeregu, to jest w przypadkach po porażeniu ośrodków naczynioruchowych, wskazywałyby, że właśnie przez owo porażenie usunęliśmy rzeczywiście wpływ krążenia krwi na stosunki krążenia limfy i że wobec tego mamy do czynienia z następstwem wpływu podniet termicznych li tylko na naczynia chłonne.

Nasunęła się jednak wątpliwość i to w dwóch kierunkach: raz, czy mimo tego, iż po porażeniu ośrodków naczynioruchowych nie występują zgoła żadne zmiany pod wpływem bodźców termicznych ani w ciśnieniu krwi, ani w ruchach serca, jak nam to manometr-kymograf wskazywał, czy mimo tego krążenie, jako takie, nie wywiera przecież wpływu, jeśli już nie na wydalanie limfy, to bodaj na jej wytwarzanie; powtóre, czy przez porażenie wodnikiem chloralu ośrodków ruchowych dla naczyń krwionośnych nie ulegają równocześnie pewnym zmianom i czynniki wpływające na krążenie limfy? — Dla tego staraliśmy się następnie nie tylko wpływ krążenia krwi, ale wogóle samo krążenie, jako takie, usunąć, a to przez wypuszczenie całkowite krwi i w warunkach tych, przy zatrzymaniu zresztą wszystkich innych, podanych, w poprzednich doświadczeniach, badać zachowanie się krążenia limfy. Zaznaczyć przedewszystkiem muszę, że po wypuszczeniu zupełnem krwi i po opadnięciu ciśnienia do zera, limfa wydzielała się bez przerwy. Doświadczenia te wykazały, że w kąpieli zimnej wypływ limfy po chwilowym znaczniejszym wytrysku stawał się coraz wolniejszy i skąpszy, — w kąpieli zaś ciepłej — coraz szybszy i obfitszy, — ilość zaś otrzymana w czasie trwania kąpieli zimnej (3 minuty) wynosiła 0·59 grm., podczas gdy w ró-

wnym czasie przed kąpielą 6·89 grm., a otrzymana w czasie kąpieli ciepłej (3 minuty) wynosiła 7·63 grm. — Czyli, innemi słowy, doświadczenia te dały nam wyniki zupełnie zgodne z wynikami otrzymanymi w tych przypadkach, w których poraziliśmy ośrodki ruchowe dla naczyń krwionośnych.

Jeżeli w przypadkach tych, gdzie porażano nerwy naczynioruchowe, zachodziły pewne wątpliwości, czy krążenie krwi, jako takie, nie wywiera przecież jakiegoś wpływu na stosunki krążenia limfy, to po wykluczeniu zupełnem krążenia krwi przez zakrwawienie się zwierzęcia wątpliwości nie możemy mieć żadnych, żeśmy wpływ ten w zupełności usunęli. Ponieważ zaś wyniki tak jednych, jak drugich doświadczeń w całości są identyczne, przeto powiedzieć możemy, że przez porażenie ośrodków naczynioruchowych wodnikiem chloralu wpływ krążenia krwi na krążenie limfy również usunęliśmy w całości. Przez wykluczenie zatem krążenia krwi pozbyliśmy się ostatniego najważniejszego czynnika, mogącego wpływać na zmianę krążenia limfy. Wobec więc tego musimy szukać przyczyny otrzymanych wyników li tylko w zachowaniu się samych naczyń chłonnych. Ponieważ zaś pod wpływem bodźców termicznych ulega zmianie nie tylko ilość wydzielonej limfy, ale i szybkość jej wypływu, musimy przyjąć, że naczynia chłonne nie tylko zmieniają chwilowo swoją pojemność, t. j. zwężają się, względnie rozszerzają, ale że zawartą w nich treść przesuwają z większą lub mniejszą chyżością, zależnie od szybszego, względnie wolniejszego, ruchu robaczkowego swoich ścian.

By jednak wniosek ten, co do występowania przytoczonych zmian w naczyniach chłonnych, nie wydał się, a raczej nie był zbyt śmiały, jako oparty li tylko na jednym objawie, t. j. na wypływie limfy, postanowiliśmy w dalszym ciągu zbadać zachowanie się drobnych naczyń chłonnych, jako najczulszych, a z drugiej strony najdostępniejszych, a więc naczyń przebiegających w krezce i w ścianach jelit pod wpływem wymienionych bodźców i to zbadać tak przy zadrażnieniu bezpośredniem miejscowem, a więc samej pętli jelit i krezki, jako też, a co jest ważniejsze, przy zadrażnieniu powłok zewnętrznych ciała, — w tej myśli, czy na tej drodze nie znajdziemy czynnika, mogącego nasz powyższy wniosek poprzeć.

W tym celu po otwarciu brzucha u psa, poprzednio tłuszczem dobrze nakarmionego, raz polewano bezpośrednio wydobyte pętle jelita wodą zimną (10° C.), a po pewnym czasie — ciepłą (45—50° C.) i na odwrót; powtóre zanurzano zwierzę w kąpieli zimnej na 5—10 minut, następnie, po dłuższej pauzie, w kąpieli ciepłej, przyczem po wyjęciu każdorazowem psa z kąpieli wsuwano wydobyte jelita do jamy brzusznej.

Doświadczenia te wykazały, że naczynia chłonne ulegają rzeczywiście zmianie, co do swej pojemności, nie tylko po zadziałaniu bezpośredniem na ich ściany bodźca termicznego, lecz także po zadziałaniu na powłoki zewnętrzne ciała. Widzieliśmy bowiem, że naczynia krezkowe i jelitowe po bezpośredniem polaniu zimną wodą zwężają się i znikają, w następnej zaś chwili na nowo występują i rozszerzają się, jak również widzieliśmy, że naczynia te, po zanurzeniu zwierzęcia w kąpieli zimnej, również zwężają się, dla oka znikają i utrzymują się w tym stanie, jak długo kąpiel trwa; po zanurzeniu zaś w kąpieli ciepłej pęcznieją i występują świeże, przedtem niewidzialne.

Sądzę, że wyniki te w zupełności popierają wyżej przytoczone wnioski i że wobec wyników poprzednich doświadczeń i wobec wyników tych ostatnich z całą stanowczością twierdzić możemy, iż podniety termiczne wywołują zmiany w pojemności naczyń chłonnych i to w całej ich rozciągłości.

Obejrzyjmy się teraz za przyczyną sprowadzającą te zmiany, czyli za pośrednikiem między naczyniami chłonnemi, które zmianom ulegają, a bodźcami termicznymi, które te zmiany wywołują. Przyczyna, czyli pośrednik, może być tylko jedna, t. j. wpływ nerwów i to nerwów takich, które zadrażnione sprowadzają raz zwężenie naczyń, drugi raz rozszerzenie.

Tego rodzaju nerwy nazywamy nerwami naczynioruchowymi, ponieważ zaś, jak doświadczenia nasze wykazują, naczynia chłonne właśnie takim wpływom nerwowym ulegają, przeto powiedzieć możemy, że tak, jak naczynia krwionośne, równie i naczynia chłonne są zależne od odpowiednich nerwów naczynioruchowych

Nerwy zaś te, jak z naszych doświadczeń widzieliśmy, zachowują się zupełnie analogicznie z nerwami ruchowymi naczyń krwionośnych, t. j. tak jedne jak drugie pod wpływem zimna naczynia zwężają i skurcze, czyli ich ruch robaczkowy, zwalniają, pod wpływem zaś ciepła naczynia rozszerzają i ruch przyspieszają; prócz tego nerwy, te podobnie znów jak i nerwy ruchowe dla naczyń krwionośnych, ulegają zadra nieniu drogą nerwów obwodowych czuciowych, — z drugiej jednak strony przebiegają one oddzielnie, a raczej nie są identyczne z tamtymi, bo stan ich czynny nie zależy od stosunków krążenia krwi, wykazaliśmy bowiem, że ulegały one zadrażnieniu nie tylko po porażeniu ośrodków naczynioruchowych dla naczyń krwionośnych, ale, co więcej, po zupełnem wykluczeniu krążenia przez całkowite wypuszczenie krwi.

Pod wpływem zatem kąpieli zimnych, zadrażnione drogą odruchową, nerwy naczynioruchowe chłonne zwężają naczynia i sprowadzają odpowiednio do tego początkowy obfity wypływ limfy. Ponieważ stan czynny tych nerwów, względnie zależne od tegoż zwężenie naczyń, utrzymuje się tak długo, jak długo trwa drażnienie (kąpiel), jak to widzieliśmy na naczyniach krezkowych, przeto powstaje następowo utrudnienie i ograniczenie przedostawania się treści do wnętrza naczyń, powtóre, ponieważ utrzymuje się również, zależne od owego stanu nerwów, zwolnienie ruchu robaczkowego, przeto utrudniony jest odpływ limfy; jako wynik zatem mamy z jednej strony mniejszą ilość limfy, wypełniającej naczynia, z drugiej zwolniony jej odpływ, czyli ogólną ilość, otrzymaną w czasie zimnej kąpieli, mniejszą, niż w równym czasie przed kąpielą.

Nerwy naczynioruchowe chłonne, zadrażnione drogą odruchową pod wpływem kąpieli ciepłych rozszerzają naczynia, a tem samem ułatwiają i wzmagają dostawanie się do nich treści, powtóre przyspieszają ruch robaczkowy, a przez to i odpływ limfy; jako wynik zatem tego stanu mamy z jednej strony większą ilość limfy wypełniającej naczynia, z drugiej odpływ jej szybszy, czyli ogólną ilość, otrzymaną w czasie kąpieli ciepłej, większą, niż w równym czasie przed kąpielą. (Dok. nast.)

II. **Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.**

Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych.

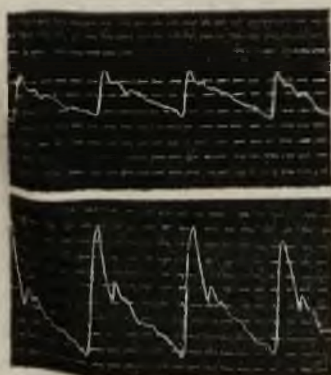
Podał

Dr. Władysław Maleszewski,

asystent kliniki.

Streszczając wyniki doświadczeń na wszystkich wyżej przytoczonych chorych, zaznaczyć muszę, że schodzą się one niejednokrotnie z wynikami doświadczeń z wodą przekroploną. Wysokość fali tętna stawała się z reguły większa, wzrastało wzniesienie wsteczne, które sadowiło się na ramieniu zstępującem niżej, niż przed wypiciem wody karlsbadzkiej. Różnice w wysokości fali tętna spostrzegać można było już prawie bezpośrednio po wypiciu wody, lecz *maximum* wysokości dopiero po 20—30 minutach; tętno wracało zazwyczaj do normy w 2—4 godzin. Liczba tętna z początku wzrastała o 10—14 uderzeń na minutę, lecz w niespełna godzinę nieraz opadała poniżej normy o kilka zaledwie uderzeń, poczem wraz z wielkością tętna wracała do normy. Parcie krwi w pierwszej chwili po wypiciu wody karlsbadzkiej (również jak i wody przekroplonej o tej samej ciepłocie) podnosiło się nieraz nawet o 30 mm. Hg., lecz po 10 do 20 minutach opadało niżej normy i to niewięcej jak 5 do 13 mm. Hg. i dopiero po kilku godzinach wracało do wielkości pierwotnej. Ciepłota ciała, mierzona pod pachą, podnosiła się zazwyczaj, ale nie zawsze, przy podawaniu wody gorącej o 0·2—0·9° C. i to częściej u chorych z wadą sercową, niż u zdrowych. Spostrzegałem jednakże i takie przypadki, gdzie ciepłota pozostawała niezmieniona podczas całego doświadczenia, mimo dużej ilości podanej wody gorącej, a mianowicie: u chorych z wadą sercową niewyrównaną, z obrzękami, i nieraz u ludzi zdrowych. Wyniki powyższe otrzymywałem tak przy podawaniu wody karlsbadzkiej, jak i wody przekroplonej, z tą tylko różnicą, że czas trwania wpływu wody przekroplonej bywał zazwyczaj nieco krótszy. Dwie krzywe tętna wykazują, jakie nieuchwytne różnice istnieją między wpływem wody karlsbadzkiej i zwyczajnej:

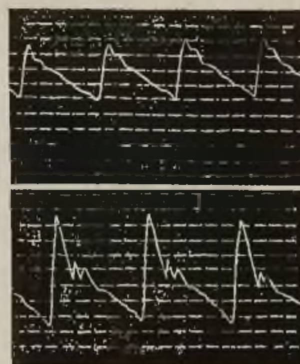
Chory C. *(Stenosis ostii ven. sinistri)*. (Fig. 3 i 4).



przed

po wodzie karlsbadzkiej 51° C. (1000 ctm. sz.)

Fig. 3.



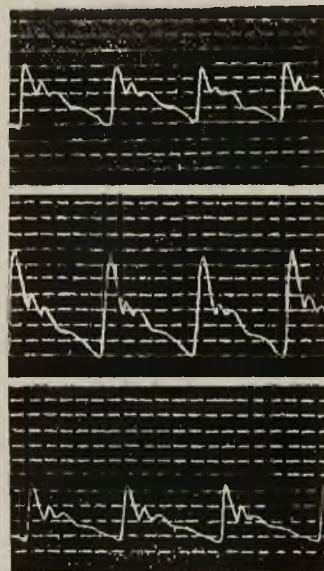
przed

po wodzie przekroplonej 51° C. (1000 ctm. sz.).

Fig. 4.

Wybitne różnice w wysokości fali tętna, fali dwubitnej (dykrotycznej), liczbie tętna na minutę, parciu, zauważałem tylko u ludzi zdrowych, lub z wadą sercową wyrównaną, jako to:

Zdrowy A (Fig. 5).



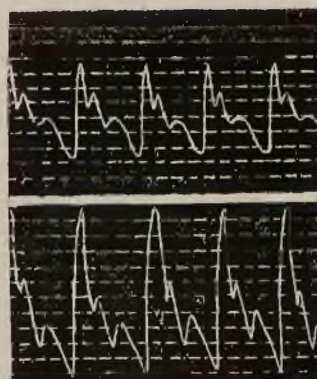
1000 ctm sz. 51° C.

po 10 minutach

po 1 godz. 50 minut.

Fig. 5.

Chory H. *(Hemiparesis ex endarteritide cerebri)*. (Fig 6).



400 ctm sz. 51° C.

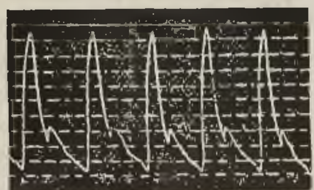
po 20 minutach.

Fig. 6.

Chora E. *(Atherosis arteriarum et cordis ad valv. bicuspidalem)*. (Fig. 7).



300 ctm. sz 51° C.

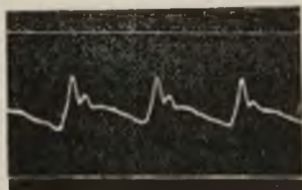


po 18 minutach.

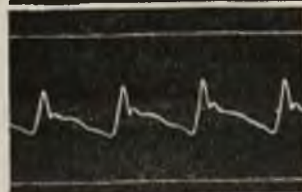
Fig. 7.

W przypadkach wad niewyrównanych z obrzękami, opuchliną brzuszną i worków (płucnowych i u chorych przyzwyczajonych do picia wielkich ilości płynów (jak w cukrzycy) woda karlsbadzka nawet w wielkiej ilości naraz podana o wysokiej ciepłocie pozostawała przeważnie bez wpływu na krążenie, lub wpływ był minimalny, nie odpowiadający ilości i ciepłocie wody. I tak:

Chora F. *(Diabetes mellitus)*. (Fig. 8).



400 ctm. sz. 51° C.



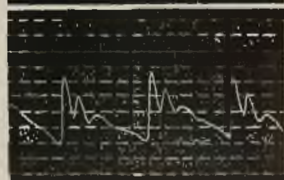
po 20 minutach.

Fig. 8.

Chory I. *(Insuf. valv. bicusp.)*. (Fig. 9).



400 ctm. 51° C.



po 15 minutach.

Fig. 9.

Chory D. *(Insuf. bicuspidalis in stadio incompensationis)*. (Fig. 10).



przed piciem



po 400 ctm. sz. w 15 minut.

Fig. 10.

Woda karlsbadzka o ciepłocie pokojowej, wprowadzona do żołądka w dużych ilościach, wywiera nieco odmienny wpływ, niż woda gorąca. Fala tętna zazwyczaj się nie zwiększa znacznie, natomiast parcie krwi się podnosi, a liczba tętna opada (identycznie jak przy wodzie przekroplonej). Słusznie mi można zrobić zarzut, że są to wyniki jednorazowego lub kilkakrotnie powtórzonego doświadczenia, lecz że ogólny wpływ dłuższego (4—6 tygodniowego) podawania wody karlsbadzkiej nie da się wyprowadzić z tych poszczególnych spostrzeżeń. Podaję przeto krzywe tętna od dwóch chorych C. i E., którym podawano Mühlbrunn o ciepłocie 51° C., na czczo, w ilości 800 ctm. sz. przez 6 tygodni.

Chory C. *(Stenosis mitralis)*. (Fig. 11).



Fig. 11.

Chora E. *(Atherosis arter.)*. (Fig. 12).

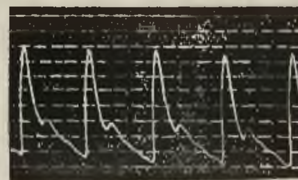


Fig. 12.

Różnice w tętnie, a następnie w parciu krwi są bardzo tylko nieznaczne, a jeżeli są jakie, to należy je odnieść do wycieńczenia ustroju mniej lub więcej częstemi biegunkami, do innych zmian chorobowych, które wpływały niekorzystnie na ustrój (jak u chorego C. napady padaczkowe, powtarzające się od czasu do czasu i zimnica zastarzała), jak również i do tego, że woda karlsbadzka podawana była nie w celach leczniczych, mając usunąć pewne przeszkody dla serca, jak zastoje brzuszne i t. p., lecz w celach doświadczalnych bez potrzeby dla ustroju, a więc mogąc go tylko wy-

cieńczyć, nie zdziaławszy nic dodatniego. W określeniu różnic między przyjmowanymi płynami, a ilością wydzielanego moczu nie było dużych wahań, owszem u wielu chorych zauważałem poniekąd różnicę większą na korzyść moczu, a więc niejako wpływ moczopędny wody karlsbadzkiej. Przytem ciężar gatunkowy moczu oddawanego podczas doświadczenia znacznie się obniżał, a kwasota zmniejszała się, w przeważnej zaś liczbie przypadków mocz stawał się alkaliczny i odczyn ten utrzymywał się dość długo, bo nieraz nawet przez kilka godzin.

U chorych z wadą niewyrównaną różnicy wybitnej nie spostrzegałem ani razu.

Doświadczenia na 2 psach i 1 kocie nie doprowadziły mię do wyników takich, któreby się schodziły z doświadczeniami na ludziach. Zauważyłem tylko, że po podaniu gorącej wody tak przekroplonej, jak i karlsbadzkiej, niejednokrotnie zaznaczała się dwubitność (dykrotyzm), czego przed wprowadzeniem wody nie było. Co do parcia, to ono ulegało w pierwszej chwili po podaniu wody albo bardzo małym wahaniom, tymsamym co u ludzi, albo też nie zmieniało się zupełnie. Wogóle różnice parcia nie były tego rodzaju, aby z nich można było wyprowadzać jakiekolwiek wnioski. Chociaż Lewaschew, robiąc doświadczenia na odciętych kończynach zwierząt, przepuszczał krew przez nie sztucznie i badał wpływ ciepła i zimna na rozmiary naczyń parcia krwi i z tych doświadczeń przyszedł do wniosku, że zniżenie ciepłoty podwyższało parcie, podwyższenie zaś obniżało, że w pierwszym przypadku naczynia się zwężały, w drugim rozszerzały stosownie do nasilenia zmian ciepłoty, jednak doświadczenia Mayera i Pribrama, skierowane wprost do wyśledzenia odruchowego wpływu z żołądka na serce przez zmianę ciepłoty w żołądku u zwierząt dały wyniki ujemne. Autorowie ci zauważyli, że drażnienie elektryczne, mechaniczne i termiczne żołądka powoduje zwolnienie tętna, podniesienie parcia tętniczego; tłómaczą to podrażnieniem odruchowem hamujących włókien n. błędnego i nn. naczynioruchowych. Doświadczenia te wykazały jednak, że drażnienie samej błony śluzowej nie dało tego samego wyniku, ale dopiero po podrażnieniu równoczesnem warstwy mięsnej.

Jakie przyczyny ujemnego działania wody wprowadzonej do żołądka na serce spostrzega się zatem u zwierząt, trudno odpowiedzieć; sam fakt chwilowo wystarczyć musi.

Wnioski, jakie wyprowadzić mogę z tych spostrzeżeń są następujące:

1) Wpływ wody karlsbadzkiej o różnych ciepłotach w ilości 200 ctm. nie różni się od wpływu wody przekroplonej w tychsamych warunkach podanej.

2) Wpływ większej ilości wody karlsbadzkiej trwa dłużej, niż wody zwyczajnej; te różnice czasu trwania wpływu przypisać należy powolniejszej resorbcyi wody karlsbadzkiej, niż wody zwyczajnej.

3) Działania wybitnego na tętno i parcie odmówić należy solom, zawartym w wodzie karlsbadzkiej.

4) Czas trwania wpływu zależy od ilości wody podanej i jej ciepłoty.

5) Czem wyższa ciepłota, tem różnice parcia są większe.

6) Czem mniejsze przestanki między jedną i drugą dawką wody, tem różnice w tętnie i w parciu są większe.

7) Serce chorobowo zmienione prędzej oddziaływa na wpływ wody karlsbadzkiej, niż prawidłowe, a wpływ ten trwa dłużej.

8) Przy wadach niewyrównanych wpływ wody karlsbadzkiej na krążenie jest zaledwie minimalny.

9) Osoby, zwykłe przyjmować większe ilości płynów są prawie niewrażliwe na wpływ wody karlsbadzkiej.

Chcąc zrozumieć wogóle wpływ płynów wprowadzonych do żołądka o różnej ciepłocie, musimy sięgnąć do anatomii i fizyologii serca i naczyń. Jeżeli weźmiemy pod uwagę budowę mięśnia sercowego, to wnioskować musimy, że on, jako mięsień prążkowany, już bez wpływów nerwowych i ośrodkowych ulegać może najrozmaitszym zmianom, tym wszystkim, którym każdy mięsień prążkowany z zasady ulega. Jeżeli dodamy do tego cały narząd nerwowy serca z jego wrażliwością i obszarem działania, to łatwo zrozumiemy, ile posiadamy czynników, regulujących czynność serca i stan naczyń.

Grupa ośrodków ruchowych, położona w samem sercu, podlegając już to sama różnorodnym wpływom czynników, zawartych we krwi, w otaczającej limfie, w ciepłocie, w ciśnieniu otoczenia, jużto zapomocą włókien dośrodkowych, dostarczających jej różnorodnych bodźców, powstających wskutek zmian w ich zakończeniach, sama może nieskończenie przeobrażać czynność serca. Włókna nerwowe, biegnące w nerwach błędnych, których podrażnienie działa hamująco na serce, włókna nerwowe, biegnące w nerwie współczulnym, których drażnienie działa przyspieszająco na czynność serca, dwie kategorye włókien nerwowych, przebiegających również w nerwach błędnych, których podrażnienie nie wywołuje przyspieszenia, ani zwolnienia ruchów serca, lecz wpływa na zwiększenie lub zmniejszenie siły skurczu podczas jednej ewolucyi serca, — oto narząd nerwowy, od którego czynność serca zawsze i wszędzie zależeć musi. Wziąwszy następnie pod uwagę, że drażnienie ośrodków nerwów błędnych i nerwu współczulnego wywołuje identyczny wpływ na serce, jak drażnienie samych nerwów i że ośrodki te mogą otrzymywać podniety z odległych okolic ciała przez nerwy dośrodkowe, znajdziemy nowy szereg dróg, zapomocą których wpływać możemy na czynność serca. A że naczynia posiadają również swój narząd nerwowy, działający zwężająco lub rozszerzająco na ich światło, nadający im sprężystość, lub wprowadzający je w stan zwiotczenia, nerwy te zaś stoją niejednokrotnie w związku z nerwami serca, czy to przez ośrodki w rdzeniu, czy też drogą pewnych pni nerwowych, w których przebiegają, przeto wszystkie prawie wpływy działające na naczynia odbijają się w czynności serca i odwrotnie. Jeżeli następnie weźmiemy pod uwagę cały szereg podniet, jako to: chemicznych, termicznych, mechanicznych i t. p., na które każdy człowiek w mniejszym lub większym stopniu narażony bywa, to nie zbłądzimy twierdząc, że niemal każda chwila przynosi nam nowy objaw czynności serca. Nie mówię tu o podnietach, któremi dowolnie nieraz modyfikować możemy czynność serca, lecz o tych podnietach, które wypływają z czynności fizyologicznych całego ustroju, z przemiany materyi, z ruchu i t. p.; nie mówię tu zatem o takich przypadkach, jak ten, że Ziemssenowi udało się zwiększyć liczbę uderzeń serca u człowieka prądem przerywanym i to stosownie do ilości

przerw prądu t. j. z 80 uderzeń na minutę na 100, 120, 180, używając również 100, 120, 180 przerw prądu na minutę, lecz chętniej biorę pod uwagę spostrzeżenie Ed. Webera, który dowiódł, że przy prędkiem chodzeniu liczba uderzeń serca staje się współczesna z krokami. Spostrzegając wpływ ciepłoty na wycięte serce żaby zauważymy, że serce to, włożone do ciepłej wody, okazuje przyspieszenie uderzeń z 12 na 40 (Humbold); w miarę podwyższenia ciepłoty z początku liczba uderzeń wzrasta, poczem opada i serce zatrzymuje się w fazie skurczu, przyczem wielkość skurczów rośnie w miarę podnoszenia się ciepłoty wody do 20°C., przy dalszem podwyższeniu maleje. — W miarę oziębienia serca liczba uderzeń się zmniejsza, przy oziębieniu do 0° — serce staje. Jeżeli zaś serce przeniesiemy z ciepłego środowiska, n. p. z wody na lód, liczba uderzeń nagle wzrasta, a jeżeli następnie przeniesiemy z powrotem do ciepłej wody, liczba uderzeń z początku opada, poczem się znowu wkrótce podnosi. (Aristow). (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Z biochemii komórki.

(Streszczenie zbiorowe).

Badania ostatnich lat dowiodły, że komórka nie jest ostatecznem ogniwem łańcucha, na jakie ustrój rozłożyć można. Wydoskonalenie sposobów badania (metod), a zwłaszcza barwienia, pokazało, że w samej komórce znachodzą się jeszcze oddzielne części, posiadające odrębność, bo rozmaity skład chemiczny. Pewne części komórki barwią się tylko pewnymi barwikami. Objaw ten tłómaczono rozmaicie. I teraz jeszcze są badacze, którzy w odmiennem barwieniu się pewnych części komórki nie widzą sprawy chemicznej, tylko po prostu większą skłonność tych części do pewnych barwików. Coraz bardziej jednak zyskuje podstawę przypuszczenie, że jest to sprawa chemiczna.

W myśl twierdzenia pierwszego, że barwienie różniczkowe nie ma nic wspólnego z chemiczną sprawą, uważają takowe owi badacze za objaw czysto fizykalny, a więc byłoby to tem samem, co w wykonawstwie murarskiem nazywa się wyprawą czyli tynkowaniem — (Tuenchung) — lub też byłoby rozpływaniem się — dyfuzyą. Pewne części komórki posiadają tylko co najwięcej szczególne upodobanie do pewnych barwików. Więc z mięszaniny barwików na mocy tego upodobania wybierają pewien tylko barwik. Sam barwik tedy nie działa, jest to sprawa bierna, pewna część komórki nasiąka nim. Nazywa się to zdolnością wyboru — *electivitas.*

Podług tego twierdzenia jądro ma zawsze upodobanie do barwików zasadowych, pierwoszcze przeciwnie — do barwików kwaśnych. Drugie twierdzenie, że barwienie polega na zasadzie chemicznej, znalazło dowody w mięszaninach kilku barwików, ułożonych podług stałych przepisów. Mianowicie trójbarwik — triacid — wymyślony przez Ehrlicha (6) pokazał taką ścisłość objawów w zastósowaniu do rozmaitych komórek, że nie można powątpiewać w chemiczną sprawę w działaniu tej mięszaniny barwikowej. Barwienie komórek i tkanek, używane w technice drobnowidowej przynajmniej przy niektórych sposobach barwienia, polega rzeczywiście na objawach chemicznych, odbywających się w jądrze i pierwoszczu komórki. Trójbarwik Ehrlichowski w zastósowaniu do komórek rozmaitego rodzaju dał znakomite wyniki, obrazy bardzo piękne, nadzwyczaj wyraźne, niepozostawiające żadnej pod tym względem wątpliwości.

Na podstawie zróżniczkowanych obrazów można było myśleć o wejrzeniu w zawiłość komórki już nie tej dawniejszej, ale nowej komórki, posiadającej odrębne w sobie części, będącej osobnym ustrojem, który ma oddzielne narządy. Powstała biochemia w zastósowaniu do komórki mikrochemia.

W najświeższym czasie mnożą się dowody, że barwienie tkanek jest w związku z ich chemizmem. Wobec więc tego zdolność wyboru (wybiorczość — *electivitas)* poszczególnych części komórki nie jest objawem biernym, fizycznym, lecz czynnym, chemicznym.

Mianowicie niektórzy badacze używając eozyny i błękitu metylenowego zauważyli, że rozczyny tych barwików w pewnych stosunkach ze sobą pomięszane tworzą strąt innego, nowego barwika, czyli że przez zmięszanie ich następuje połączenie chemiczne, nowy barwik, mający inne własności, niż pierwotne składniki. Dalej pokazało się, że tkanki i komórki są w stanie barwik ten nowy, wypadkowy rozłożyć na składniki w pewnych częściach komórki. Jądro stale wybiera z połączenia ten składnik, który go zabarwia na niebiesko, pierwoszcze zaś ów, co barwi na czerwono.

Pierwszym, który wpadł na ślad tej sprawy był Romanowski (1). Zajmował się on badaniem pasorzytów zimniczych, a do barwienia używał eozyny i błękitu metylenowego. Dostrzegł, że po zmięszaniu jednej objętości zgęszczonego wodnego rozczynu błękitu metylenowego z dwiema objętościami 1% rozczynu wodnego eozyny, powstaje strąt trzeciego barwika obojętnego, a strąt ten okazywał szczególne powinowactwo do chromatycznej sieci jądra, t. j. barwił ją silnie. W dalsze badanie tego trzeciego barwika wypadkowego, który wydawał się być nowem ciałem barwnem, nie zapuszczał się jednak Romanowski.

Dalej posunął sprawę Ziemann (2). Badając również pasorzyty zimnicze, o których wydał był niedawno cenne dzieło, posługiwał się barwieniem eozyną i błękitem metylenowym. Na sporządzanie mięszanin tych barwików kładzie on wielką wagę, a używa bardzo zawiłego sposobu, o którym należy czytać w oryginale.

Dosyć, że również w jego sposobie ogromne znaczenie ma ten trzeci obojętny barwik wypadkowy.

Mianowicie, podobnie jak Romanowski, otrzymał Ziemann ze zmięszania rozczynów wodnych eozyny i błękitu nowy barwik w strącie, a ten barwik rozpuszczał się w nadmiarze błękitu lub eozyny. Barwik ów trzeci posiada powinowactwo do sieci jądra i zapomocą niego można było wykazać utkanie chromatyczne jąder pasorzytów i to w sposób bardzo wyraźny, kiedy wogóle zabarwienie tego utkania jest nadzwyczaj trudne. Co do przyrody tego trzeciego barwika wypadkowego i jego składu chemicznego — nie poszedł Ziemann dalej.

Zajął się tą sprawą Rosin (3) w dalszym ciągu, a to z przyczyny badań nad innym znów rodzajem komórek, mianowicie komórek nerwowych, których budowa wewnętrzna zaczyna się teraz rozjaśniać dzięki ulepszonym sposobom badań drobnowidowych.

Badania swoje zaczął Rosin początkowo z innym barwikiem, t. j. z czerwienią obojętną, wprowadzoną przez Ehrlicha (6) do techniki drobnowidowej. Przedewszystkiem należy sobie uprzytomnić, że „czerwień obojętna" nosi to miano zgoła nie od swych własności chemicznych. Jest to bowiem barwik anilinowy o odczynie zasadowym, a nazwę dostał od swojej barwy w znaczeniu, jakie tym odcieniom barw nadają malarze. Jest to odcień obojętny czyli neutralny, co znaczy, że odcień ten nie przechyla się na żadną stronę barw składowych, z jakich złączenia powstał. Istnieją w malarstwie osobne farby do wywołania tych barw obojętnych, jak n. p. najwięcej znana tinta neutralna, dalej czerwień i błękit neutralny czyli obojętny. W pojęciu więc tem przeniesionem z malarstwa czerwień owa, używana w technice drobnowidowej, jest „obojętną".

Znakomite przymioty czerwieni obojętnej w mikroskopii uwydatnił Ehrlich i za jego też przykładem zaczęli inni badacze posługiwać się tym barwikiem w barwieniu komó-

rek, w których się rozchodzi o nadzwyczaj drobne szczegóły. Czerwień obojętna posiada jeszcze te zalety, że da się użyć znakomicie do „barwienia żywcem“ — (vitale Färbung (6).

Rosin, barwiąc komórki i tkanki nerwowe zapomocą tej czerwieni, dostrzegł, że barwa jej „obojętna“ zmienia się pod wpływem kwasów na żywo czerwoną, a pod wpływem zasad blednie i staje się żółtą. Tkanka więc lub komórka barwi się jednym barwikiem podwójnie, składniki ich zasadochłonne — *(basophile)* — stają się czerwone, kwasochłonne — *(acidophile oxyphile)* — bladożółte. W komórce jądro barwi się na czerwono, pierwoszcze na żółto. W komórkach nerwowych rzecz ta zachowuje się nieco inaczej, tem dziwniej, że, jak Ehrlich wykazał, wogóle pierwoszcze komórki jest kwasochłonne, a jądro zasadochłonne. Komórka nerwowa posiada jednak właściwe sobie twory odkryte przez Nissla, tak zwane ziarna Nissla — *(granula Nissli)*. Ziarna te, swoją drogą posiadające właściwą budowę, wcale nie jednorodne, jak inne ziarenka ziarnin komórkowych, n. p. w ciałkach białych krwi, — są podobnie jak i jądro innych komórek (oprócz nerwowych) zasadochłonne.

Jądro zaś komórek nerwowych, w przeciwieństwie do jądra wszystkich innych komórek, nie barwi się zasadowym barwikiem, a wogóle barwi się trudno. Jąderko znów w jądrze komórki nerwowej barwi się barwikiem obojętnym.

Jeżeli zastosujemy czerwień „obojętną“ Ehrlichowską do barwienia komórek nerwowych, to wówczas barwią się ziarna Nisslowskie (zasadochłonne) na żywo czerwono, jąderko jądra na czerwono, pozostała część komórki, więc jej pierwoszcze i jądro — na bladożółto.

Jak widać z tego objawu, komórki nerwowe różnią się bardzo od komórek innych ustroju pod względem biochemicznym.

Czerwień obojętna okazała się więc nowem ogniwem łańcucha „barwno-analitycznej teoryi“ Ehrlichowskiej (6), której pierwszem ogniwem był „trójbarwik“ Ehrlichowski.

Dalszem ogniwem jest wspomniany barwik wypadkowy, na który natrafili Romanowski i Ziemann, a który w dalszym ciągu użył do swoich badań Rosin (4). Sięgnął zaś Rosin do tego barwika z powodu, że wielu badaczy (Held, E. Heimann, a między nimi i sam Nissl), zaprzeczyli zasadochłonnej własności ziarn Nisslowskich.

W badaniach szczegółowych znalazł Rosin, obok barwika wypadkowego z eozyny i błękitu metylenowego, szereg innych barwików po większej części nawet uzyskanych w stanie krystalicznym, które się wybornie nadają do oznaczania czynnej chemicznej własności tkanek i komórek. Wyszukiwanie takich nowych barwików wymaga ogromnie dużo pracy i trudu. Zasady mniej więcej są te same, co przy otrzymywaniu barwika wypadkowego z eozyny i błękitu. Ostatecznie jest rzeczą pewną, że z połączenia eozyny, więc barwika kwaśnego, — z błękitem metylenowym (barwikiem zasadowym) powstaje nowe ciało barwne, które tymczasowo nazwał Rosin eozynianem błękitometylenowym *(eosinsaueres Methylenblau)*.

Prócz tego połączenia istnieje, jak wspomniałem, wiele innych podobnych, w takiż sposób otrzymanych, nowych wypadkowych barwików. Do takich barwików zaliczyć należy barwik uzyskany przez Ehrlicha (5) wskutek połączenia czerwieni Magenta z kwasem pikrynowym (octan rozanilinowy i pikrynian amonowy).

Z dalszych badań Rosina (4) wyniknęły następujące wnioski:

Jeżeli się zmięsza ze sobą zgęszczone rozczyny wodne barwika anilinowego kwaśnego i zasadowego w tym składzie, że mięszanina ma odczyn obojętny lub prawie obojętny, następuje zawsze strąt, który to strąt rozpuszcza się częściowo lub zupełnie za dodaniem nadmiaru jednego z barwików, albo zasadowego albo kwaśnego. Taki strąt można otrzymać po zmięszaniu rozczynów wodnych:

— eozyny + błękitu metylenowego;
— erytrozyny + błękitu metylenowego;
— oranżu metylowego + zieleni metylowej;
— rubinu + zieleni malachitowej;
— kwasu pikrynowego + błękitu metylenowego;
— kwasu pikrynowego + czerwieni Magenta — itd. itd.

Strąty mięszanin tych barwików albo odrazu są w stanie krystalicznym, albo też dadzą się w tym stanie otrzymać. Są w wodzie prawie nierozpuszczalne, w wyskoku jednak zawsze się rozpuszczają.

Najważniejszy z tych strątów, ów eozynian błękito-metylenowy, otrzymany z mięszaniny rozczynów eozyny i błękitu, zachowuje się w ten sposób, że rozpuszcza się w wyskoku dosyć łatwo, barwiąc go na niebiesko z odcieniem fiołkowym. Przez wykrystalizowanie powstają igiełkowate kryształy, nierozpuszczalne w wodzie zimnej, nieco tylko w gorącej, a rozpuszczające się łatwo w wyskoku barwą niebiesko-fiołkową z silną fluorescencyą zieloną. Rozczyn posiada osobne własne widmo. Kryształy mają połysk kruszcowy, wietrzeją łatwo na powietrzu i nabierają wówczas barwy ciemnobrunatnej.

Nowe to ciało barwne, tymczasowo eozynianem błękitometylenowym nazwane, ma nadzwyczaj ważne znaczenie biochemiczne, a to się objawia w ten sposób:

1. Rozczyn wyskokowy tego barwika pod wpływem kwasów organicznych zmienia swą barwę na czysto niebieską, nawet na niebiesko-zieloną. Przez zobojętnianie odzyskuje dawną barwę. Kwasy mineralne barwią ten barwik w podobny sposób, jak to czynią kwasy organiczne, jednakowoż przez zobojętnienie nie przy każdym kwasie powraca pierwotna barwa.

2. Rozczyn wyskokowy barwika, który przez działanie roztworów zasadowych barwi się na czerwono, podczas zobojętniania wraca dawna barwa.

3. Wogóle wszystkie kwaśne istoty barwią w tym barwiku niebiesko, zasadowe — czerwono, obojętne — fiołkowo. Szkło nawet, które czasem miejscami bywa zasadowe, barwi się w tych miejscach czerwono. Celoidyna słabo kwaśna barwi się: niebiesko. Białko: czerwono. Śluz: niebiesko. Nukleina: niebiesko. Włóknik: czerwono. Mniej więcej barwa występuje podobna jak w trójbarwiku Ehrlichowskim.

4. Skrawki tkanek włożone w rozczyn wyskokowy bladofiołkowy tego barwika barwią się tak, że jądra są zawsze niebieskie, pierwoszcze zawsze silnie czerwone. Wyjątkiem od prawidła są tylko komórki nerwowe, w których barwi się istota podstawowa pierwoszcza również silnie czerwono, lecz ziarna Nisslowskie — niebiesko, kiedy jądra nie barwią się na niebiesko. Ziarnina obojętnochłonna w ciałkach białych w białaczce barwi się na fiołkowo.

Jak więc z tego widać ciało, otrzymane w stanie krystalicznym, więc czyste, którego odczyn na papierku lakmusowym naklejonym jest obojętny, rozszczepiają tkanki i komórki na części składowe, a wobec tego równocześnie barwi się jądro zasadochłonnie, a pierwoszcze kwasochłonnie. Tę więc własność rozszczepiania barwika zatrzymują tkanki nawet po śmierci. Większa część sposobów stwardniania i utrwalania nie niszczy owej własności rozszczepiania barwika przez tkanki. Tak tedy, do rozmaitych własności tkanek i komórek zatrzymywanych nawet po ich śmierci, do których w ostatnich czasach przybyła własność utleniania, wykazana przez Spitzera, przybywa jeszcze ta własność rozszczepiania barwika, występująca podług praw chemicznych.

Własność zasadochłonna, objawiająca się w jądrze, jest najprawdopodobniej w związku z nukleiną, posiadającą również silnie powinowactwo do zasad, co już udowodnili inni badacze (Kossel, Posner itd.) zapomocą trójbarwika Ehrlichowskiego.

Barwik wypadkowy z eozyny i błękitu, jak wspomniałem, rozpuszcza się w wyskoku i w takim też rozczynie użyć go można do barwienia preparatów ze krwi w białaczce lub w zimnicy. Do innych celów rozczyn wyskokowy mniej się nadaje. Można jednakowoż sporządzić również rozczyn wodny, a to na podstawie tej właściwości barwika wypadkowego, że rozpuszcza się on w nadmiarze jednego lub drugiego z barwików składowych. Im więcej jest zgęszczony rozczyn jednego lub drugiego barwika, tem więcej rozpuści się z barwika wypadkowego. Można więc zgęszczony rozczyn błękitu lub eozyny nasycić jeszcze barwikiem wypadkowym i wówczas rozpuści się go najwięcej. Taki rozczyn nasycony już nie będzie obojętny, ale albo kwaśny, jeżeli się użyło rozczynu eozynowego, albo też zasadowy, w razie użycia rozczynu błękitowego, mimo to przecież zawiera w sobie ciało obojętne w rozczynie nasyconym. Rozczyn ten nadaje się znakomicie do barwienia tkanek, komórek, a zwłaszcza wtedy, jeżeli idzie o zabarwienie chromatyny jądra.

Wziąwszy na uwagę, że podobnych barwików wypadkowych można otrzymać cały szereg i że da się też łączyć barwiki wypadkowe obojętne ze sobą, otworzy się szerokie pole do badań barwno analitycznych, które może mieć wielkie znaczenie tak teoretyczne, jak i praktyczne.

Badania, które razem zestawiłem, dążą do jednego celu, mianowicie do udowodnienia, że barwienie się komórek i ich części składowych jest sprawą biochemiczną. Skoro zaś to zostało udowodnione, wyniki barwienia pozwolą wyciągnąć wnioski daleko idące, które nam mogą oddać nieocenione usługi w rozjaśnieniu ustroju komórki.

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

Piśmiennictwo:

1. Romanowski. Zur Frage der Parasitologie und der Therapie der Malaria. 1891. — 2. Zieman Ueber Malaria und andere Blutparasiten. Jena. 1898. — Tenże: *Centralbl. f. Bacteriologie*, 1898, Nr. 25. — 3. E. Rosin. Zur Faerbung und Histologie der Nervenzellen. Aus der med. Universitätspoliklinik in Berlin. (Prof. Senator). (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 39, str. 615). — Rozprawa nad powyższym odczytem w Berlińskiem Towarzystwie dla psychiatrii i chorób nerwowych, na posiedzeniu 13/6 1898 patrz protokół z posiedzenia w *Berliner klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 37, str. 824. — 4. Rosin. Ueber eine neue Gruppe von Anilinfarbstoffen, ihre Bedeutung für die Biochemie der Zelle und ihre Verwendbarkeit für die Gewebsfärbung (z kliniki prof. Senatora). (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1899, Nr. 12, str. 251). — 5. Ehrlich & Lazarus. Die Anämie. I Abtheilung. Normale und pathologische Histologie des Blutes. (*Specielle Pathologie u. Therapie von Prof. Nothnagel*. VIII Band. I Theil. I Heft. Wien. 1898. na str. 25 i d.). — 6. Ehrlich. Oprócz pracy wymienionej pod 5. porównaj też: — Beiträge zur Kenntniss der Anilinfärbungen und ihrer Verwendung in der mikroskopischen Technik. (*Archiv für mikr. Anatomie*, Band XIII. 1877). — Tenże. Methodologische Beiträge zur Physiologie u. Pathologie der verschiedenen Formen der Leukocyten. (*Zeitschrift für klin. Medicin*, Band I. 1880). — Tenże. Ueber die Bedeutung der neutrophilen Körnelung. (*Charité-Annalen*, Band X). — Tenże. Farbenanalytische Untersuchungen zur Histologie und Klinik des Blutes. Berlin, 1891.

IV. Wyciągi.

Schauman Ossian i Willebrand Erik. **Odnowa krwi w blednicy.** (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 1 i 3. 1899). O wiele lepiej znamy właściwości krwi na szczycie blednicy, aniżeli w okresie ustępowania choroby. W tym okresie, t. j. w czasie zdrowienia, należy zwrócić uwagę na dwa szczegóły: po pierwsze — na stosunek pomiędzy ilością ciałek czerwonych a zawartością hemoglobiny; po wtóre — na zmiany wielkości pojedyńczych ciałek czerwonych.

Co do tych szczegółów dotąd niema zgody. Najwięcej zwolenników ma nauka Hayema, która odróżnia dwa okresy w sprawie odnowy krwi w blednicy. Pierwszy okres nazywa Hayem „période de multiplication“, t. j. zwiększenie ilości ciałek czerwonych; drugi „période de perfectionnement des hématies“, to znaczy, że ciałka czerwone nowotworzone, z początku małe, blade i zniekształcone, stają się powoli prawidłowemi tak co do wielkości, jak barwy i kształtu. Czyli inaczej powiedziawszy, mimo że ilość ciałek czerwonych znacznie rośnie, zawartość hemoglobiny zwiększa się stosunkowo wolno. Naukę Hayema przyjęli badacze francuscy, częściowo też niemieccy. Sprzeciwili się jej inni badacze niemieccy, jak Stintzing, Gumprecht i Graeber, którzy wprost przeciwnie dowodzą, a mianowicie, że w okresie zdrowienia w blednicy rośnie przedewszystkiem zawartość hemoglobiny, kiedy ilość ciałek czerwonych nieznacznie albo wcale się nie zwiększa.

Co się tyczy drugiego szczegółu, t. j. o zmianach wielkości pojedynczych ciałek czerwonych, zdania jeszcze bardziej są podzielone. Hayem, jak wspomniano wyżej, naucza, że odnowa krwi w tym względzie znamionuje się występowaniem małych ciałek czerwonych, a wielkie ciałka, jeżeli były na szczycie blednicy, to w okresie zdrowienia znikają. Engelsen wprost przeciwnie widział w czasie ustępowania blednicy coraz większe ciałka. Zresztą rozmiarami ciałek czerwonych mało się dotychczas badacze zajmowali.

Autorowie zabrawszy się do oświetlenia tych dwu szczegółów, dotąd ciemnych, badali w blednicy schodzącej:

1) Ilość ciałek czerwonych, 2) zawartość hemoglobiny, 3) średnicę ciałek czerwonych. Blednica była średniego stopnia, przypadków wszystkich ośm. Leczenie zasadzało się na podawaniu starego leku żelezistego, t. j. pigułek Blauda (od 0·60—1·80 *ferri sulf. pro die)*. U trzech chorych prócz tego dawano wyciąg z jajników, jednak bez żadnego widocznego skutku.

Wyniki były następujące: nasamprzód nauka Hayema o względnym stosunku przyrostu ciałek a hemoglobiny zupełnie się potwierdziła.

Szczegółowo znaleźli autorowie zajmujące objawy. I tak, ilość ciałek czerwonych wzrastała nawet ponad ilość prawidłową. W tych przypadkach, w których od początku ilość ciałek czerwonych była mało co mniejsza, niż prawidłowa, przyrost również się pokazał. Przyrost był wcale znaczny, dochodził do 2 milionów + na mm³. Lecz przyrost ten występował tylko chwilowo, bo w końcu okresu zdrowienia napowrót opadał; w każdym razie ilość ciałek czerwonych w końcu była większa, niż z początkiem zdrowienia. Odnowa krwi co do ilości ciałek trwała 3—4 tygodni

Zawartość hemoglobiny wzrastała, lecz o wiele powolniej. Niektóre chore opuściły zakład leczniczy z prawidłową ilością ciałek, jednak z niezupełną zawartością hemoglobiny. W tym czasie, kiedy ilość ciałek z początku zdrowienia za wysoka, poczynała opadać, można było stwierdzić wyraźne zwiększenie zawartości hemoglobiny.

Drugi szczegół dotyczący rozmiarów ciałek czerwonych rozjaśnili autorowie zapomocą dokładnych pomiarów. Ciałka czerwone z początku zdrowienia małe, blade, z pewnemi zboczeniami od prawidłowego kształtu, ustępowały miejsca ciałkom większym, lepiej zabarwionym. Średnica ciałek, coraz większa, dochodziła w środku okresu zdrowienia do największych rozmiarów, w końcu jednak tego okresu znowu się zmniejszała; zawsze przecież w końcu zdrowienia ciałka były większe, niż te pierwotne na szczycie blednicy.

Trzy dodane w treści rysunki dobrze uwydatniają te różnice.

W tym tedy względzie nauka Hayema nie potwierdziła się, bo kiedy Hayem dowodzi, że w okresie zdrowienia giną wielkie ciałka, a przybywa małych, autorowie znaleźli odwrotny stosunek, że przybywa większych, a małych ubywa, z tym jeszcze dodatkiem, że z początku objawia się jakoby pewna przesada w wytwarzaniu zawielkich ciałek, która w dalszym ciągu zdrowienia uspokaja się, a zwyciężają ciałka niezbyt wielkie, takie, jak w krwi prawidłowej.

Z tych wyników można wyprowadzić jeszcze dalsze wnioski ogólniejszej przyrody. I tak, wielkie ciałka czerwone należy uważać za młode, nowotworzone, małe za ginące. Dalej, odnowa krwi w błednicy zachowuje się taksamo, jak w niedokrewności urazowej, kiedy w niedokrewności złośliwej (A. perniciosa) nowe ciałka czerwone są prawidłowo zabarwione, a nawet nieraz zbyt silnie.

Jak wytłomaczyć tę różnicę w odnowie krwi, kiedy tak w błednicy i niedokrewności urazowej, jak w niedokrewności złośliwej narząd krwiotwórczy żywo pracuje.

Autorowie, rozwiązując tę sprawę, zwracają uwagę na ważny szczegół, dotyczący przemiany materyi, w tych na oko pokrewnych chorobach.

Mianowicie, w niedokrewności złośliwej rozpadają się nadmiernie ciałka czerwone, a żelazo z rozpadu ich odkłada się w narządach, jak w wątrobie i śledzionie. Rozpad ciałek czerwonych odbywa się i w prawidłowym ustroju, odkłada się również żelazo w narządach, wszakże z rozpadem w równym stopniu idzie odnowa krwi i nie zbiera się żelazo w nadmiarze w wątrobie i śledzionie. W niedokrewności urazowej i w błednicy istnieje nawet niedostatek żelaza. Wprawdzie w ostatnich czasach Noorden stanął okoniem naprzeciw zdaniu o głodzie żelaznym w błednicy, to choćby się z twierdzeniem swojem utrzymał, nikt nie zechce widzieć nadmiaru żelaza w tej chorobie.

A zatem można na zasadzie nierównego zapasu żelaza w niedokrewności złośliwej, a w błednicy i niedokrewności urazowej, wyjaśnić pojawianie się w pierwszej chorobie ciałek silnie zabarwionych, w drugich zaś ciałek bladych.

Możnaby temu wyjaśnieniu zarzucić, że niektórzy chemicy przeczą, aby żelazo zapasowe dało się użyć do utworzenia hemoglobiny. Tak jednak nie jest, bo w ostatnich czasach wyniki rozlicznych badań dowiodły możliwości nietylko wessania, ale też przyswojenia (assimilatio) żelaza, zawartego w lekach.

Co do samego leczenia błednicy podnoszą autorowie, że oprócz podawania żelaza w postaci pigułek Blauda, co się pokazało najlepszem z pomiędzy mnóstwa innych lekowań żelezistych, stósowali w swoich przypadkach leżenie w łóżku w początku leczenia i temu też przypisują wielkie znaczenie. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Dr. A. Fraenkel. **Przyczynek do techniki wycięcia drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego na podstawie czaszki.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1899, Nr. 9). F. zaleca następujące postępowanie: Od jamy ust w okolicy t. z. *fossa canina* odsłania się przodkową ścianę jamy Highmora przez utworzenie płatu z błony śluzowej i kości. Przy sztucznem oświetlaniu jamy H. spostrzega się w okolicy tylnej zewnętrznej krawędzi przeświecający nerw. W tem miejscu nacina się wyściółkę jamy H. i przebija kość. Naciągając nerw można łatwo wyciąć go na przestrzeni od szczeliny oczodołowej dolnej (fissura orbit. inferior) aż do otworu okrągłego (foramen rotundum).

Herman.

Schlesinger. **Intubacya stósowana w praktyce prywatnej w przebiegu dławca błoniczego.** *(Münch. med. Wochft.* Nr. 14, 99). Mimo jednozgodnych twierdzeń o dobrych wynikach leczenia dławca zapomocą intubacyi w porównaniu z tracheotomią, ta ostatnia dotychczas prawie wyłącznie stósowaną bywa tylko w szpitalach. Wszyscy klinicyści, jak Bokai, gorący zwolennik intubacyi, Sevestre i inni, bezwzględnie radzą, by chorych z dławcem oddawano do szpitala ze względu na niebezpieczeństwa, mogące po intubacyi wystąpić, — gdy tymczasem w ojczyźnie O'Dwyera intubacyę wykonuje się w większej części przypadków w domach prywatnych.

Autor zastanawia się nad pytaniem, czy w praktyce prywatnej, t. j. poza szpitalem, można w dławcu zastósować intubacyę i czy po wykonaniu jej można chorego zostawić tylko w opiece domowej. Na to pytanie odpowiada twierdząco, a odpowiedź tę opiera na 4 przypadkach z praktyki prywatnej, w których poza szpitalem wykonał intubacyę z pomyślnym wynikiem i wykazuje, że wykonując intubacyę za szpitalem, nie naraża się chorych na żadne większe niebezpieczeństwa.

Cóż się może bowiem po dokonanej intubacyi przydarzyć?

1. Po wprowadzeniu tubusa powstać może duszenie się, wywołane przez zatkanie tubusa bądź błoną dławcową, bądź też śluzem. W pierwszym przypadku duszność powstaje zaraz, a wówczas lekarz jest jeszcze obecny i zapobiega temu, w drugim zaś przypadku duszność występuje powoli, a wtedy, gdy lekarza niema w obejściu, należy go wezwać.

2. Chory może tubus wykrztusić, stósując jednak tubusy Bayeuxa zapobiega się wykrztuszaniu, gdyby jednak to nastąpiło, występująca duszność, przez zastósowanie wdychiwań, podawanie ciepłych napojów, nie wzmaga się zbyt szybko, i wezwany lekarz w samą porę przybędzie.

3. Chory może tubus wyjąć, pociągając za nitkę, temu zapobiega się przez zawinięcie rąk.

Tak więc, zdaniem autora, niebezpieczeństwa połączone z intubacyą w praktyce prywatnej dadzą się łatwo ominąć i na tej podstawie zachęca do wykonywania jej, dodając od siebie tylko tę uwagę, ażeby do wyjęcia tubusa przystępować o kilkadziesiąt godzin później niż to przeciętnie się robi w szpitalu. *Grażyński.*

Dr. J. Sorgo. **Leczenie tętniaków podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny.** (Ref. zb. w *Ctrbl. f. d. Grnzgbt. d. Med. u. Chir.* Nr. 1. 1899). Dastre i Floresco zwrócili w roku 1896 uwagę na fakt, że żelatyna, dodana do krwi, podnosi jej krzepliwość i przeciwdziała swoiście proteozom i propeptonom, które, jak wiadomo, obniżają krzepliwość krwi, chociaż nie w tym stopniu, jak szczawiany i inne zgęszczone roztwory soli. Własność tę żelatyny stwierdzili potem Camus i Gley; nie widzą oni jednak w tem żadnego swoistego działania, lecz sądzą, że krzepliwość krwi po dodaniu żelatyny podnosi się skutkiem jej kwaśnego oddziaływania, dowodem czego ma być fakt, że roztwór żelatyny, zobojętniony węglanem sodowym, tych własności nie okazuje. Powtórnie podjęte przez Floresco doświadczenia tylko w części potwierdziły zdanie C. i G.; według niego głównie własność krzepnięcia krwi polega na swoistem działaniu żelatyny, zaczem świadczyć ma ta okoliczność, że parcie ościenne krwi po wstrzyknięciu żelatyny podnosi się, gdy po kwasach obniża się. Stanęło jednak na tem, że krew po dodaniu żelatyny krzepnie. Własność tę wyzyskali Lancereaux i Paulesco i zaczęli wstrzykiwać podskórnie chorym z tętniakami $2-2^1/_2{}^0/_0$ roztwór żelatyny białej w słonej wodzie ($7^0/_{00}$ NaCl), po 100—200 sz. ctm. na dawkę w odstępach 6—8 dniowych. Roztwór wyjaławia się poprzednio przez ogrzanie do 120^0 i wstrzykuje ogrzany do 37^0 C. Tym sposobem osiągnęli kilka wyleczeń lub znaczną poprawę w ogólnym i miejscowym stanie chorego. L. i P. tłomaczą sobie, że żelatyna wprost jako taka dostaje się z tkanki podskórnej przez naczynia chłonne do krwi, a ponieważ w tętniaku obieg krwi jest zwolniony i ściany worka nierówne, więc przedewszystkiem tam krew krzepnie. Dwóch chorych z rozlanem rozszerzeniem tętnicy głównej zmarło niezależnie od leczenia. Prócz tych autorów sposobem tym posługiwali się Boinet, Barth Huchard i Laborde. Nie wszyscy jednak z równem powodzeniem. Dwaj pierwsi stracili swych chorych: pierwszy sądzi, że skutkiem ucisku, jaki w tętniaku tworzący się skrzep wywierał na żyłę główną górną i na tętnicę płucną, drugi skutkiem ostrej niedokrewności mózgu, wywołanej zaczopowaniem tętnicy dogłowowej lewej.

W jaki sposób żelatyna z tkanki podskórnej dostaje się do krwiobiegu? Lancereaux twierdzi, że przez naczynia chłonne bez zmiany swej istoty, a Laborde i Gley z Camusem twierdzą, że najpierw żelatyna ulega zpeptonizowaniu i jako pepton przechodzi do krwi, więc działa nie jako taka, lecz tylko skutkiem kwaśnego oddziaływania (sposobu tego wartoby spróbować w krwotokach wewnętrznych, u krwawców, w naczyniakach jamistych i t. p. *Przyp. ref.).*

Herman.

P. Klemm **O łańcuszkownicy** *(streptomykosis)* **kości. Łańcuszkownicze zapalenie szpiku kostnego** *(Klin. Vorträge Volkmann's* N. F. 234). Nikt nie wątpi, że nietylko różne drobnoustroje, ale nawet pewne ciała chemiczne mogą wywoływać ropienię, sprawę zawsze podobną, nigdy identyczna. Zależnie od czynnika wywołującego, ropa różnie przedstawiać się będzie co do swej morfologii mikroskopowej i własności makroskopowych. Chcąc zatem ściśle się wyrażać, należałoby w każdym przypadku, mówiąc o jakiejś sprawie ropnej, dodać nazwę, któraby określała i pochodzenie tego ropienia. Tak np., mówiąc o ostrem zapaleniu szpiku kostnego, zaniechać ogólnej nazwy „osteomyelitis", a mówić o ostrej łańcuszkownicy, czy też gronkowicy kości, lub durzycy, tak jak już dziś udaje się często wyróżnić gruźlicę, promienicę i kiłę kości. Autor stara się wyróżnić z gromady pierwszej zapalenie szpiku i okostnej kości, wywołane przez łańcuszkowce *(streptomykosis ossis)*. Klinicznie odmiana ta ma się cechować następującymi objawami: 1) Poprzedzają ją zwykle choroby, o których wiemy, że najczęściej podłożem ich bywają łańcuszkowce, jak n. p. gorączki połogowe, choroby pępka u noworodków, płonica, zapalenie gardła, błonica etc. 2) Ta postać „osteomyelitis" występuje najczęściej u dzieci. 3) Zmiany w kościach samych, w przeciwieństwie do *staphylomykosis*, bywają nieznaczne, ograniczają się do powierzchownych ognisk korowych, w nasadach, lub na granicy nasad tak, że często następuje oddzielenie się nasady i wysięk w torebce stawowej, za to rzadko występuje rozległe ropienie w szpiku. 4) Części miękkie bywają znacznie obrzękłe i okazują małą skłonność do zropienia, natomiast znaczną do zmartwiałego rozpadu. Takie dokładne różniczkowanie małą ma jednak wartość praktyczną, gdy bowiem mamy do czynienia z zapaleniem okostnej i szpiku kostnego, zawsze ztrepanujemy i kość, jakkolwiek wiemy, że w *streptomykozie* szpik rzadko zajętym bywa. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Dokończenie).

Traumatolum $C_6H_4.J.CH_3OH$. (Jodkresolum). Jest to proszek delikatny, lekki, czerwono-fiołkowy, bez zapachu, na powietrzu i na świetle się nie rozkładający, nie rozpuszczalny w wodzie, kwasach i wyskoku, mało rozpuszczalny w eterze, łatwiej w zasadach, najłatwiej w chloroformie i dwusiarczku węgla. Jodu zawiera 54%.

Według badań J. B. Richarda, M. Bilhauta, W. Schattenmanna i L. Petita jest traumatol silnym lekiem odkażającym, a przewyższa nawet jodoform (jest bez zapachu) i sublimat, gdyż prawie nie drażni skóry i błony śluzowej, prócz tego działa wyraźnie znieczulająco. Używają go przedewszystkiem w chorobach wenerycznych, przy zabiegach chirurgicznych i w chorobach skóry *(Balanitis, Intertrigo, Eczema madid)*. Proszkiem lub 10—50% mieszaniną traumatolu z chloroformem działa się na błony śluzowe; 5—10% pastą traumatolowo-cynkową na wyprysk sączący, 10% maścią (z lanoliną i wazeliną) na inne choroby skórne, 10% mięszaniną traumatolu z kolodyonem na nadżerki na częściach rodnych, lub liszaj (lichen progenitalis).

Tropacocainum hydrochloricum. Świeża praca Roymana zaleca ten przetwór w leczeniu oka, zamiast kokainy. Tropakokaina działa szybko, nie drażni tkanek (przy wstrzykiwaniach), zupełnie ustroju nie zatruwa, przewyższa więc eukainę i holokainę. Dodać trzeba, że lek ten staniał bardzo w ostatnich czasach.

Validolum, jest to według G. Schwersenskiego chemicznie czyste połączenie mentolu i kwasu baldrianowego, z dodatkiem 30% wolnego mentolu. Jest to ciecz bezbarwna, gęstawa, o łagodnym, przyjemnym zapachu i smaku, a posiada własność rozpuszczania w sobie dowolnej ilości mentolu. Używać tego środka można zawsze, gdy chodzi o podanie mentolu, a więc przedewszystkiem u histeryczek i neurasteników. Podaje się 10—15 kropli walidolu w łyżeczce wina, lub na kawałku cukru, raz, względnie kilka razy dziennie. Mają też dobrze działać wdychiwania walidolu w poczynających się nieżytach dróg oddechowych, prócz tego zalecają pędzlowania nim nalotów na migdałkach i w gardle.

Vasogeny są to utlenione waseliny. W praktyce lekarskiej najwięcej zastósowania ma *Jodvasogenum*.

L. Leistikow zaleca ten lek w przypadkach, w których podawanie soli jodowych *per os* należało przerwać. Wciera się w takich razach przez 3 tygodnie po 3 gramy dziennie tego przetworu w skórę: zabieg ten ma trwać 14 minut. Nie zawsze jednak zauważono dobry skutek po tych wcieraniach. Za to H. Kleist stosuje wasogen jodowy wewnętrznie z bardzo dobrym skutkiem w miażdżycy tętnic, podając po 8—12 kropli z kilkoma łyżeczkami wody lub wina, 3 razy dnia po jedzeniu.

Dr. Żychoń.

Eddowes leczy *(The Brit. med. Journ.* 1899) zapalenia torebek włosowych (folliculitis) w ten sposób, że najpierw zapomocą maści lub plastrów podrażnia, a kiedy wysięk w torebce powstaje, działa nań zgęszczonym kw. karbolowym, który wtedy łatwo do cieczy wewnątrz się znajdującej się dostaje i działa przeciwgnilnie. *F. K.*

Na łokciach i kolanach, t. j. na miejscach, w których trudno umocować środki zewnętrznie działające, stosuje Unna maście w ten sposób, że otoczenie pokrywa kleiną cynkową, maść lub plaster przykłada na miejsca chorobą zajęte, a następnie otacza to opaską, pozostawiając staw niepokryty, wreszcie jeszcze raz po wierzchu pokrywa kleiną. *(Mon. f. pr. Derm.* 27). *F. K.*

Aufrecht badał działanie przeciwgnilne *naftalanu (Allg. m. Ztg.* Nr. 92) i stwierdził, że 25% zawiesina po $1^1/_2$ godz. zabija hodowle grzybków włosozrostu niszczącego i strupienia woszczynowatego *(trichophyton* i *favus)*; te ostatnie nawet szybciej, podobnie gronkowce i paciorkowce; działa więc przeciwgnilnie przy stosowaniu go na skórę. *F. K.*

Przeciw brodawkom na skórze zaleca Bloch sposób Hydea, polegający na pędzlowaniu ich płynem: *Extr. Cannab. 0,6 Ac. salicyl 1,2 Collod. 32,0*, raz dziennie, aż brodawka nie odpadnie, co następuje po 8—14 dniach. *(Allg. med. Ztg.* Nr. 99). *F. K.*

Po próbach z surowicą przeciwpaciorkowcową przy wrzodach miękkich i ich powikłaniach przychodzi J. Moore do wniosków, że wstrzyknięcie podskórne 5 ctm. surowicy w pachwiny jest dzielnym środkiem zapobiegawczym i przyczynia się do szybkiego gojenia wrzodu, że gdy dymienica się rozpoczyna, 10 ctm. surow. w ten sam sposób użytej może sprowadzić wessanie jej, a gdy już ropienie istnieje, ogranicza szerzenie się, wreszcie, że przy wrzodach fagadenicznych zamienia je szybko na wrzody zwykłe. *(Brit. med. Journ.* 1898). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 17 marca 1899 r.

Przewodniczący: kol. A Głuziński. — Obecnych członków 53.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Sołowij miał odczyt pod tyt.: »Rzut oka na rozwój i obecny stan leczenia operacyjnego mięśniowłókniaków macicy«. Przeszedłszy poszczególne metody leczenia operacyjnego, ich wady i zalety, stwierdza prelegent, że tylko amputacya macicy powyżej sklepienia pochwy (hysterektomia) i całkowite wycięcie macicy przedstawiają pewny zabieg operacyjny. Idealną i najprostszą metodą operacyjną wydaje się prelegentowi histerektomia pozaotrzewnowa Olshausena, którą w r. 1898 pięć razy szczęśliwie wykonał; hołdując jednak zasadzie indywidualizowania poszczególnych przypadków, określa dokładnie wskazania co do wyboru metody operacyjnej przy mięśniowłókniakach macicy. — Wykład zakończyło okazanie 6 rzadszych preparatów mięśniowłókniaków macicy.

W dyskusyi nad tym odczytem zabierali głos koll.: Rydygier, Ziembicki, Skałkowski i prelegent.

Kol. Lesław Gluziński mówił: »O przebiegu grypy (influenzy) w ustrojach zdrowych, przewlekle chorych i dziedzicznie obciążonych».

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5 kwietnia 1899 r.

Przewodniczący: kol. prezes prof. Pieniążek. — Obecnych członków 3.

Na członków czynnych przyjęto koll. Leonarda Biera i Józefa Latkowskiego.

1. Kol. Hermann Hirsch przedstawił typowy przypadek akromegalii, dotyczący kobiety 30-letniej. Cierpienie ma przebieg powolny i lekki. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Raczyński radzi zdjąć z chorej roentgenogramy, celem udowodnienia przerostu kości, a kol. Sroczyński zaznacza, że badał wzrok chorej i oprócz niezborności krótkowzrocznej, żadnych zmian nie znalazł. Typową zaś zmianą w akromegalii jest *hemianopsia heteronyma temporalis* wywołana uciskiem przerosłej przysadki mózgowej na skrzyżowanie nerwu wzrokowego.

2. Kol. Droba, w zastępstwie kol. Rutkowskiego, przedstawił przypadki operowane w klinice chirurgicznej, a mianowicie: 1) Jeden przypadek raka odźwiernika] i żołądka, u którego wycięto sposobem Kochera, odźwiernik i część żołądka długości 15 ctm.; operowany przybył na wadze w przeciągu 50-ciu dni 16 Kgr. 2) Cztery przypadki, w których wykonano gastroenterostomią, z powodu rozstrzeni żołądka, wywołanej w dwóch przypadkach rakiem, a w dwóch innych zbliznowacieniem w okolicy odźwiernika. 3) Dwa przypadki gastrostomii wykonanej z powodu raka wpustu. 4) Jeden przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego z następowem przebiciem i ogólnem zapaleniem otrzewnej. W przypadku tym, po usunięciu wyrostka robaczkowego i zastosowaniu drenowania jamy brzusznej, nastąpiło wyleczenie. W nawiązaniu do pierwszego z przedstawionych przypadków kol. Ciechanowski przedstawia preparat anatomiczny wyciętego odźwiernika i części żołądka. Utkanie rakowe zajmuje na rozległej przestrzeni jedynie tylko błonę śluzową i podśluzową żołądka; błona mięsna jest w odpowiednich miejscach przerosłą.

Kol. Maleszewski wygłasza odczyt: »O działaniu wody karlsbadzkiej na krążenie«. (Rzecz drukuje się obecnie w *Przeglądzie lekarskim*).

W dyskusyi kol. prof. Jaworski podnosi ważność tematu, który kol. Maleszewski obrobił i oświecił. Publiczność boi się Karlsbadu, jeżeli tylko idzie o jakiekolwiek zmiany w krążeniu. Otóż niekorzystnie na serce nie może działać woda karlsbadzka jako taka, ani przez swą ciepłotę, ani przez swoją zawartość kwasu węglowego, ani przez swą ilość, jeżeli podawaną bywa w zwykłych dawkach. I rzeczywiście przy piciu samej wody nie zdarzają się przypadki śmierci w Karlsbadzie. Zwykle umierają chorzy wśród objawów obrzęku płuc po kilku, lub kilkunastu dniach. Przyczyny należy więc szukać w dyecie karlsbadzkiej, osłabiającej ustrój, a zatem i mięsień sercowy, w robieniu utrudzających wycieczek, w usunięciu zwykłej dyety pożywnej i podniecającej, do której chory przywykł. Historya wyjaśnia, w jaki sposób powstała omawiana tradycya. W wieku 16, 17 i 18-tym przepisywano ogromne ilości wody karlsbadzkiej, a leczenie prowadzono aż do wystąpienia obrzęku na kończynach, co uważano za objaw korzystnego przełamania się choroby. Chory o osłabionem sercu nie przetrzymał, zwłaszcza, że leczenie poprzedzały częste upusty krwi, mające na celu przygotowanie miejsca dla wody i zapobieżenie udarowi mózgowemu. Stąd częste wypadki. Obecnie nie będziemy się obawiali wysłać chorego sercowego do Karlsbadu, jeżeli tylko istnieje swoiste wskazanie, np. kamica żółciowa, wrzód okrągły żołądka, ale chory taki potrzebuje czujnej opieki lekarskiej i indywidualizowania w leczeniu.

Kol. prof. Korczyński poczytuje prelegentowi za zasługę, że stara się obalić przesądy dotychczas się utrzymujące w balneologii. Weszło w zwyczaj, że do pewnych wód wysyła się tylko pewnych ściśle oznaczonych chorych. Tymczasem w zdrojowiskach działają najrozmaitsze czynniki i dla każdego z nich powinniśmy mieć takie same wskazania, jak dla poszczególnych leków. Podobnie dyskredytuje się tylko wody i ogranicza wskazania do nich, jeżeli się sądzi, że leczenia w zdrojowiskach nie można pogodzić ze stosowaniem leków, np. leków nasercowych.

Dr. Ksawery Lewkowicz,
sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z czynności Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w I. kwartale 1899 r.

I) Wydział Izby. W pierwszym kwartale 1899 r. Wydział Izby lek. zachodnio-galicyjskiej odbył 3 posiedzeń, a mianowicie: w dniu 31 stycznia, 27 lutego i 27 marca, na których, z ważniejszych spraw, uchwalono następujące:

1) Uwolniono od opłaty 9-ciu lekarzy,

2) Sprawę kilku podań wdów po lekarzach o udzielenie zapomogi przekazano do załatwienia pełnej Izbie z wnioskiem „iż zapomogi udziela się tylko lekarzom do Izby należącym, tudzież ich wdowom i sierotom“.

3) Uchwalono zaprenumerować „Vereinszeitung“ dla członków Izby, jak w latach poprzednich.

4) Na pismo Izby lek. styryjskiej, wzywające do wniesienia petycyi do Ministerstwa wyznań i oświaty w sprawie używania tytułu „operatora“, uchwalono nie wnosić takiego podania, a to ze względu, że sprawa ta dla okręgu Izby lek. zachodnio-galicyjskiej niema znaczenia.

5) W sprawie wydania opinii, czy wystawione przez jednego z lekarzy 3 recepty nadają się do postępowania karnego, uchwalono odpowiedzieć odnośnemu c. k. Starostwu, że sprawa ta nie należy do kompetencyi Izby lekarskiej.

6) W sprawie wyborów do Izby w bieżącym roku uchwalono niezawiadamiać obecnie kolegów o terminie wyborów, a to z powodu, że porozumienie w tej sprawie na czas nastąpi.

Dr. Łazarski.

II) Rada honorowa. W pierwszym kwartale 1899 roku. Rada honorowa odbyła 3 posiedzeń, a mianowicie: dnia 31 stycznia, 27 lutego i 27 marca, na których rozpatrywano spory pomiędzy kolegami:

1) Dr. S. z T. przeciwko Dr. C. z N. S. o zwrot wypożyczonych 100 złr. Sprawa została ugodnie załatwioną.

2) Sprawa Dr. N. przeciwko Dr. F. obu z Kr. została na wyznaczonej w biurze Izby rozprawie ugodnie załatwioną.

3) W sprawie J. T. z M. śr. przeciwko Dr. R. o zapłacenie kwoty 222 złr. 57 cnt., uchwalono zawiadomić J. T., że Dr. R. zobowiązał się wobec Wydziału Izby do zapłacenia wekslu ratami.

4) W sprawie Dr. D. z P. przeciwko Dr. S. z T. pto 100 złr. uchwalono przesłać zażalenie Dr. D. w odpisie Dr. S., celem wyjaśnienia, a następnie przysłane wyjaśnienie Dr. S. odstąpiono Dr. Bossowskiemu do referatu.

5) W sprawie zażalenia Dr. Z. i Dr. G. z Kr. przeciw Dr. K. z Kr. uchwalono przesłuchać Dr. K. i Dr. S. i poruczono sprawę do referatu Prezydentowi.

6) Nadesłaną przez c. k. Sąd obwodowy sprawę karną przeciwko Dr. E. z S. rozpatrywano i uchwalono wytoczyć Dr. E. rozprawę honorową.

Rada honorowa zajmowała się również ogłoszeniami w dziennikach Dr. B. i Dr. L.; ze względu jednak, że ogłoszenie raz tylko nastąpiło, uchwalono nie wytaczać śledztwa.

Dr. Łazarski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 29 kwietnia 1899

* Dzienniki przynoszą ze Lwowa niepokojącą wiadomość, że członek Wydziału krajowego, dr. Franciszek Hoszard, uległ udarowi mózgowemu. Stan chorego niema jednak budzić żadnych obaw.

* Memoryał lekarzy. Deputacya lekarzy wiedeńskich, na której czele stanął prezydent Izby lekarskiej w Wiedniu, radca dworu Gussenbauer, wręczyła prezydentowi ministrów memoryał, w którym imieniem wszystkich austryackich lekarzy wyraża żal swój z rozbicia się nadziei, iż stosunki lekarzy polepszą się. Teraz bowiem są one istotnie opłakane. Wiele czynników składa się na stan ich niepomyślny. Dość jednak wskazać tylko na szerzące się w całej Europie tak zw. naturalne metody samolecznictwa z jednej, a na hiperprodukcyę z drugiej strony. Niemal wszystkie inne stany zawodowe posiadają silną organizacyę, podczas gdy lekarze nie mają jej dotąd. Wynagrodzenia przez Kasy chorych są bardzo nizkie, pensye lekarzy gminnych i okręgowych śmiesznie małe.

Memoryał kończy się prośbą, aby rząd uwzględniał lepiej rzeczywiste potrzeby i powagę stanu lekarskiego, przez podniesienie płac przywiązanych do rządowych posad lekarskich, tudzież przez jak najszybsze unormowanie statutu Kas chorych i innych tego rodzaju instytucyj na korzyść lekarzy.

* Wiedeńska Izba lekarska zamierza w rubryce »posad wakujących« umieszczać uzupełnienie w tym kierunku, ażeby uwidocznione także były posady, na które lekarze szukają czasowych zastępców, z powodu choroby lub wyjazdu.

* Dr. Bohdanowicz, znany lekarzom krakowskim z czasu swoich 6-miesięcznych studyów w klinice prof. Rydygiera przed 4 laty, osiadł i praktykuje przez rok cały w Biarritz, wielce cenionej miejscowości nadbrzeżnej w południowej Francyi, głośnej ze swego łagodnego klimatu i wszelkich innych warunków znakomitej stacyi południowej morskiej.

* Rada związkowa cesarstwa niemieckiego, w myśl wskazówek kanclerza, przystąpiła do zmiany przepisów egzaminacyjnych w tym kierunku, ażeby i kobiety mogły być dopuszczone do studyów lekarskich w uniwersytetach niemieckich.

* Prof. Hansemann zbadał mózg Helmholtza, którego wagę obliczył na 1440 grm., a zatem jest ona o 160 grm. niższa od mózgu Cuviera, a o 82 grm. wyższa od przeciętnej wagi mózgu ludzkiego. Jeśli jednak mózg Helmholtza nie odznaczał się ciężarem, to za to obfitował nadzwyczaj w liczne i rozmaite zakręty (gyri). Stwierdzono niemniej w mózgu Helmholtza wyraźne ślady niegdyś przebytego zapalenia tego narządu. Zgadza się to z tem, co sam Helmholtz mówił Hansemannowi, że w dzieciństwie cierpiał na wodogłowie. Rzecz prosta, że choroba ta była powodem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które pozostawiło ślady anatomiczne, a prócz tego zdradzało się czynnościowo zawrotami głowy i odurzeniem, co poczytane było nie tylko przez otoczenie Helmholtza, lecz i przez niego samego, za objaw padaczki. Na poparcie twierdzenia że Helmholtz przebył w dzieciństwie wodogłowie, posłużyć może fakt, że Hansemann znalazł komórki mózgowe bardzo rozszerzone, obok znacznej wielkości głowy przy nizkim wzroście. Godne jest uwagi, że w mózgu Cuviera znaleziono również niezbite dowody przebytego i uleczonego wodogłowia. (*Klinisch-terapeutische Wochenschrift*, Nr. 13).

(G.) *Allgemeine Medicinische Central Zeitung* w Nrze z dnia 22 marca r. b. donosi, iż Rada sanitarna zurychskiego kantonu uchwaliła, w celu zapobieżenia przenoszeniu się zarazy przez pośrednictwo lekarzy, udzielać bezpłatnie długich chałatów lekarzom, leczącym chorych na cierpienia zakaźne, szczególnie chorych na błonicę i płonicę. Lekarz, przesyłając zawiadomienie o przypadku choroby zakaźnej, pisze na karteczce: »upraszam o nadesłanie mi chałatu«; odpowiednia zaś władza natychmiast przesyła takowy do mieszkania chorego. Chałat pozostaje w mieszkaniu chorego do wyłącznego użytku lekarza, dopóki chory nie wyzdrowieje, nie umrze, lub nie zostanie przeniesiony do szpitala. Przy odwietrzaniu mieszkania chałat ulega również b. ścisłemu odwietrzeniu i znowu może służyć do użytku lekarzy. W Lausannie tego rodzaju urządzenie istnieje już od 3 lat.

* Ze Sprawozdania biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XIV (od 2 do 8 kwietnia) dowiadujemy się, że ludność średnia roczna wraz z wojskiem wynosi 83,730. Zawarto w tym czasie małżeństw 3 (1·86); urodzin było 94 (58·38); skonów 69 (48·85). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 42:11, u starozakonnych 3:38 (!).

W tym XIV tygodniu zmarło osób: na gruźlicę 20, na zapalenie płuc 17, na odrę 4, na dławiec, krztusiec i płonicę po 1.

* »Podręcznika ogólnej terapii i leczniczej metodyki« Eulenburga i Samuela wyszedł ostatni zeszyt trzeciego tomu i zawiera: Zakończenie działu »Ogólnej terapii chorób zakaźnych« Behringa, »Ogólną terapię zakażenia i samozakażenia« Kionki i »Ogólną terapię chorób krwi i narządów krew wytwarzających« Kröniga.

* Piąte wydanie »Fizyologii człowieka i ssawców« Munka opuściło prasę.

Mianowania i odznaczenia: Paryska Akademia medyczna wybrała proff.: Roberta Kocha i Listera na członków zagranicznych. Kijowski profesor, dr. Podwysocki, opuszcza w końcu bieżącego półrocza Uniw. kijowski i udaje się do Odesy, gdzie obejmie obowiązki dziekańskie w mającym się otworzyć Wydziale lekarskim. Dr. Pictet został mianowany prof. zwyczajnym chemii biologicznej itd. w Uniw. Genewskim. Dyrektor polikliniki w Rostoku, Dr. Martius, mianowany został profesorem. Doc. Friedrich mianowany został prof. nadzw. otyatrii w Kilonii.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Alfred Wolisch, zmarł we Lwowie w 32 roku życia. B. prof. medycyny w Giessen, Dr. Eug. Seitz, zmarł w Wiesbadenie, w 82 r. życia. Arwin Knapp, botanik, autor »Flory Galicyi«, zmarł w Wiedniu, w 61 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 7: Dr. Ołtuszewskiego W.: Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii. Marczewskiego J.: Przypadek pierwotnego surowiczego zapalenia osłonki gałkowej Tenona. W *Medycynie* Nr. 15: Tuchendlera A.: Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodziejących żołądka. Kossobudzkiego Sz.: Dwa przypadki uwięźnięcia tyłozgiętej ciężarnej macicy. II. *Dermatitis scarlatiniformis exfolliativa benigna*. Dr. Nisensona: Przypadek ostrego zwężenia krtani wskutek oparzenia gorącym kartoflem. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 15: Kijewskiego Fr.: Prof. Julian Kosiński. Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 16: Świąteckiego J.: Niedokrwistość kiesonowa. Dr. Berhardta: Niezwykle rozległy parch skóry. Grünbauma A.: Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego (c. d.). Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (dok.).

W *Postępie okulistycznym* Nr. 3, oprócz artykułu Dr. J. Talki (o czem donieśliśmy w Nrze 14 *Przegl. Lek.*), znajdują się jeszcze następujące prace oryginalne: Dr. Glauninga i Dr. Ettingera: »Fornicoblepharon« i prof. Wicherkiewicza: Przypadek prawdziwej dyfteryi spojówki o lekkim przebiegu i kilka uwag o znaczeniu bakteryologicznego rozpoznawania dyfteryi.

Redakcya otrzymała:

— Rocznik LXXX krak. Towarz. dobroczynności za rok 1898. Kraków.

— Dr. Wizel A.: Dowcip u obłąkanych, oraz parę słów o ich talencie artystycznym. (Odbitka z *Krytyki Lekarskiej*).

— Prof. Trzebicky: Ueber Schleich'sche infiltrationsanästhesie. (Odbitka z *Wien. med. Wochenschrift* Nr. 13, 1899).

— Piotrowski J.: O leukemii i sprawach pokrewnych. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1898).

— Prof. dr. Jakubowski M. L.: Kilka uwag w sprawie leczenia błonicy surowicą w Galicyi. (Odbitka z *Przegl. Lekar.* 1899).

— Dr. Piltz J.: O odruchach źrenic, występujących przy skupianiu uwagi. (Odbitka z *Gaz. Lekar.* 1899).

— Tenże: Ueber neue Pupillenphänomene. (Odbitka z *Neurologisches Centralblatt*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 maja, o godzinie 6-tej wieczorem w klinice chirurgicznej posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Ciechanowski okaże i objaśni kilka preparatów anatomicznych; kol. prymaryusz Czapliński (z Nowego Sącza) przedstawi rzadkie przypadki chorobowe ze swego szpitala.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Ropczycach rozpisał konkurs na opróżnione posady lekarzy okręgowych:

1) w Sędziszowie
2) w Wielopolu. 111

Podania należy wnosić do Wydziału Rady powiatowej w Ropczycach do 15 maja 1899.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Stanisławowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Knihininie wsi*. Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 200 złr. — stabilizacya po roku. Podania do 15-go Maja.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 6 Maja 1899. Nr. 18.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki; w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 6 Maja 1899. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. W sprawie wrodzonych nieprawidłowości jelita esowatego u dzieci.

Podał

Dr. Aleksander Bossowski

Docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Nieprawidłowa długość, układ i położenie jelita esowatego (flexura sigmoidea) są zjawiskiem częstem, stwierdzonem zarówno na stole sekcyjnym, jako i podczas zabiegów operacyjnych, podjętych z powodu skrętu tej części jelita grubego. Treves [1]) podaje, że skręt pętli esowatej stanowi $^1/_{40}$ część wszystkich przypadków niedrożności jelit; Leichtenstern [2]) oblicza w zestawieniu 1257 przypadków zamknięcia światła jelita — 33 przypadki skręcenia pętli esowatej i jelita biodrowego, a wyższą jeszcze liczbę wykazuje statystyka materyału Obalińskiego [3]), gdzie, na 156 przypadków niedrożności jelit, przypada 25 skrętów kiszki esowatej.

Zgodnie brzmią spostrzeżenia różnych autorów co do wieku chorych, dotkniętych skrętem jelita esowatego, z których wynika, że skręt ten występuje zwykle dopiero po 30 roku życia, a przypadki poniżej lat 20 należą do niezwykłych rzadkości tak, że przytoczone przez Leichtensterna skręcenie kiszki esowatej, dostrzeżone na zwłokach 11-letniego chłopca, zmarłego z niezależnej od tego przyczyny, jako *unicum* powtarza się we wszystkich prawie pracach, poświęconych temu przedmiotowi, a wyrażone przez Leichtensterna tłómaczenie mechanizmu skręcenia za życia w tym przypadku zostało zakwestyonowane w rozprawie Samsona [4]).

W tej właśnie pracy, nader starannie i gruntownie wyczerpującej stosunki anatomiczne, patologię i historyę rozwoju jelita esowatego i jego krezki, zaznacza Samson parokrotnie, że wytworzenie się skrętu w tym odcinku jelita grubego u dzieci się nie przydarza. Na poparcie swego twierdzenia przytacza on brak takich spostrzeżeń w piśmiennictwie, oraz własne doświadczenia na zwłokach dziecięcych, robione z wtłaczaniem powietrza do okrężnicy zstępującej, w których nie zdołano nigdy wywołać skrętu kiszki esowatej w tej postaci chorobowej, jaką udało się w ten sam sztuczny sposób sprowadzić u dorosłych. Jako przyczynę wyników nieudałych u dzieci podaje Samson stosunki anatomiczne krezki i jelita esowatego, niesprzyjające wytworzeniu się skrętu. Lubo bowiem pętla esowata u dzieci odznacza się względnie do innych odcinków jelita znaczną długością, to jednak punkt przyczepu kąta krezki dachówkowatej w tym wieku leży wysoko w okolicy 4-ego kręgu lędźwiowego, a linie przyczepu górnego i dolnego ramienia kiszki esowatej tworzą kąt o znacznej rozwartości ramion. Wraz z postępującym wiekiem opuszcza się kąt przyczepu krezki tak, że obniża się do wysokości 5-ego kręgu lędźwiowego, a nawet schodzi do wzgórka kości krzyżowej *(promontorium)*, a równocześnie z tem. linie przyczepu ramion krezki układają się inaczej tak, że linia przyczepu górnego ramienia biegnie więcej poziomo, a przyczep dolnego ramienia przesuwa się z linii środkowej na lewo, w następstwie czego punkta podstawowe pętli zbliżają się ku sobie.

Równocześnie za długa względnie u dziecka kiszka esowata, w miarę rozrostu innych odcinków jelita grubego, przestaje górować swoją długością tak, że za prawidło uważać należy u dorosłych pętlę esowatą krótką z nizko osadzonym kątem przyczepu.

Zmiany chorobowe późniejsze, jakim ulega nierzadko krezka, a mianowicie zbliznowacenie jej blaszek, napotykane zazwyczaj na dolnej powierzchni, rzadziej zaś na górnej, pod postacią więzów wrzekomych, stanowią, obok wymienionych wyżej przeobrażeń w prawidłowym z wiekiem rozwoju krezki i jelita esowatego, najważniejszą niewątpliwie podstawę anatomiczną do tworzenia się skrętów w tej kiszce.

Nie wnikając bliżej w roztrząsanie etyologiczne czynników usposabiających do powstawania skrętów jelita esowatego u osób dorosłych, zaznaczyć trzeba, że wnioski Samsona i doświadczenia, na których się one zasadzają, o ile odnoszą się do dzieci, są oparte wyłącznie na pętlach esowatych, całkiem prawidłowych, a zresztą doświadczenia na zwłokach robione, jak sam Samson wyraźnie oświadcza, nie mogą być miarą rzetelną stosunków za życia się wytwarzających.

Z doświadczeń tych wynika jednak niewątpliwie ten pewnik, że ani prawidłowo rozwinięte zgięcia esowate u dzieci, ani zgięcia u dorosłych, jeśli tylko nie okazują nadmiernej w tym wieku długości lub zmian chorobowych w przyczepie i budowie krezki, nie cechują się dążnością nawet pod wpływem silnego rozdęcia do takiego skręcania się, które pociąga za sobą zupełne zamknięcie światła jelitowego.

Czy i o ile nieprawidłowości wrodzone w przebiegu, ułożeniu i długości zgięcia esowatego i jego krezki mogą dać powód u dzieci do zaburzeń w przesuwaniu się treści kałowej, nie wyjaśniają wcale doświadczenia podjęte na zwłokach, raz z powodu trudności odtworzenia w doświadczeniu

[1]) Treves: Darmobstruction, 1886.

[2]) Leichtenstern: Verengerungen, Verschliessungen und Lageveränderungen des Darms (*Ziemssens. Handbuch* VII. 2).

[3]) Rutkowski: Niedrożność jelit mechaniczna etc. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci Obalińskiego.

[4]) Samson: Einiges über den Darm etc. (*Langenb. Archiv. für Chir.* T. 44).

wiernego obrazu, rozgrywającego się za życia, powtóre z przyczyny przeszkód, jakie zachodzą w doborze odpowiedniego materyału do doświadczeń. Trudności tych świadom był dobrze Samson i niejednokrotnie je zaznacza w swej pracy, której wielką zasługą pozostanie zawsze to, że w niej zszeregował teorye, doświadczenia i wnioski autorów, omawiających skręty jelita esowatego i że je krytycznie roztrząsnął, oraz uzupełnił własnymi poglądami.

W piśmiennictwie znajdują się nieliczne opisy wybitnych nieprawidłowości kiszki esowatej zarówno w wieku dziecięcym, jak i u dorosłych, podane przez Grubera, Küttnera, Fleischmana, Littlego, Harringtona i innych, w których brak jednak danych, co do zachowania się krezki i jej punktu przyczepu, jakoteż wzmianki, czy zboczeniom jelita towarzyszyły za życia zaburzenia czynnościowe.

Charakterystyczny przykład nadmiernego rozwoju wrodzonego kiszki esowatej podaje Eisenhart[5]) i przytacza zarazem 2 analogiczne przypadki, z których pierwszy zamieszczony jest w Sajous *(Annual*, 1893), drugi zaś opisał E. Walsh w *Northwestern Lancet* Vol. XIII.

U chorej Eisenharta l. 35, od dawna cierpiącej na zaparcie stolca, z powodu objawów zupełnego zatrzymania stolca i wiatrów i wzmagającego się wzdęcia żywota, wykonano laparotomię, która jednak nie wyjaśniła prawdziwej przyczyny niedrożności, a pacyentka mimo usunięcia domniemanej przeszkody w jelitach cienkich, śród utrzymujących się dalej objawów niedrożności, zmarła tegosamego dnia. Dopiero oględziny pośmiertne stwierdziły, że na granicy jelita esowatego i prostnicy nastąpiło zagięcie kiszki skutkiem opadnięcia w dół przepełnionego kałem dolnego odcinka pętli esowatej. Cała kiszka esowata po rozcięciu na zwłokach, 33 ctm. szeroka, a 60 ctm. długa, rozdęta była tak, że uniemożliwiała operującemu (Angerer) wybadanie istotnego stanu rzeczy pomimo że przez nacięcie rozdętego jelita, które uważał za okrężnicę *(colon)*, starał się opróżnić kiszkę.

Nadto we wszystkich pracach, traktujących o skręcie kiszki esowatej, napotyka się ten szczegół, że stan anatomiczny pętli, usposabiający do wytworzenia się skrętu, bywa częstokroć wrodzony lub rychło po urodzeniu nabyty, jako następstwo upośledzonego obniżania się kątnicy, leżącej u płodu wysoko w jamie brzusznej, lub nieprawidłowo spotęgowanego rozwoju okrężnicy w stosunku do ścian brzucha i miednicy, albo też nadmiernej wrodzonej długości krezki i niedokształcenia się więzów podłużnych okrężnicy.

Skutkiem tych czynników razem częstokroć działających, powstają nadliczbowe krzywizny i zagięcia w jelicie grubem, które ześrodkowując się szczególnie w pętli esowatej, powodują trwałe, nadmierne jej przedłużenie i nieprawidłowe ułożenie.

Leichtenstern[6]), wyliczając przyczyny sprowadzające nawykowe zaparcie stolca w jelicie grubem, wymienia między innemi nieprawidłową długość, przebieg i ułożenie okrężnicy, dodaje jednak równocześnie, że ten stan nieprawidłowy jelita grubego, często napotykany na zwłokach ludzkich różnego wieku, niesłusznie był przez dawniejszych autorów co do swej ważności przeceniany, gdyż w największej liczbie przypadków przedstawia zjawisko tak małego znaczenia, że nie pociąga ono za sobą żadnych zaburzeń, nawet leniwego opróżniania się jelita, jak długo ruch robaczkowy jelit odbywa się prawidłowo. W tymsamym rozdziale zaraz poniżej zaznacza na odwrót Leichtenstern, że nader ruchoma kątnica i okrężnica wstępująca, jako wada rozwojowa z przyczyny niedokonanego zupełnie *descensus coeci*, usposabia te odcinki jelita do przemieszczania się i bocznego zagięcia, t. z. skrętu około osi jelita, a dalej wzmiankuje, że nieprawidłowości rozwojowe jelita grubego i jego krezki dają nieraz powód do takich zaburzeń, że odpływ smółki u noworodków jest utrudniony, lub nawet zupełnie wstrzymany, wskutek czego przychodzi do objawów ileus, kończącego się śmiercią zresztą prawidłowo rozwiniętego noworodka. Widerhofer[7]) zapatruje się zgodnie z Leichtensternem i dodaje nadto, że jako następstwo dalsze tej wady wrodzonej okrężnicy wydarza się w późniejszym wieku niedrożność jelita, skutkiem ucisku poszczególnych jego odcinków, powstałego w następstwie skrętu lub wgłobienia.

W czem szukać należy przyczyny, że tasama wada rozwojowa, groźna nieraz w następstwach swych dla noworodków i osób dorosłych, prawie nigdy nie zaburza cięższej wieku dziecięcego; wytłómaczenia tego faktu w piśmiennictwie nie znajdujemy, a trudno chyba zbyć tę sprawę niewyjaśniającem zresztą istoty rzeczy twierdzeniem, że również i inne wady rozwojowe, jak wrodzone przepukliny zewnętrzne bardzo rzadko w wieku dziecięcym sprowadzają ciężkie zaburzenia, podlegając bardzo rzadko uwięźnieniu.

Droga doświadczeń na zwłokach, wobec trudności, o których już wspomniałem, nie rokuje nadziei wyjaśnienia tej sprawy; ograniczeni zatem jesteśmy do spostrzeżeń klinicznych, które, skrzętnie gromadzone i nadto uzupełnione obrazem anatomicznym, nasuwającym się wśród operacyi lub sekcyi, niewątpliwie posłużą do zebrania danych, z których pewniejsze można będzie wyciągnąć wnioski. Kierując się tą myślą, podaję opis przypadku leczonego w oddziale chirurgicznym Szpitala św. Ludwika, uważając go wprawdzie za drobny tylko przyczynek do symptomatologii wrodzonej nieprawidłowości jelita esowatego, nabierający jednak o tyle wagi i znaczenia, że miałem sposobność stwierdzić śród operacyi stan jelita, towarzyszący objawom klinicznym, przez dłuższy czas spostrzeganym. Wobec rzadkości, z jaką stany nieprawidłowego rozwoju kiszki esowatej u dzieci stają się przedmiotem leczenia operacyjnego, ogłoszenie pojedynczego przypadku zdaje mi się być zupełnie usprawiedliwionem.

Przypadek mój przypomina pod względem objawów klinicznych i stanu anatomicznego pętli esowatej wyżej wspomnianą chorą Eisenharta, której historya choroby posłużyć może za ciąg dalszy i poparcie moich własnych spostrzeżeń i wniosków, jakie niżej zamieszczam.

Anna Kotarba, l. 7, córka akuszerki z Świątnik, przyjętą została w dniu 23/VII 1898 r. do kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell.

Wywiady wskazują, że dziewczynka cierpi od pierwszego roku życia na sporadyczne zaparcie stolca z równoczesnem rozdymaniem się brzucha. Od wiosny b. r. zatrzymanie stolca coraz to częstsze tak, że tylko silne środki przeczyszczające wywołują wypróżnienie jelita, ale bardzo skąpe. Od tego czasu obwód brzucha stale się wzmaga, przyczem zauważono skręcanie się kiszek w guzy, widoczne przez po-

[5]) Eisenhart: Congenitale übermässige Entwickelung des S. romanum (*Centralbl. f. innere Mediz.* 1894. Nr. 49).

[6]) l. c.

[7]) Gerhardt: Kinderkrankheiten.

włoki brzuszne. Łaknienie mierne, wymioty nie pojawiły się wcale, parcia na stolec niema. Mocz oddaje często w małych ilościach.

Stan obecny: Budowa ciała i odżywienie dość dobre. Ciężar ciała 17 kg. 600 grm. Skóra blado-różowa, gruczoły chłonne wielkości grochu. Język obłożony. Badanie narządów klatki piersiowej nie wykazuje zmian chorobowych.

Tętno wolne, pełne, 84 na minutę. Ciepłota ciała prawidłowa. Brzuch o powłokach cienkich, bladych i porozszerzanych naczyniach żylnych skóry, wzdęty znacznie i to przeważnie po nad pępkiem, jakoteż w częściach bocznych, odpowiednio do przebiegu okrężnicy. Obwód, mierzony przez pępek, wynosi 72 ctm., w wysokości zaś łuku żebrowego 67 ctm. Przez powłoki występują obrysy silnie rozdętych wypukleń jelita grubego, głównie po stronie lewej bocznej, jakoteż poprzecznie ponad pępkiem, które wykonują chwilami żywe ruchy robaczkowe. Większej oporności przy obmacywaniu, ani stłumienia w jamie brzusznej, stwierdzić nie można; — wypuk nad całym brzuchem jawny, bębenkowy, stłumienie śledzionowe i wątrobowe zniesione. Badanie przez odbytnicę wykazuje w zakresie badającego palca jelito próżne, bez zmian. Mocz prawidłowy. Stolec, który udawało się śród spostrzegania z trudnością dopiero po użyciu kilkakrotnem silnych środków przeczyszczających wywołać, przedstawiał się w postaci płaskich i wązkich taśm, był miernie obfity i prawidłowo zabarwiony; wzdęcie brzucha po stolcach ustępowało tylko częściowo.

Rozpoznanie: Na podstawie powyższych objawów, t. j. — zaparcia stolca, po którem naprzemian pojawiały się niekiedy kilkodniowe wypróżnienia płynne, — wybitnego rysowania się silnie rozszerzonych i żywo się poruszających pętli jelita grubego, znacznego wzdęcia brzucha, braku wymiotów i silniejszych bólów w brzuchu, — niemożności wykazania guza lub większej oporności w jamie brzusznej, — jakkolwiek wywiady nie dowodziły przebycia jednej z chorób prowadzących do cieśni jelita, rozpoznano zwężenie jelita grubego w części jego dolnej, najprawdopodobniej w okolicy zgięcia esowatego. Skoro pięciotygodniowe leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, nie wywołując żadnej zmiany na lepsze, przydzielono chorą do oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika, gdzie, po uzyskaniu zezwolenia rodziny, przystąpiłem w dniu 29/VIII do zabiegu operacyjnego.

Cięciem w linii środkowej brzucha, wyżej i niżej pępka, liczącem 20 ctm. długości, otworzyłem jamę brzuszną, z której wypukliło się natychmiast w ranę jelito pokryte otrzewną gładką, połyskującą, odpowiadające w wymiarach swych silnie rozdętemu żołądkowi; obecność jednak na niem więzów podłużnych i przyczepek sieciowych nie pozwoliła wątpić, że mamy do czynienia z okrężnicą. Celem swobodniejszego rozpatrzenia się, co było utrudnione tak silnie rozdętem jelitem, że zajmowało ono w powłokach całą szerokość rany, naciąłem je w osi podłużnej i wypuściłem gazy, poczem bezzwłocznie zamknąłem szwem otwór drobny w kiszce. Teraz dopiero stwierdzić można było, że to rozdęte jelito stanowiła kiszka esowata, w dolnym odcinku lekko nastrzykana, która, uniósłszy się z miednicy w jamę brzucha, sterczała wyprostowana i skręcona około swej osi ku górze i na prawo aż ku prawemu podżebrzu. Krezka jelita esowatego prawidłowo przyczepiona, silnie była naprężona i nie okazywała, prócz nadmiernej długości, żadnych zmian chorobowych; okrężnica zstępująca i poprzeczna, rozdęte do grubości ramienia męzkiego, nie zawierały znaczniejszej ilości kału, prostnicę znalazłem wolną od zmian. Wobec wybitnej nieprawidłowości, jaką przedstawiała pętla esowata, pragnąc na pewne zabezpieczyć operowaną na przyszłość od dalszych zaburzeń, grożących jej życiu, skłoniłem się do odcięcia pętli w długości 50 ctm., poczem z górnego i dolnego ramienia kiszki esowatej pozostało jeszcze tyle, że odcinki te połączyłem swobodnie szwem. Równocześnie wyciąłem z kiszki klin odpowiedniej szerokości, a następnie dokładnie zamknąłem szwem jamę brzuszną.

Operowana przeniosła zabieg bardzo dobrze; dnia 8-go po lawatywie odszedł pierwszy stolec, a dnia 12-go po operacyi zdjęto opatrunek i wyjęto szwy z rany brzusznej, dobrze przez rychłozrost zgojonej. W trzecim tygodniu po operacyi pozwolono chorej chodzić z opaską brzuszną. Zrazu wypróżnianie się jelit odbywało się dość leniwo tak, że zachodziła potrzeba podawania co dni parę lawatywy lub środka przeczyszczającego; począwszy jednak od trzeciego tygodnia stolec pojawiał się codziennie bez żadnej pomocy [8]).

Wymiary brzucha zmalały tak, że obwód przez pępek wynosił w parę tygodni po operacyi 54 ctm. w porównaniu do 72 ctm. przed operacyą; obwód brzucha w okolicy łuku żebrowego 59 ctm. wobec dawniejszego wymiaru 67 ctm. w tem miejscu. Wycięta pętla esowata, oprócz przekrwienia otrzewnej w dolnym odcinku i zgrubienia ścian i to głównie przerostu warstwy mięsnej, nie przedstawiała zmian głębszych. Zważywszy, że długość całego jelita grubego u dzieci, z wyłączeniem prostnicy, według pomiarów Rolssena [9]) wynosi niespełna metr (3·1), to wycięta część w długości 50 ctm. świadczy o okazałej pętli esowatej, jaka w tym przypadku miała miejsce. Obwód pętli w miejscu największego rozdęcia wynosił po nastrzykaniu preparatu wodą 35 ctm., w chwili operacyi był stanowczo większy. Niewątpliwie ta nadmierna długość kiszki esowatej była wadą rozwojową jelita grubego, — wrodzoną lub rychło po urodzeniu nabytą, z której płynące zaburzenia w przesuwaniu się treści kałowej objawiały się już w pierwszym roku życia, jak świadczą zebrane wywiady. Za tem, że istniała przeszkoda w krążeniu kału oprócz objawów klinicznych, jak utrzymujące się stale od pewnego czasu zaparcie stolca, wzdęcie brzucha, rysowanie się obrysów rozdętych jelit i wzmożenie ruchu robaczkowego, przemawia nadto znaczne zgrubienie warstwy mięsnej w odciętej pętli, które za przerost roboczy, powstający zawsze skutkiem zwiększonej pracy mięśnia, nauczyliśmy się uważać, a który znajdujemy stale w częściach jelita ponad zwężeniem położonych. Przerost ten dotyczył całej kiszki esowatej, zmniejszając się stopniowo ku jej dolnemu odcinkowi, gdzie też niewątpliwie leżała przeszkoda w drożności jelita esowatego. Na czem polegała ta przeszkoda, czy na zaciśnieniu dolnego odbytnicowego odcinka pętli esowatej przez wolny brzeg krezki (mesosigmoideum), czy, co prawdopodobniejsze wobec stwierdzonego śród operacyi skręcenia pętli około osi, skutkiem ostrego zagięcia bocznego kiszki esowatej, w miejscu gdzie ona przechodzi w odbytnicę, rozstrzygać nie chcę, bo z chwilą wypuszczenia gazów stosunki się zmieniły, a trudności techniczne i wzgląd na operowaną nie dozwalały poprzednio na rozpatrywanie dokładne szczegółów anatomicznych. Zresztą wynik ostateczny tak w jednym, jak i w drugim wypadku będzie ten sam, t. j. nastąpi zaciśnienie światła jelita na przejściu kiszki esowatej w prostnicę, w miejscu, gdzie prawidłowo, jak to wykazał Amussat, a stwierdził Pirogoff, znajduje się miejsce zwężone, a gdzie Luschka wykrył prawidłową zastawkę z fałdu błony śluzowej.

Stopień przeszkody w drożności jelita był niemały, skoro mogło nastąpić tak znaczne rozdęcie gazami kiszki

[8]) Na podstawie listownej wiadomości z dnia 4 kwietnia b. r. dołączam wzmiankę, że operowana jest zupełnie zdrowa, a trawienie i wypróżnienia jelitowe odbywają się całkiem prawidłowo.

[9]) Rolssen: Ein Beitrag zur Kentniss der Längenmasse des deutschen Darmes (*Inaug. Dissert.* 1890).

esowatej i okrężnicy; z drugiej strony jednak nie sprowadzał on cięższych zaburzeń w krążeniu krwi, bo prócz lekkiego przekrwienia jelita, które odnieść można do podrażnienia przez zastój treści kałowej i nagromadzone gazy, cięższych zmian w jelicie ani w krezce nie wykazano.

Z chwilą wzmożenia się ruchu robaczkowego pod wpływem silnych środków przeczyszczających, lub niezależnie nawet od nich, skutkiem podrażnienia jelita rozkładającą się treścią, przesuwał się przez miejsce przeszkody nagromadzony kał i następowały wypróżnienia charakterystycznego kształtu, płaskie, taśmowate. Również i przy wlewaniach wody przez odbytnicę ciecz torowała sobie drogę łatwo z dołu przez miejsce zaciśnione jelita w górę, nie wracała jednak wcale albo tylko z trudnością. Należy przypuścić, że skutkiem silniejszego ruchu robaczkowego i rozdęcia większego jelita pętla skręcona, wypreżając się ku górze, odkręcała się równocześnie i przyczyniała się w ten sposób do wyrównania ostrego zagięcia w miejscu zacieśnionem. Wielkiej wagi czynnikiem, który w opisanym przypadku pokonywał skutecznie przeszkodę w drożności jelita esowatego, był przerost mięśnia jelitowego, równoważący opory poniżej się nasuwające; to też wolno wnosić, że jak długo siła ruchowa jelita nie uległaby wyczerpaniu, nie mogło przyjść do wytworzenia się zupełnej niedrożności, a objawy, odpowiadające istniejącemu zaburzeniu w drożności, przemawiały jedynie za cieśnią jelita i w tym też duchu opiewało rozpoznanie przedoperacyjne.

Określona bliżej przez Rosenbacha [10]) niedomoga jelita (insufficientia) odgrywa niewątpliwie ważną rolę w przeważnej liczbie przypadków niedrożności mechanicznej jelit, jako ostateczny czynnik przyczynowy, który wywiera wpływ końcowy, rozstrzygający o losie jelita Tak też w zawikłanym mechanizmie skrętów jelita esowatego stanowi ona bezsprzecznie czynnik rozstrzygający, który, wobec istniejących oddawna podstaw chorobowych, sprowadza naraz zaburzenia takie, jakim jelito ulega, bo samo przez się już więcej sprostać im nie jest w stanie. Wszakże u osób okazujących wszelkie dane do wytworzenia się skrętu, czyli u obciążonych zmianami chorobowemi w pętli esowatej i jej krezce, które usposabiają do łatwego skręcania się kiszki esowatej, niewątpliwie częściej dokonywują się skręty, które zwalcza energia i siła rodzima samego jelita.

Świadczą o tem liczne spostrzeżenia, stwierdzające, że u chorych, poddających się operacyi z powodu skrętu kiszki esowatej, poprzednio już pojawiały się objawy, zupełnie analogiczne z ostatniem zajściem, które jednak ustępowały samoistnie. Częstokroć też napotyka się w wywiadach, zebranych u tych osób, wzmianki, że napad ostatni poprzedzały cały szereg lat zaburzenia w wypróżnianiu się jelit i że utrzymywała się skłonność do zaparcia stolca, z którem naprzemian występowały biegunki.

Za istniejącą dłuższy czas przedtem przeszkodą w drożności jelita u tych chorych przemawia wreszcie stwierdzony wielokrotnie w przebiegu skrętów przerost warstwy mięsnej jelita esowatego, położonego nad zawadą. Skłonność przewlekła do uporczywego zaparcia stolca, uznana przez wszystkich z naciskiem jako jeden z najprzedniejszych czynników przyczynowych w etyologii skrętów jelita esowatego, jest niewątpliwie w wielu przypadkach jedynie objawem już istniejącej nieprawidłowości jelita esowatego, wrodzonej lub wcześnie w dzieciństwie nabytej, a w szeregu czynników składających się na wytworzenie zupełnego obrazu anatomicznego, jaki przedstawia wraz z krezką jelito skrętowi uległe, dopiero dalsze, wtórorzędne zajmuje miejsce.

Rozważanie baczniejsze odmiennej kolei, w jakiej wyrabiają się zmiany jelita i występują objawy patologiczne u osób usposobionych do skrętu kiszki esowatej, jest bez znaczenia wprawdzie dla samej sprawy skręcania się pętli, zasługuje jednak o tyle na uwagę, że w przebiegu uporczywego zaparcia stolca u dzieci lub u osób młodych, posłużyć może za podstawę do rozpoznania właściwej przyczyny leniwego opróżniania się jelita.

Szczególnej zaś wagi nabiera ta okoliczność wtedy, gdy zaburzenia w przesuwaniu się treści jelitowej dochodzą do tego stopnia, jak w przypadku przezemnie opisanym, gdzie, wobec bezskuteczności leczenia wewnętrznego, nasuwa się konieczność zabiegu operacyjnego. Przypadki podobne, w miarę ściślejszego rozróżniania przyczyn przewlekłego zaparcia stolca u dzieci, częściej może staną się przedmiotem leczenia operacyjnego i obniżą temsamem odsetek skrętów jelita esowatego, przydarzających się nierzadko w wieku późniejszym.

Jaki wybrać rodzaj zabiegu operacyjnego, jeśli doń zniewalają ciężkie zaburzenia jelitowe u dzieci, wywołane nieprawidłowością w rozwoju pętli esowatej, trudno *a priori* orzec; niewątpliwie rozstrzygającym tu czynnikiem będzie w pierwszej linii anatomiczny stan jelita esowatego i jego krezki i stopień zboczenia rozwojowego, obok uwzględnienia innych okoliczności, jak ogólny zasób sił i zdrowia.

Czy wystarczającem będzie przyszycie nadmiernej pętli jelita esowatego, albo krezki samej do otrzewnej ściennej, nawet na rozległej przestrzeni, jak to czyni Roux w przypadkach skrętów u dorosłych, stanowczo rozstrzygać nie można; w każdym jednak razie, wobec znacznej długości pętli esowatej i jej krezki, ustalenie tak rozległe jelita na ścianie brzusznej choćby w skutkach było najwięcej obiecujące, sprowadzić może łatwo inne ciężkie zaburzenia w jamie brzusznej.

Wobec dobrych sił u mojej chorej i znacznego stopnia nieprawidłowości napotkanej w jelicie esowatem, wykonałem odcięcie całkowite pętli, wraz z wycięciem klina z krezki i w ten sposób, usuwając przyczynę zboczenia chorobowego, zniweczyłem zarazem oba źródła, w których mieszczą się czynniki sprzyjające wytwarzaniu się skrętu w przyszłości.

Ta droga naprawy nieprawidłowego rozwoju pętli esowatej, lubo cięższa dla chorych i poważna zdaje się być najwłaściwszą, bo stwarza najprostsze stosunki w jamie brzusznej.

II. **Z pracowni fizyologicznej prof. Dra Becka w Uniwersytecie lwowskim.**

O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych.

Podał
Dr. Edmund Kowalski,
kierownik Zakładu wodoleczniczego »Kiselka« obok Lwowa.

(Dokończenie).

Po dojściu do założonego przez nas celu, t. j. po udowodnieniu, że podniety termiczne wywierają rzeczywiście

[10]) Rosenbach: Zur Symptomatologie und Therapie der Darminsufficienz (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 13).

wpływ bezpośredni na naczynia, względnie na krążenie chłonne i po wyszukaniu przyczyny tego wpływu w czynności nerwów naczynioruchowych chłonnych, cofnijmy się nieco wstecz do początkowych naszych doświadczeń, t. j. do tych, gdzieśmy badali stosunki krążenia limfy przy zachowaniu prawidłowego krążenia krwi i przyjrzyjmy się wynikom tam otrzymanym, a raczej różnicom, a po części podobieństwu między nimi, a wynikami, otrzymanymi w doświadczeniach po wykluczeniu krążenia krwi i zastanówmy się nad przyczyną tego.

Początkowy okres po zanurzeniu zwierzęcia, czy to w ciepłej kąpieli, czy też zimnej, w przypadkach z zachowaniem prawidłowego krążenia krwi, odpowiada w zupełności temu, cośmy widzieli w doświadczeniach po wykluczeniu tego krążenia, t. j. mamy w kąpieli ciepłej przyśpieszenie wypływu limfy i zwiększenie jej ilości, w kąpieli zaś zimnej, po znaczniejszym wytrysku, zwolnienie wypływu limfy i zmniejszenie jej ilości; następny jednak okres po tej chwilowej przejściowej fazie przedstawia obraz wręcz przeciwny, t. j. mamy w kąpieli ciepłej coraz wolniejszy i coraz skąpszy wypływ limfy, w kąpieli zaś zimnej coraz szybszy i coraz obfitszy. Objawy początkowe byłyby następstwem stanu czynnego omówionych już nerwów naczynioruchowych, przyczyna zaś objawów okresu drugiego nie może być czem innem, jak wpływem zmienionych równocześnie pod zadziałaniem tej samej podniety stosunków krążenia krwi, boć, jak z góry zaznaczyłem, wszystkie inne warunki staraliśmy się zachować wszędzie jednakowe.

Jak ogólnię wiadomo, a co stwierdziliśmy i w obecnych naszych doświadczeniach, krążenie krwi pod wpływem bodźców termicznych ulega ogólnym zmianom: zmienia się ciśnienie, zmienia się czynność serca, jak również szybkość przepływającej krwi. Zmiana ciśnienia krwi, a raczej zmiana stosunku między ciśnieniem tętniczem, a żylnem wpływa, co zresztą jest rzeczą znaną, na odpływ zawartej już w naczyniach limfy; zmiana zaś ogólna w krążeniu musi bezsprzecznie wpływać na sprawę wytwarzania się limfy, czyli mamy skutkiem tego z jednej strony ułatwiony, względnie utrudniony, odpływ, z drugiej strony zwiększone, względnie zmniejszone, tworzenie się limfy, co razem wzięte z uwzględnieniem i wpływu nerwów naczynioruchowych chłonnych musi nam dać odmienne wyniki od tych, jakieśmy otrzymali po wykluczeniu wpływu krążenia krwionośnego.

Po przeprowadzeniu powyższych doświadczeń i po uczynieniu na podstawie uzyskanych wyników wyżej przytoczonych wniosków, obejrzałem się za pracami, odnoszącemi się do stosunków krążenia limfy już nie z zakresu hidroterapii, gdyż takich odnośnie do tej sprawy, jak to na początku wspomniałem, nie posiadamy, lecz za pracami z zakresu badań fizyologicznych wogóle, a to w celu, by się przekonać, czy nie znajdziemy danych, mogących poprzeć wysnute z naszych doświadczeń wnioski.

Między należącemi do tego przedmiotu pracami znachodzimy takie, które nam wykazują, że tak drobne naczynia chłonne, jak i przewód piersiowy, ulegają wpływom nerwowym i to, że tak te naczynia, jak i przewód piersiowy po zadrażnieniu pewnych nerwów się zwężają, po zadrażnieniu zaś innych, rozszerzają.

I tak Bert i Laffont[1]) wykazali, iż drobne naczynia chłonne krezkowe zmieniają swą pojemność nie tylko pod wpływem bezpośrednim pewnych bodźców, ale także drogą zadrażnienia pewnych nerwów, mianowicie, że naczynia te zwężają się po zadziałaniu bezpośredniem bodźców elektrycznych i mechanicznych, nadto, że zwężają się po zadrażnieniu nerwów krezkowych, a rozszerzają po zadrażnieniu nerwów trzewnych. L. Camus i E. Gley[2]) zauważyli zaś, iż po zadrażnieniu prądem przerywanym dolnego, czyli obwodowego odcinka przeciętego nerwu trzewnego następuje zmniejszenie się ciśnienia w zbiorniku (cysternie) chłonnym, a to skutkiem rozszerzenia się jego, poczem, po pewnym dłuższym lub krótszym czasie, występuje zwiększenie się ciśnienia skutkiem następowego kurczenia się ścian zbiornika. Prócz tego zauważyli ci sami autorowie[3]), że po zadrażnieniu nerwu błędnego występuje zwężenie się przewodu piersiowego, po zadrażnieniu zaś obwodowej części nerwu trzewnego, jak i dolnej części nerwu kulszowego, — rozszerzenie. To samo spostrzeżenie przytacza w oddzielnej pracy sam Camus[4]), podając również, że zadrażnienie obwodowej części nerwu trzewnego wywołuje chwilowe rozszerzenie się przewodu piersiowego.

Przytoczone badania potwierdzają dosadnie nasze wnioski; wprawdzie Starling[5]) zaprzecza, jakoby układ nerwowy wywierał jakikolwiek wpływ na krążenie, względnie na stan naczyń chłonnych, lecz sądzę, że nasze doświadczenia rzecz tę dostatecznie wyjaśniły i udowodniły, i że z całą stanowczością przyjąć możemy istnienie nerwów ruchowych dla naczyń chłonnych, a zdanie Starlinga uważać za zupełnie w tym względzie odosobnione.

Otóż, na podstawie naszych spostrzeżeń, powiedzieliśmy przedewszystkiem, że nerwy naczynioruchowe dla naczyń chłonnych istnieją, i że stan ich czynny, wywołany zadrażnieniem powłok zewnętrznych przez bodziec termiczny o nizkim stopniu ciepła, nie tylko zwęża naczynia, ale i zwalnia ich ruch robaczkowy; wywołany przez zadrażnienie bodźcem o wysokiej ciepłocie — nie tylko naczynia rozszerza, ale i ruch robaczkowy przyspiesza.

Że ruch taki, któryśmy z objawów zauważonych przez nas, mianowicie z jakości, względnie chyżości, wypływu limfy, wywnioskowali, istnieje, to wykazali na naczyniach krezkowych u świnek morskich A. Haller, a u żab Collin, zaś na przewodzie piersiowym Bert i Laffont[6]), którzy po zadrażnieniu mechanicznem ściany przewodu zauważyli w miejscu zadrażnienia chwilowe jego zwężenie się z następowem rozszerzeniem i przenoszenie się ruchu tego na dalsze części; że zaś na szybkość ruchu tego bodźce termiczne w przyjętym przez nas kierunku wpływają, moglibyśmy się dopatrzeć potwierdzenia przynajmniej do pewnego stopnia w doświad-

---

[1]) Bert et Laffont. Influence du système nerveux sur les vaisseaux lymphatiques. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences* 1882).

[2]) L. Camus et E. Gley. Recherches sur les nerfs des vaisseux lymphatiques (*Arch. de Phys.* (5) VI. 2).

[3]) L. Camus et E. Gley. Recherches experimentales sur l'innervation du canal thoracique. (*Arch. de Phys.* (5) VII. 2).

[4]) L. Camus. Recherches sur les causes de la circulation lymphatique. (*Arch. de Phys.* (5) VI. 3).

[5]) Starling. The influence of mechanical factors on lymph production. (*The journal of physiol.* XVI. 3, 4, 1894).

[6]) Bert et Laffont. *Ut supra.*

czeniach Fubiniego i Spallity[7]), oraz w badaniach Welikyego[8]), którzy zauważyli, że ogrzanie rdzenia pacierzowego przyspiesza skurcze tak zwanych „serc chłonnych“ u żab, oziębienie zaś zwalnia.

Wreszcie, na podstawie otrzymanych wyników powiedzieliśmy, że nerwy naczynioruchowe chłonne nie są identyczne z podobnymi nerwami dla naczyń krwionośnych; zaś wobec wspomnianych doświadczeń Fubiniego et Spallity i Welikyego, którzy zauważyli zmianę w ruchach „serc chłonnych“ przez ogrzanie, względnie oziębienie, rdzenia pacierzowego, jak również wobec doświadczeń samego Welikyego[9]), który przez warstwowe niszczenie rdzenia wywoływał powolne stopniowe zaprzestawanie ruchów tych serc, przez doszczętne zaś zniszczenie — zupełny i stały ich spokój, — dodać możemy, że siedzibą ośrodków tych nerwów jest prawdopodobnie rdzeń pacierzowy.

Wracając teraz do naszego założenia, w krótkości powiedzieć możemy, że doświadczenia nasze udowodniły 1) że bodźce termiczne wywierają rzeczywiście wpływ na krążenie limfy nie tylko pośrednio, przez równoczesne zmiany w innych narządach, ale i bezpośrednio przez zmianę w pojemności samychże naczyń chłonnych, oraz, że bodźce termiczne o nizkim stopniu ciepła naczynia te zwężają, o wysokim zaś stopniu — rozszerzają; 2) udowodniły także, że przyczyna tych zmian leży w układzie nerwowym, czyli, że naczynia chłonne, podobnie jak naczynia krwionośne, podlegają takim samym wpływom, t. j. wpływowi nerwów naczynioruchowych, które zadrażnione na drodze odruchowej bodźcem termicznym o nizkim stopniu ciepła wywołują zwężenie tych naczyń, zadrażnione zaś bodźcem o wysokim stopniu ciepła — rozszerzenie, — nadto doświadczenia te wykazały, 3) że owe nerwy naczynioruchowe chłonne nie są identyczne z podobnymi nerwami dla naczyń krwionośnych, względnie, że stan ich czynny nie zależy od stosunków krążenia krwi.

Badania nasze dały wyniki o wartości przedewszystkiem teoretycznej, które jednak można wyzyskać i w kierunku praktycznym.

Strona teoretyczna polega na dowodzie, stwierdzającym istnienie nerwów naczynioruchowych chłonnych; — praktyczna zaś — jest wskazówką, jak należy postępować, gdy chodzi o pobudzenie i przyśpieszenie tak ogólnego, jak i miejscowego krążenia limfy.

Otóż w przypadkach tych, uwzględniwszy z jednej strony wpływ wymienionych nerwów, z drugiej wpływy uboczne, a przedewszystkiem wpływ równoczesnych zmian w krążeniu krwi, należałoby stósować zabiegi skombinowane, t. j. najpierw zabieg termiczny o wysokim stopniu ciepła, jak kąpiel ciepła, lub ciepły okład, bo skutkiem tego chłonienie limfy się wzmaga, — następnie zaś zabieg o nizkim stopniu ciepła, jak kąpiel zimna, zmycie miejscowe, lub natrysk zimny, bo znów skutkiem tego wypróżnianie się naczyń, względnie wylewanie się zawartej w nich treści do ogólnego obiegu krwi się ułatwia i przyśpiesza.

Widzimy zatem, że zabiegi wodolecznicze i w tym kierunku mogą znaleźć skuteczne i usprawiedliwione, bo na pewnikach fizyologicznych oparte, zastósowanie.

[7]) Fubini et Spallita. Einfluss der thermischen Erregungen auf die Bewegungen der Lymphherzen bei den Batrachiern. (*Molesch. Untersuch. z. Natur.* XIII. 1885).

[8]) W. Weliky. Einige Beiträge zur Histologie, Anatomie und Physiologie der Lymphherzen, Petersburg, 1884.

[9]) W. Weliky. *Ut supra.*

Opis przeprowadzonych doświadczeń.

Doświadczenie 1. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 15090 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania limfy. Ciepłota psa, mierzona w odbytnicy, 38·4° C. Limfę zbierano przez 30 minut i otrzymano 5·35 grm., poczem włożono psa do kąpieli 45° C. W pierwszej chwili prąd limfy się przyspiesza i ilość jej wzmaga tak, że w 15 minutach wynosi 5·12, następnie prąd wolniej i ilość się zmniejsza i wynosi w drugich 15 minutach 0·86 grm. Po 30 minutach wyjęto psa z kąpieli. Ciepłota jego w odbytnicy wynosi 39·4° C. Zbierano limfę dalej przez 20 minut i otrzymano 0·16 grm. Po pauzie tej włożono psa do kąpieli 15° C. na 20 minut i otrzymano przez ten czas limfy 0·32 grm., poczem wyjęto psa z kąpieli. Ciepłota w odbytnicy wynosi obecnie 37·1° C. Dalszych doświadczeń musiano zaprzestać z powodu zbyt silnego krzepnięcia limfy.

Doświadczenie 2. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 18190 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania wypływającej limfy. Ciepłota psa w odbytnicy 37·6° C. Limfę zbierano przez 20 minut i otrzymano w pierwszych 10 minutach 8·63 grm., w następnych 10 minutach 7·62 grm., poczem włożono psa do kąpieli 14° C. na 6 minut. W czasie kąpieli zauważono po chwilowym obfitszym wytrysku zwolnienie wypływu limfy, w miarę zaś trwania kąpieli następowe przyśpieszenie. Ogólna ilość limfy, jaką w tym czasie otrzymano, wynosi 15·82 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli, którego ciepłota wynosi obecnie 35·8° C., otrzymano w 6 minutach ilość limfy 20·40 grm., w następnych 6 minutach 10·51 grm., poczem włożono psa do kąpieli 40° C. i pozostawiono w niej przez 16 minut. Po włożeniu do kąpieli zauważono początkowe zwiększenie się wypływu limfy i otrzymano w pierwszych 6 minutach 8·86 grm., w następnych zaś 10 minutach 12·61 grm. Z kąpieli ciepłej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 12° C. i pozostawiono w niej przez 16 minut. Po zanurzeniu zwierzęcia w kąpieli zimnej zauważono silny, nagły wypływ limfy, następnie chwiliwe zwolnienie wypływu, który w miarę trwania kąpieli coraz więcej się przyśpieszał, ilość zaś limfy, jaką otrzymano, wynosiła w pierwszych 6 minutach 7·3 grm., w dalszych 10 minutach 14·72 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 12 minut i otrzymano w pierwszych 6 minutach 5·68 grm., w następnych 6 minutach 6·14 grm. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi obecnie 28·6° C.

Doświadczenie 3. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 10390 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania wypływającej limfy. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi 38·3° C. Limfę zbierano przez 20 minut i otrzymano 4·01 grm., następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 10 minut i zauważono początkowe przyśpieszenie wypływu limfy, następowo zaś zwolnienie, a ogólna ilość limfy otrzymana w tych 10 minutach wynosi 2·96 grm. Z kąpieli 40° C. przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 11° C. i pozostawiono w niej przez 10 minut i zauważono po chwilowym obfitszym wytrysku początkowe zwolnienie wypływu limfy, w miarę zaś trwania kąpieli przyśpieszenie, a ilość, jaką w tym czasie otrzymano, wynosi 9·27 grm. Z kąpieli 11° C. przeniesiono psa powtórnie do kąpieli 40° C. i zauważono początkowo przyśpieszenie, następowe zaś zwolnienie wypływu limfy, a ilość, jaką otrzymano w pierwszych 5 minutach, wynosi 2·51 grm., w następnych 10 minutach 2·41 grm. Z kąpieli 40° C. przeniesiono psa bezpośrednio po raz trzeci do kąpieli zimnej 12° C., pozostawiono w niej przez minut 15 i zauważono po chwilowym, obfitszym wytrysku limfy początkowe zwolnienie wypływu, z następowem dopiero przyśpieszeniem, a ilość limfy, jaką otrzymano w pierwszych 5 minutach, wynosi 4·93 grm., w następnych zaś 10 minutach 4·74 grm.

Po wyjęciu z ostatniej kąpieli zbierano limfę przez 10 minut i otrzymano 4·83 grm. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi obecnie 38·6° C.

Doświadczenie 4. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 13590 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej podczas trwania doświadczenia wstrzykiwano od czasu do czasu w miarę potrzeby kurarę. Odsłoniętą tętnicę udową połączono z manometrem-kymografem dla oznaczania ciśnienia krwi. Zamiast odpreparowania przewodu piersiowego chłonnego postąpiono sposobem Gärtnera t. j. podwiązano żyłę podobojczykową (subclavia), szyjną (jugularis) i bezimienną (anonyma), a w zbiorniku (cysternie) chłonnym umocowano kaniulkę dla odprowadzania wypływającej limfy.

Limfa po podwiązaniu żył zbiera się bardzo obficie, a po wprowadzeniu kaniuli wylewa się pełnym strumieniem tak, że w przeciągu pierwszych 2 minut wypływa 20·42 grm., w następnych 10 minutach 44·14 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 6 minut. Ciśnienie krwi opada. Limfa wypływa z początku obficie i szybko, następnie wolniej i skąpiej i daje ogólną ilość 22·15 grm.; z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 10° C. i pozostawiono przez 6 minut. Ciśnienie tętnicze podnosi się. Limfa w pierwszej chwili nagle obficie wypływa, następnie wolniej, poczem wypływ się przyśpiesza i ilość zwiększa, a ogółem otrzymano w tym czasie limfy 24·98 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 23·50 grm.

Obecnie wstrzyknięto do żyły udowej 1·5 grm. wodnika chloralu. Ciśnienie krwi opada i utrzymuje się stale nizkie. Limfę zbierano przez 6 minut i otrzymano 12·06 grm., poczem włożono psa do kąpieli 10° C. na 6 minut. Ciśnienie tętnicze zostaje bez zmiany, limfa w pierwszej chwili obficiej wytryska, poczem wypływa stale wolno i skąpo, dając ogólną ilość 4·75 grm. Po wyjęciu z kąpieli zebrano limfy również w 6 minutach 11·34 grm.

Następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 5 minut. Ciśnienie tętnicze pozostaje bez zmiany. Limfa wypływa coraz szybciej, dając w tym czasie ilość wynoszącą 12.51 grm. Z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 10° C. i pozostawiono w niej przez 6 minut. Ciśnienie krwi pozostaje bez zmiany. Limfa nagle wytryska, poczem wypływa coraz wolniej, a ilość jej w tym czasie wydzielona wynosi 6·50 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli 10° C. otrzymano limfy przez przeciąg 6 minut 21·27 grm. Ponieważ ciśnienie krwi zaczyna okazywać pewne wahania, zastrzyknięto powtórnie 1 grm. wodnika chloralu. Po pauzie włożono psa powtórnie do kąpieli 40° C. na 6 minut. Ciśnienie tętnicze nie zmienia się. Limfy, która wypływa coraz szybciej, otrzymano w tym czasie 4·77 grm. Następnie przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 12° C. i pozostawiono w niej przez 6 minut. Ciśnienie tętnicze nie zmienia się. Limfa w pierwszej chwili wylewa się obficiej, potem coraz wolniej i skąpiej, dając ogólną ilość wynoszącą 1·02 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 11·06 grm.

Zrobiono krótką pauzę, poczem zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 4·71 grm., następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 6 minut. Ciśnienie tętnicze się nie zmienia. Limfa wydziela się coraz szybciej i obficiej tak, że jej ilość otrzymana w tym czasie wynosi 6·86 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 4·41 grm. Ciepłota psa w odbytnicy wynosi obecnie 35·2° C.

Doświadczenie 5. Pies przez dwie doby głodzony, wagi 26290 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano kurarę. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania limfy. Limfa wydziela się zmieszana z krwią i bezustannie krzepnie tak, że jej żadnym sposobem nie można zbierać. Wobec tego ograniczono się tylko do badania zachowania się ciśnienia krwi i ruchów serca pod wpływem bodźców termicznych. W tym celu połączono tętnicę udową z manometrem-kymografem, a po oznaczeniu prawidłowego ciśnienia krwi zanurzono psa w kąpieli 10° C. Ciśnienie podnosi się znacznie i utrzymuje prawie równo wysokie przez cały czas trwania kąpieli (6 minut), ruchy serca wolnieją. Z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 40° C. Ciśnienie po nieznacznych wahaniach obniża się i utrzymuje jako takie również przez cały czas trwania kąpieli (6 minut), ruchy serca się przyśpieszają.

Obecnie wstrzyknięto do żyły udowej 2 grm. wodnika chloralu w dawkach 0·5 grm. po sobie następujących. Ciśnienie w miarę zwiększania dawki obniża się, a po ostatniej dawce utrzymuje się stale nizkie.

Natenczas zanurzono psa w kąpieli 12° C. i pozostawiono w niej przez minut 10. Ciśnienie nie zmienia się, aż dopiero pod koniec trwania kąpieli zaczyna się nieco podnosić, wtedy zastrzyknięto ponownie 0·5 grm. wodnika chloralu, poczem ciśnienie wraca do poprzedniego stanu i więcej nie ulega zmianie. Po wyjęciu psa z kąpieli 12° C. zanurzono go w kąpieli 40° C. i pozostawiono w niej minut 5. Ciśnienie nie zmienia się. Następnie drażniono powłoki zewnętrzne psa coraz silniejszym prądem przerywanym, co również pozostało bez wpływu na zachowanie się ciśnienia tętniczego.

Doświadczenie 6. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 19590 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano podczas trwania doświadczenia w miarę potrzeby kurarę. Odsłoniętą tętnicę udową połączono z manometrem-kymografem dla oznaczania ciśnienia krwi. W przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę dla odprowadzania wydzielającej się limfy. Limfę zbierano przez 15 minut i otrzymano 8·68 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 40° C na 6 minut. Ciśnienie krwi nieco opadło, limfy zaś wydzieliło się 3·94 grm., przyczem zauważono, iż z początku limfa wypływała szybko i obficie, z czasem zaś coraz wolniej i skąpiej. Po 6 minutach wyjęto psa z kąpieli, zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 8·11 grm. Po tej pauzie włożono psa do kąpieli 10° C. na 6 minut. Ciśnienie krwi podniosło się. Po zanurzeniu limfa nagle wypływa, następnie wolniej, pod koniec zaś coraz szybciej, a ogółem wydzieliło się jej w tym czasie 9·37 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli zebrano limfy w przeciągu 6 minut 4·76 grm. Obecnie wstrzyknięto do żyły udowej 2 grm. wodnika chloralu, a skoro po tej dawce ciśnienie należycie nie opadło i okazywało pewne wahania, wstrzyknięto jeszcze 1 grm., poczem już ciśnienie utrzymywało się stale nizkie. Zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 2·15 grm., poczem zastósowano kąpiel 40° C., trwającą 6 minut, w czasie której limfa wydzielała się coraz szybciej i obficiej, dając ogólną ilość 9·34 grm. Po wyjęciu psa z kąpieli przeczekano 6 minut i otrzymano w tym czasie limfy 7·51 grm.

Następnie włożono psa do kąpieli 10° C. na 6 minut i zebrano limfy 6·25 grm., przyczem limfa po chwilowym obfitszym wypływie wydzielała się coraz wolniej i skąpiej. Po wyjęciu psa z kąpieli zbierano limfę przez 6 minut i otrzymano 9·87 grm.

Zrobiono pauzę kilkuminutową. Po pauzie zaczęto zbierać limfę i otrzymano przez 6 minut 4·91 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 40° C. na 6 minut. Limfa wypływa coraz szybciej, dając ilość wynoszącą 5·35 grm., z kąpieli tej przeniesiono psa bezpośrednio do kąpieli 10° C. i pozostawiono w niej przez 6 minut. Limfa nagle wytryska, następnie wypływa coraz wolniej, dając ogólną ilość 1·73 grm. Po wyjęciu psa z ostatniej kąpieli otrzymano limfy przez 6 minut 4·71 grm. Po zastrzyknięciu wodnika chloralu ani kąpiel ciepła, ani zimna nie wywierały żadnego zgoła wpływu na ciśnienie krwi.

Doświadczenie 7. Pies, przez dwie doby głodzony, wagi 13690 grm. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano w miarę potrzeby kurarę. Tętnicę udową połączono z manometrem-kymografem dla oznaczania ciśnienia krwi. W odsłoniętym przewodzie piersiowym (ductus thoracicus) umocowano kaniulkę do odprowadzania wydzielającej się limfy. Zbierano limfę przez 16 minut i otrzymano w pierwszych 8 minutach 6·46 grm., w następnych 8 minutach 7·25 grm. Obecnie odsłonięto tętnicę szyjową, a po otwarciu jej wypuszczano krew. Ciśnienie w miarę odpływu krwi, stale opada, limfa wypływa obficie. Gdy ciśnienie opadło prawie do zera, zbierano limfę przez 3 minuty i otrzymano 6·89 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 10° C. i pozostawiono w niej przez 3 minuty. Ciśnienie minimalnie na chwilkę się podnosi, poczem opada. Limfa w pierwszej chwili wypływa obficiej, poczem sączy się kroplami, dając w tym czasie ilość wynoszącą 0·59 grm. Z kąpieli zimnej przeniesiono psa do kąpieli 45° C. i pozostawiono również przez 3 minuty. Ciśnienie utrzymuje się na zerze, tętno powoli przestaje być widoczne. Limfa zaczyna wypływać coraz obficiej tak, że przez przeciąg 3 minut otrzymano 7·63 grm. Następnie włożono psa do kąpieli 10° C. W pierwszej chwili wypływa kilka kropli limfy, poczem przestaje się wydzielać; z kąpieli tej przeniesiono psa do kąpieli cieplej 45° C. Limfa wypełnia kaniulkę i rurkę z nią połączoną, ale zaraz krzepnie. Po wyjęciu psa z kąpieli i po usunięciu skrzepów limfa wydziela się dalej.

Doświadczenie 8. Pies wagi 9090 grm. Wieczór dnia poprzedniego i rano dnia tego, w którym robiono doświadczenie, nakarmiono psa śmietanką i smalcem. Po zrobieniu tracheotomii stósowano sztuczne oddechanie. Do żyły udowej wstrzykiwano w miarę potrzeby kurarę. Otworzono jamę brzuszną, a po włożeniu psa do kąpieli 10° C., wydobyto pętlę jelita cienkiego wraz z krezką i spostrzegano zachowanie się drobnych naczyń chłonnych na ścianach jelita i na krezce. Naczynia te, ponieważ pies był świeżo tłuszczem nakarmiony, odznaczały się bardzo wyraźnie, jako białe linie grubsze i cieńsze, o zarysach ostrych. Przy badaniu zauważono, że naczyńka te tracą zarysy i powoli znikają, a obraz ten utrzy-

mywał się tak długo, jak długo kąpiel trwała. Pod koniec kąpieli włożono jelita do jamy brzusznej, a psa wyjęto z kąpieli. Po kilkuminutowej pauzie włożono psa do kąpieli 45° C. i równocześnie wyjęto pętlę jelita i krezkę i badano powtórnie zachowanie się naczyń chłonnych. Spostrzeganie wykazało, że naczyńka drobne pęcznieją, przedłużają się, względnie występują świeże, czyli, że istniejące, ale poprzednio niewidoczne rozszerzają się i wypełniają treścią. Stan ten trwał tak długo, jak długo stósowano kąpiel. Doświadczenia powyższe powtórzono kilka razy zawsze z tym samym wynikiem.

Obecnie zrobiono dłuższą przerwę, poczem wydobytą pętlę jelit polewano bezpośrednio wodą 10° C. i zauważono, że naczyńka chłonne w pierwszej chwili, t. j. bezpośrednio po polaniu zimną wodą się zwężają i zanikają, po pewnym czasie jednak następowo się rozszerzają. Następnie schowano pętlę jelit do jamy brzusznej, a po kilkuminutowej pauzie napowrót wydobyto i polewaną wodą 45°—50° C., spostrzegając zachowanie się naczyń chłonnych. Widocznych jednak zmian tym razem nie zauważono.

To ostatnie doświadczenie powtórzono również kilka razy i za każdym razem zrobiono te same spostrzeżenia.

III. Z kliniki lekarskiej Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych.

Podał
Dr. Władysław Maleszewski,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Wyniki zatem doświadczeń nad wodą karlsbadzką schodzą się prawie zupełnie z wynikami doświadczeń na wyciętem sercu żaby, z czego niezawodnie wnosić należy, że ciepłota wody karslbadzkiej, wprowadzonej do żołądka, promieniując wywierała swój właściwy wpływ już na sam mięsień sercowy, jako taki. Jeżeli dalej uwzględnimy, że ciepłota wody wprowadzonej do żołądka drażni zakończenia nerwów błędnych w jego ścianach, a według Hermana również nerwy wątroby, śledziony i sieci, to działanie wody karlsbadzkiej gorącej lub zimnej łatwo sobie wytłomaczyć potrafimy. Słusznie zatem Stricker i Friedrich tłomaczą, że drażnienie włókien nerwu błędnego przechodzi na gałązki unerwiające serce i to w taki sposób, że wywołane podrażnienie przez zimną wodę drogą odruchu przechodzi na włókna zwalniające czynność serca, gdy tymczasem gorąca woda podrażnia włókna przyspieszające, jak również, że podrażnienie zimnej lub gorącej wody za pośrednictwem presorów i depresorów w nerwie błędnym przechodzi na ośrodki zwężające lub rozszerzające naczynia, przez co również różnice w ciśnieniu krwi zostają wyjaśnione. To się odnosi do wody o wysokiej lub niskiej ciepłocie; co się zaś tyczy wody letniej, to Winternitz tłomaczy jej wpływ na obniżenie ciśnienia wstrętem, który wywołuje, a który działa na depresory w nerwie błędnym.

Z chwilą ogłoszenia przez Oertla nowego leczenia gimnastyczno-dyetetycznego, zdawało się, że nastąpiła nowa era w leczeniu chorób sercowych. Z dnia na dzień nadchodziły liczne sprawozdania o korzystnem działaniu tego rodzaju leczenia, lecz nie brakło także i niedowiarków. W r. 1888. na Kongresie w Wiesbadenie Oertel zdawał sprawę ze swej metody i wtedy już liczni lekarze, jak Lichtheim, Schott, Kisch i inni stawili czoło niektórym wywodom autora. Za jedną z pierwszych zasad w leczeniu wad sercowych, szczególnie niewyrównanych, uważa Oertel zmniejszenie wszelkich płynów, przyjmowanych przez chorego, do *minimum*. Nie mnie sądzić czy słuszne, czy niesłuszne zapatrywanie Oertla w tym względzie: zaznaczę jednak tyle, że zasada, na której Oertel opiera swe twierdzenie, została zachwianą przez licznych badaczy. Zasada Oertla, jakoby w pewnych okresach zaburzeń w krążeniu wytwarzać się musiała wodnistość krwi, czyli krwistość surowicza *(plethora serosa seu hydraemica)*, powstająca wskutek nagromadzenia się zbyt wielkiej ilości wody w krążeniu nie zupełnie odpowiada wynikom doświadczeń innych autorów. Przyczyny dla takiej wodnistości krwi szuka Oertel w niestosunku pomiędzy ilością płynów przyjmowanych i ilością wydzielanych, zmniejszoną wskutek niedomogi serca. Bamberger, a potem Lichtheim wystąpili energicznie przeciwko teoryi zboczenia wyrównania serca, postawionej przez Oertla. Lichtheim z szeregu obliczeń ilości ciałek czerwonych we krwi przed i po wypiciu płynów, przyszedł do przekonania, że gęstość krwi różni się od siebie w tych obu przypadkach tylko w bardzo małym stopniu. Benczur i Csatary wykazali również, że gęstość krwi nie idzie w parze ze wzrostem lub znikaniem obrzęków, a nawet dowiedli, że w tętnicach nieraz wzrasta, w miarę wzrostu niewyrównania. Grawitz również zaprzecza istnieniu wodnistości krwi w przypadkach niewyrównania wady sercowej i twierdzi, że woda u chorych z puchliną gromadzi się nie w samej krwi, lecz w przetworach międzytkaninowych; Piotrowski zaś wykazuje, że ilość wody w ustroju (bilans wodny) wybitnego wpływu na stan krwi nie wywiera, dowodząc tem, że po znacznej polyuryi ilość erytrocytów we krwi zwiększa się zaledwie nieznacznie. Basch potwierdza także wyniki tamtych autorów. Kisch, badając krew u 100 chorych, *(Lipomatosis universalis)* przyszedł do przekonania, że wodnistości krwi u otyłych wykazać nie można, wbrew zdaniu Oertla, w 88% bowiem u mężczyzn, a w 66% u kobiet ilość stałych składników była zwiększona. Zdanie Schotta w tym względzie nie różni się prawie od innych badaczy. Schulz i Nasse wykazali, że różnica ilości wody we krwi po obfitem piciu i długiem wstrzymywaniu się od wszelkich napojów wynosiła zaledwie 5·7%. Lecanu przyszedł do tych samych wyników. Magendie i Denis nie spostrzegali obniżenia ciężaru gatunkowego krwi po obfitem przyjęciu płynów, a Leichterstern nie wykazał w tych samych warunkach zmniejszenia ilości hemoglobiny. Z kolei Böcker udowodnił, że zwiększenie ilości wody we krwi spostrzegać można 15 minut po przyjęciu wody w ilości kilku litrów; w pół godziny jednakże krew staje się gęstsza niż po 24 godzinnem wstrzymywaniu się od wszelkich płynów. Regéczy zaś, który dokonywał wiele przetoczeń (transfuzyj) i upustów krwi, zbija zupełnie wnioski Worm-Müllera, którzy bronili teoryi przystosowania się naczyń przy wprowadzeniu płynu do krążenia, lub jego ujęciu. Autor ten twierdzi, że względna niezależność ciśnienia krwi od ujęcia lub wprowadzenia płynu polega na tem, że mimo tych zabiegów w naczyniach wskutek dyffuzyi, przesączania się (filtracyi) i wydzielania się (sekrecyi) ilość płynu zostaje zawsze jedna i tasama. Wstrzykując do żyły roztwór fizyologiczny soli kuchennej nie otrzymujemy takiego rozcieńczenia krwi, jakiego spodziewać się należało. Autor twierdzi, że po przetoczeniu krew gęstnieje,

a po upuście krwi rozcieńcza się znacznie (wsysa ciecz z otoczenia). Stintzing i Gumprecht przemawiają za istnieniem wodnistości krwi w przypadkach zaburzeń w krążeniu; ilość wody bowiem w szeregu spostrzeżeń, wykazują zwiększoną. Manon, obliczając ilość wody i ilość białka we krwi u chorych stanowczo zaprzecza wodnistości krwi, z wyjątkiem jeżeli równocześnie istnieje niedokrewność. Dastre i Loye opisują, że przy przetoczeniu krwi ciśnienie jej pozostaje jednakie i że ile wpłynęło cieczy do żyły, tyle wypłynęło cewnikiem moczu w jednej jednostce czasu.

Z tych więc wszystkich badań musimy uwierzyć, że przyjmowanie płynów, nawet w większych ilościach na raz, nie wywołuje wodnistości krwi. Chcąc następnie przyjść do pojęcia o korzyściach osiąganych przy znacznej redukcyi płynów u chorych z wadą sercową, musimy zastanowić się nad tem, jakie ujemne skutki tego rodzaju redukcya sprowadzić może. Rosenfeld zauważył u chorego zapalenie nerek, jako następstwo wielkiego ograniczenia płynów, wskutek czego również i Schott spostrzegał nieraz u chorych różnego rodzaju stany nerwowe, omdlenia, zawroty głowy, neurastenię, niestrawność, nieżyty żołądka, osłabienie serca, a nawet napady udarowe. Mendel podaje, że stosując kilkakrotnie leczenie Oertlowskie, spotkał się z udarem wybroczynowym i skrzepowym, a przytem dowodzi, że napad udarowy stał w bezpośrednim związku z redukcyą przyjmowanych przez chorego płynów.

Przeszedłszy z kolei te przypadki, gdzie wielkie ilości płynu (mleka) podajemy w celach leczniczych i to z pomyślnym skutkiem, staniemy na rozdrożu i zapewne pośredniej drogi szukać zaczniemy. Trudno zaprzeczyć, że wypadek A. Högerstedta z Dorpatu daje nam dużo do myślenia. Autor ten bowiem opisuje chorą ze *stenosis mitralis incompensata*, której podając, zacząwszy od łyżki co 2 godziny, doszedłszy do 2500 grm. dziennie mleka, powrócił chorej wyrównanie (kompensacyę) wtedy, kiedy już naparstnica pozostawała bez skutku, kiedy wskutek tego rodzaju leczenia, tętno z szybkiego zeszło do normy, ilość moczu znacznie się zwiększyła, ilość białka w moczu zmalała, obrzęki ustąpiły i to już po dniach kilku i kiedy z chwilą przerwania tego rodzaju leczenia natychmiast wracał stan dawny, stan niewyrównania. Z tego widzimy, że w tym przypadku płyn jako taki i to w wielkiej ilości podawany nie przyczynił się do zwiększenia objawów niewyrównania, lecz owszem był jedyną i bezpośrednią przyczyną poprawy stanu chorej. Błąkamy się zatem w całej sieci zdań, które napotyka na swej drodze teorya zbawiennego ograniczania płynów u chorych sercowych. Przysparzać organizmowi bezpotrzebnie płynów, jako takich, w warunkach, kiedy moczenie (diureza) jest i tak znacznie upośledzone wskutek niedomogi serca, nie byłoby słusznem, ale, jeżeli weźmiemy pod uwagę złe skutki, których spodziewać się można przy znacznej redukcyi płynów, będącej nieraz prawdziwą torturą dla chorego i niejednokrotnie znakomite wyniki leczenia mlecznego, to kto wie, jak jeszcze odpowiedź wypaść może. Zastanówmy się przytem nad przedziwnie korzystnym wpływem mleka i to w wielkich ilościach podawanego; przyczyny tego upatrywać będziemy w własnościach moczopędnych laktozy, jak również w usunięciu toksemicznych objawów wprowadzeniem do ustroju mleka ubogiego w azot.

Widzimy zatem, że skład chemiczny płynu, jego farmakodynamiczne własności, ilość, sposób podania i t. d. grają niepoślednią rolę w działaniu na ustrój i że należy płyny, podawane chorym, cierpiącym na serce, dobrze rozróżniczkować, aby przyjść do pewnych wniosków co do ich działania. Zastanowiwszy się przeto nad różnicą własności wody zwyczajnej, wody karlsbadzkiej i płynnych pokarmów, odważyć się możemy na zasadzie wyników doświadczeń, popartych teoretycznem rozumowaniem, wyprowadzić wnioski, mogące posłużyć nieraz za wskazówkę w leczeniu karlsbadzkiem, zastrzegając sobie na przyszłość w tym kierunku zdanie, oparte na liczniejszych spostrzeżeniach i większem doświadczeniu.

Woda zwyczajna zawierająca zaledwie minimalną ilość składników chemicznych (soli nieorganicznych), wprowadzona do żołądka, przy mniej lub więcej nieupośledzonych jego czynnościach, zostaje w dość krótkim czasie wessana i do krążenia ogólnego wprowadzona. Nie twierdzę przez to, aby ta woda w całości pozostawała w krążeniu, lecz mam na myśli szybkość, z jaką znika z przewodu pokarmowego. Otóż woda zwyczajna, podana w dużych ilościach „przepłókuje“ krew, bez innych zresztą wpływów wybitniejszych na ustrój. W wodzie karlsbadzkiej spostrzegamy cały szereg własności farmakodynamicznych, których woda zwyczajna nie posiada.

Same już własności endosmotyczne wody karlsbadzkiej są w znacznym stopniu inne, niżeli wody zwyczajnej. Wogóle, na zasadzie endosmozy i egzosmozy łatwość przejścia płynów przez błony zwierzęce stoi w prostym stosunku do różnicy ilości soli w obu płynach, przyczem woda zdąża zawsze w kierunku płynu o większej ich zawartości. Z tego wypływa, że szybkość, z jaką zostają wessane woda zwyczajna i woda karlsbadzka, ze względu na skład chemiczny wychodzi na niekorzyść tej ostatniej. Ciepłota wody również wywiera duży wpływ na jej resorbcyę, woda gorąca bowiem prędzej znika z przewodu pokarmowego, niż woda zimna w tych samych warunkach (Jaworski).

Kisch tak pisze o własnościach farmakodynamicznych wód glauberskich: Wody alkaliczno-glauberskie zawdzięczają swe działanie siarkanowi sodowemu, który w nich znajduje się w połączeniu z węglanem i chlorkiem sodowym i z bezwodnikiem kwasu węglowego. Główne działanie siarkanu sodowego leży w pobudzeniu ruchów robaczkowych jelit, wywołaniu stolca, rozmiękczeniu i rozwodnieniu kału. Wskutek silnych ruchów robaczkowych, które wywołuje siarkan sodowy odruchowo drażniąc zakończenia nerwowe żołądka i jelit, przyspiesza ruch krwi w zakresie żyły bramnej i ułatwia krążenie w wątrobie.

Przypisują następnie siarkanowi sodowemu szczególny wpływ na przemianę materyi, który polega na tem, że skrobia i tłuszcze w ustroju szybciej zużytkowane zostają. Seegen twierdzi, że sól glauberska zwalnia i upośledza rozpad białka w ustroju na korzyść tłuszczów. Voit zaś temu zaprzecza. Jednakże jest faktem, że mierne ilości wód glauberskich zmniejszają ilość tłuszczu w ustroju, bez wychudzenia mięśni, upośledzenia łaknienia, trawienia, przyswajania, stanu ogólnego, bez znacznej utraty białka. Wskutek tych wszystkich własności wody glauberskie zalecić należy tam, gdzie istnieje niestosunek między siłą popędową i oporami w krążeniu, którego przyczyny szukać należy w zaleganiu treści kałowej, nawykowem zaparciu stolca, krwistości trzewnej *(plethora ab-*

dominalis) wskutek siedzącego trybu życia i t. d. Przekrwienie błony śluzowej żołądka i kiszek, przekrwienie i powiększenie wątroby, przepełnienie krwią żył hemoroidalnych, oto są zwykłe następstwa tego rodzaju zastojów brzusznych, które wody glauberskie w większym lub mniejszym stopniu usuwać są zdolne, usuwając tem samem przeszkody w krążeniu i ułatwiając tym sposobem pracę dla serca.

Siarkan sodowy jako taki nie wywiera żadnego większego widomego wpływu na krążenie. Hay bowiem dopiero po bardzo dużych dawkach tej soli zauważył spadek ciepłoty o 0·5°C., zimne ręce i nogi, dreszcze, objawy, które przypisuje zwężeniu naczyń obwodowych; liczba tętna przytem nieco się zwiększyła, jak również i ciśnienie w średnich tętniczkach, przeciwnie zaś ciśnienie włosowate opadło. Zmiany te przypisuje autor ten podrażnieniu bezpośredniemu ścianek naczyń przez sól wessaną.

Nothnagel i Rossbach piszą: sól glauberska podawaną być winna wtedy, kiedy ustrojowi należy ująć wody, jak w puchlinach, gdzie wydzielanie wody przez nerki bywa albo bardzo upośledzone, albo jeszcze wspomożonem być musi, w wadach sercowych, rozedmie płuc, przewlekłem zapaleniu nerek. W ten sposób przypisać należy siarkanowi sodowemu własności odciągające z ustroju wodę w mniejszym lub większym stopniu, zależnie od stanu chorego, od ilości i od rozcieńczenia, w jakiem podawany zostaje.

Dalsze składniki wody karlsbadzkiej, chlorek i węglan sodowy, również wywierają dodatni wpływ na resorbcyę wody. Doświadczenie Liebiga wyjaśniają nam sprawy pod tym względem zupełnie. Węglan sodowy wywiera przytem dodatni wpływ na przemianę materyi, a więc ułatwia pracę serca. Co się tyczy CO_2, to ilość jego jest tak minimalna w wodzie karlsbadzkiej (1,898 — 6,653 na 10,000 części wody), że trudno brać pod uwagę wpływ jego, ułatwiający resorbcyę (Quinke). Inne składniki wody karlsbadzkiej są w tak nieznacznych ilościach, że trudno im przypisywać jakikolwiek dodatni lub ujemny wpływ na krążenie.

Uwzględniwszy zatem to wszystko, można poniekąd pewne wyprowadzić wnioski co do leczenia wodą karlsbadzką wobec istniejącej wady sercowej.

A) Woda karlsbadzka w niewielkiej ilości na raz podana nie przedstawia niebezpieczeństwa dla serca patologicznego:

1) Nie wywołuje wodnistości krwi.

2) Opory w krążeniu po wypiciu wody karlsbadzkiej są mniejsze niż po wodzie zwyczajnej, wessalność bowiem wody karlsbadzkiej jest trudniejsza, niż wody zwyczajnej.

3) Ma poniekąd własności odciągające wodę z ustroju (Kisch).

4) Zmiany w parciu krwi i sprężystości tętnic są tylko nieznaczne i krótkotrwałe.

5) Różnica między ilością dobową płynów przyjętych i moczu nie zostaje zachwianą wskutek picia wody karlsbadzkiej w miernych ilościach.

B) Woda karlsbadzka ułatwia pracę sercu wogóle:

1) Usuwając zastoje żylne w jamie brzusznej, przedstawiające opory dla serca.

2) Regulując trawienie żołądka i kiszek i wpływając tym sposobem korzystnie na odżywienie i wzmocnienie ustroju.

3) Przyczyniając się do spalania tłuszczu ustrojowego, zaoszczędzając białko, które stanowi siłę ustroju i samego mięśnia sercowego.

4) Ułatwiając przemianę materyi w znacznym stopniu, a tem samem ujmując pracy sercu.

C) Woda karlsbadzka powinna być stosowana w przypadkach istniejącej równocześnie wady sercowej w następujący sposób:

1) Leczenie wogóle ma być umiarkowane.

2) Woda ma być polecana o niezbyt wysokiej ciepłocie (35°—40°C), aby nie wywoływać choćby chwilowych nagłych różnic w parciu krwi, a temsamem nie wyprowadzać serca chociażby na krótki przeciąg czasu z równowagi.

3) Odstępy pomiędzy kubkami powinny być nie krótsze, jak 20 minutowe.

4) Zaczynać od mniejszych ilości i średniej ciepłoty, podwyższając, jeżeli znajdzie się wskazanie do tego, a serce okaże się dość silne.

5) Ilość dzienną wody potrzebnej do leczenia rozdzielić na dwie części, jedną naczczo, a drugą wieczorem, aby zbytnio nie wyczerpać serca jednorazowem podaniem naczczo, jak to zazwyczaj w większości przypadków stosowanem bywa.

6) Wrazie osłabienia serca, a potrzeby koniecznej dalszego leczenia karlsbadzkiego, ze względu na stan chorobowy wątroby, żołądka i t. d. podtrzymywać należy serce miernemi dawkami środków nasercowych (strofant i. t. p.).

7) Korzystnem jest ograniczyć ilość przyjmowanych płynnych pokarmów, aby ogólna ilość dobowa płynów podczas picia wody karlsbadzkiej nie różniła się wiele od ilości przed rozpoczęciem leczenia.

8) Wskazaną jest pożywna dyeta.

9) Bacznie unikać tego wszystkiego, co nie mając wspólności z leczeniem, może wpłynąć niekorzystnie na ustrój, wycieńczając go niepotrzebnie.

Oto są ogólne wyniki, do jakich dojść mogłem na zasadzie doświadczeń na chorych i zdrowych, używając wody flaszkowej karlsbadzkiej ze zdroju Mühlbrunn. Czy wyniki doświadczeń w tym samym kierunku z wodą prosto ze źródła doprowadzą mnie do tych samych wniosków, czy też do innych, przesądzać naprzód nie chcę — przyszłość okaże.

Na tem miejscu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia najserdeczniejszego podziękowania Czcigodnemu memu Szefowi, Radcy Dworu Prof. Dr. Korczyńskiemu za zachętę do pracy, za udzielony mi łaskawie i chętnie materyał kliniczny i za cenne rady, któremi mię obdarzać raczył. Prof. Jaworskiemu za łaskawie udzielane mi niejednokrotnie wskazówki przy pracy, Prof. Kleckiemu za odstąpienie mi swej pracowni do doświadczeń, jakoteż Drom Flisowi i Witalińskiemu za pomoc przy doświadczeniach na zwierzętach, na tem miejscu składam również serdeczne podziękowanie.

Literatura.

1. Balneo-Therapeutisches Lexikon. E H. Kisch. 1897.
2. Verhandlungen d. Congresses f. innere Medicin. Wiesbaden 1888.
3. Lehrbuch der Balneotherapie. J. Glax 1897.
4. Über die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magenfunktion. Jaworski 1885.
5. Beobachtungen und Betrachtungen über die Trinktemperaturen der Karlsbader Thermen. Jaworski 1884.
6. Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. W. Pisek 1899.
7. Hydroterapija. St. Smoleński 1889.
8. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten Pentzoldt u. Stintzing 1897.

Dr. J. Heitzmann. **Niebezpieczeństwa przy leczeniu śródmacicznem.** (*Med. Chir. Centrl. Blatt*, Nr. 14, 1899). W pierwszym rzędzie autor wskazuje na niebezpieczeństwa, jakie pociągać za sobą może sondowanie macicy nawet przez najwprawniejszego lekarza (łatwo przebić można macicę sondą), dlatego nie należy sondy używać nigdy bez koniecznej potrzeby, a jeśli się jej użyć musi, to przedtem trzeba przez badanie uzyskać dokładny obraz położenia, wielkości i zbitości macicy. Sondowanie jest konieczne tylko w przypadkach, gdzie chcemy stwierdzić jak się zachowuje błona śluzowa, jeżeli wobec kilku guzów w miednicy niemożna w inny sposób oznaczyć kierunku i wielkości macicy, wreszcie sondowanie poprzedza zawsze wprowadzenie innych narzędzi do macicy. Sondować powinno się tylko we wzierniku pod kontrolą wzroku. Znaczne niebezpieczeństwo przedstawia sondowanie macicy wiotkiej, jak przy zatrzymaniu resztek łożyska lub jaja płodowego; w celu uniknienia tego radzi autor najpierw użyć przy krwawieniach z macicy wiotkiej gorących wystrzykiwań do pochwy, jakoteż szczelnej tamponady macicy i pochwy; sądzi on, że tą drogą w większości przypadków można dojść do celu.

W dalszym ciągu istnieje niebezpieczeństwo przy użyciu kleszczyków polipowych, ostrej łyżeczki, przestrzykiwaniu jamy macicy obfitymi ilościami, waporyzacyi, przestrzykiwaniu jamy macicy strzykawką Brauna. Przestrzykiwanie jamy macicy po każdym zabiegu śródmacicznym uważa autor co najmniej za zbyteczne, gdyż sądzi, że często przy łatwej drożności trąbek płyn użyty dostaje się na otrzewnę.

St. D.

Prof. Dührssen. **O zapobieganiu rakowi macicy.** (*Deutsch. med. Woch.* Nr. 4, 1899). Autor nie zgadza się z zapatrywaniem Schrödera, że rak macicy przydarza się u kobiet, żyjących w trudnych warunkach, a przychyla się do zdania Wiliamsa, że to schorzenie zdarza się częściej u osób żyjących w dobrobycie, a udowadnia to tem, że liczba przypadków raka macicy zwiększa się właśnie w tych krajach, gdzie ogólny dobrobyt rośnie. Wiek, w którym kobiety najwięcej są narażone na nabycie raka, jest 40—50 rok życia, a śmiertelność kobiet w tym wieku z powodu raka macicy dochodzi do 2%.

Aby temu groźnemu schorzeniu zapobiedz, należy ogół pouczyć o pierwszych objawach, jakie rak macicy wywołuje, należy każdą kobietę, zgłaszającą się z objawami wczesnymi raka zbadać według wszelkich możliwych sposobów badania, wreszcie podnieść należy inteligencyę ogółu kobiet do tego poziomu, by każda zgodziła się na natychmiastowe wyjęcie macicy. Gdyby zaś w zapobieganiu temu schorzeniu można dążyć do ideału, to u każdej kobiety w okresie ustawania życia płciowego, zgłaszającej się z powodu krwawień i podejrzanych upławów, należałoby zniszczyć w zupełności błonę śluzową całej macicy, lub też szyi, do czego nadawałoby się wyparzenie macicy (vaporisatio), lub wycięcie błony śluzowej macicy sposobem Dührssena, w końcu wysoka amputacya szyi Schrödera, bo błona śluzowa, zwłaszcza szyi, względnie nadżerki, daje najczęściej początek rakowi. Zabieg ten porównuje autor z wycięciem sutka, które chirurg wykonuje w każdym przypadku, gdzie nie może napewno rozstrzygnąć, czy ma do czynienia z guzem dobrotliwym, czy też złośliwym.

St. D.

Prof. Dr. Assaky (Bukarest): **Autoplastyka po odjęciu sutka zajętego rakiem.** (*Münch. med. Wchschr.*, Nr. 10, 1899). Niedawno H. Graeve i Seguen zalecali, aby w razie rozległej amputacyi sutka, wykonanej z jakiejkolwiek przyczyny, pokryć braki w skórze przez uruchomienie sutka zdrowego i przesunięcie go ku linii środkowej ciała. Metody tej używa Assaky i wykonuje ją w sposób następujący: Po odjęciu sutka i wyjęciu gruczołów (pachę oczyszcza z cięcia wzdłuż zewnętrznego brzegu m. piersiowego dużego), zeszywa skórę o ile to jest możliwem. Następnie od górnego i dolnego brzegu niepokrytego jeszcze ubytku prowadzi w stronę zdrowego sutka dwa cięcia równoległe, które w górze i w dole do obwodu tego sutka przedstawiają styczne. Oddziela teraz od podstawy ten podłużny prostokątny płat, zawierający oczywiście sutek, poczem dodaje jeszcze dwa cięcia wzdłuż górnego i dolnego promienia prostopadłego sutka — i tak udaje mu się płat znacznie wydłużyć, przeciągnąć brzeg wolny ponad miejsce, z którego odjęto sutek chory i zespoić brzegi skórne. Sposobowi temu można by zarzucić, że nie jest estetycznym, co mu jednak, wobec ważności cierpienia, ujmy nie przynosi. Gorszem już bywa to, że czasami obumiera krawędź wolna.

Herman

Prof. A. Hoffa: **Przyczynek do leczenia mydłem szarem miejscowych schorzeń gruźliczych.** (*Münch. medizinische Wochenschrift*, Nr. 9, 1899). W artykule, przeładowanym superlatywami, zaleca H. wcieranie mydła szarego, jako dzielny środek pomocniczo działający, obok innych znanych sposobów, stosowanych przeciw tak zw. gruźlicy chirurgicznej. Środek ten już dawniej zalecali Kapester i Kollmann, a H. ogłoszeniem swem stara się go wyrwać z toni zapomnienia, po nabyciu doświadczenia korzystnego pod każdym względem w przeciągu 12-stu lat na 200 chorych. Używać należy odmiany „*sapo kalinus venalis transparens*“; wciera się je w ilości 25—40 grm. dwa razy tygodniowo w skórę karku, pleców i t. d., aż do pięt. Po wtarciu pozostawia się mydło na skórze przez pół godziny i w końcu zmywa gąbką zmaczaną w ciepłej wodzie. Co tu działa, że gruźlica stawów, gruźlicze obrzęki gruczołów, leczone równocześnie innemi znanemi metodami, o wiele szybciej ustępują, że stan ogólny chorych w czasie tych nacierań znacznie się poprawia, nie wiemy. Jedni sądzą, że mydło zobojętnia kwas mlekowy w ustroju, inni dopatrują się wpływu korzystnego w zwiększonej alkalescencyi krwi, co ma przyśpieszać przemianę materyi, jak tego miałaby dowodzić zwiększająca się ilość moczu, a wreszcie są i tacy, którzy sądzą, że nie chodzi tu o nic innego, jak tylko o korzystny wpływ mięsienia.

Herman.

Prof. Dührssen: **Cięcie cesarskie drogą pochwy.** (*Berlin. klin. Wochenschrift*, Nr. 6, 1899). Przedstawiwszy złe następstwa zwykłego cięcia cesarskiego, stara się autor udowodnić, że w pewnych przypadkach cięcie cesarskie od pochwy ma pewną wyższość nad cięciem cesarskiem typowem. Jako wskazanie do operowania drogą pochwy uważa autor: 1) schorzenie części pochwowej i dolnego odcinka macicy; 2) groźny stan matki, który jednak daje rękojmię poprawy po szybkiem wypróżnieniu macicy; 3) schorzenia, z powodu których śmierć matki na pewne nastąpić musi. Operacyę tę wykonuje autor bez otwarcia otrzewnej i zwraca uwagę, że można ją tak dobrze wykonać u kobiety ciężarnej, jako też i tam, gdzie już poród się rozpoczął. Przy późnej ciąży i równoczesnym raku macicy radzi autor cięcie cesarskie drogą pochwy z natychmiastowem usunięciem tą samą drogą macicy i zupełnie słusznie wynosi ten sposób nad metodę, podaną przez Olshausena, która polega na wykonaniu cięcia cesarskiego drogą brzuszną z następowem wyjęciem macicy drogą pochwy. Sposób podany przez autora wymaga znacznie mniej czasu, a i śmiertelność po nim wynosi tylko 27%, gdyż łatwiej ustrzedz się można przed zakażeniem. Podnoszona obawa silniejszych krwotoków jest płonna, gdyż, jak autor się przekonał, przy tym sposobie operowania chora nie traci więcej krwi, aniżeli przy zwyczajnym porodzie.

St. D.

Dr. F. Horn. **O postępowaniu z pępowiną u noworodków.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 12, 1899). Do przyspieszenia zeschnięcia (mumifikacyi) pępowiny, pozostawionej przy pępku noworodka, przyczynia się wielce sucha wysoka ciepłota, a przeszkadza jej wilgoć i zamknięcie dostępu powietrza. Autor za radą Strumpf-Wernecka używał do opatrywania pępowiny miałkiej gliny, przyczem nie kąpał noworodków aż do czasu odpadnięcia pępowiny. Wyniki, jakie autor otrzymał przy tym sposobie postępowania były tak dobre, że sądzi, że tę metodę należy wprowadzić do ogólnego użytku.

St. D.

VI. Korespondencye.

Warszawa w kwietniu.

W poprzednich korespondencyach opisałem Wam pierwsze zaczątki naszego Towarzystwa higienicznego, instytucyi młodej, dawno przez nas upragnionej, na której wielkie pokładamy nadzieje. Ze wszystkich naszych pism lekarskich (obyście je prenumerowali i czytali!) możecie się dowiedzieć o przebiegu rozpraw i działalności Towarzystwa. Tam znajdziecie szczegóły i do pewnego stopnia urzędowne dane, których tu powtarzać nie będę. Mojem zadaniem będzie skreślenie ogólnego rzutu oka na dotychczasową działalność Towarzystwa i jego stosunku do potrzeb naszego społeczeństwa. Potrzeb tych pod względem higieny jest bez liku. Wiadomo, iż jesteśmy narodem, który się nie kąpie, nędznie odżywia, brudno i ciasno mieszka, — narodem dziesiątkowanym przez ospę i gruźlicę. Brak nam szpitali, porządnych szkół, ochron, przytułków dla kalek i starców, brak domów dla obłąkanych i t. d. i t. d. Niedaleko jednak zaszłoby nasze Towarzystwo, gdyby chciało te wszystkie sprawy tylko platonicznie „poruszać“. Nie „ruszyłoby“ wtedy z miejsca naprawdę ani jednej sprawy. Towarzystwu chodzi o wyszukiwanie spraw najpilniejszych, możliwych do załatwienia przy współudziale władz i ogółu. Towarzystwo samo wynajduje środki i plan działania, stara się wprowadzać w czyn wszystkie swoje projekty, odwołując się do pomocy władz za pośrednictwem Rady Towarzystwa, a do pomocy ogółu za pośrednictwem prasy, która się bardzo żywo sprawami Towarzystwa zajmuje. W ten sposób zostały postawione na porządku dziennym dwie sprawy higieniczne: szczepienie ospy i uzdrowiska dla suchotników.

Szczepienie ospy znajduje się u nas w zaniedbaniu, zwłaszcza w niektórych powiatach; rewakcynacya mało jest w użyciu, stąd też ospa dużo jeszcze u nas zabiera ofiar. W Warszawie n. p. umiera corocznie z ospy około 300 osób, a niedawno jeszcze bywały lata, że liczba ta była 3 razy większą. Wydział higieny ludowej energicznie zajął się poprawą szczepienia ospy. Przewodniczący Wydziału, Dr. Chełchowski, zebrał bardzo obfity materyał historyczno-statystyczny i ogłosił go w osobnej pracy, drukującej się obecnie w *Gazecie lekarskiej*. Odezwy, nawołujące do szczepienia ospy, rozesłano do duchowieństwa, właścicieli fabryk, rolników, nauczycieli, do wszystkich zdrojowisk i miejscowości leczniczych. Towarzystwo stara się o pozwolenie założenia swoich własnych stacyj do bezpłatnego szczepienia ospy (niezależnie od już istniejących). Dla oświecania najbiedniejszej ludności odbywać się będą popularne odczyty o ospie i szczepieniu krowianki w różnych punktach Warszawy i w całym kraju, oraz wydaną zostanie popularna książeczka o ospie z kolorowanymi bardzo efektownymi rysunkami. Prócz tego Dr. J. Polak wygotował memoryał, przedstawiający możliwość i potrzebę wprowadzenia u nas w kraju obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej. Memoryał ten, jak słychać, został przychylnie przyjęty przez p. generał-gubernatora.

Sprawa uzdrowisk dla suchotników została poruszona na wydziale higieny szpitali przez Dra Dunina (przewodniczącego tej sekcyi). W bardzo pięknej pracy, która jest owocem kilkoletnich studyów (odczyt kliniczny — *Walka z gruźlicą)*, Dunin motywuje swoje poglądy na pilną potrzebę walki z gruźlicą. Walka ta jest konieczną, bo gruźlica zabiera więcej ofiar, niż wszystkie inne choroby zakaźne razem wzięte; walka ta jest możliwą, bo profilaktyka i leczenie już istniejącej gruźlicy daje dobre wyniki. Jedyną racyonalną bronią przeciwko gruźlicy jest odosobnienie suchotników i leczenie ich w odpowiednio urządzonych sanatoryach. Inicyatywa urządzania sanatoryów powinna wyjść od ogółu; państwo i organy samorządu tę inicyatywę poprą i zarazem ją na szeroką skalę rozwiną. Nawoływania Dunina sprawiły, iż ofiarność publiczna dostarczyła w krótkim stosunkowo czasie przeszło 40.000 rubli na budowę pierwszego sanatoryum. Lekarze z inicyatywy *Gazety lekarskiej* składają osobno ofiary na wybudowanie „pawilonu lub sali lekarzy“. Dunin razem z budowniczym Lilpopem (synem) wygotowali projekt budowy sanatoryum na 160 chorych. Kosztorys wynosi przeszło 300.000 rubli. Sanatoryum będzie przeznaczone w $^1/_3$ części dla chorych zupełnie ubogich, za których płacić będzie miasto lub gmina, a w $^2/_3$ dla średnio zamożnych, którzy sami będą opłacali koszta utrzymania.

Niezależnie od Dunina powziął myśl urządzenia małego sanatoryum dla suchotników Dr Br. Chrostowski, który zebrał już w tym celu przeszło 20.000 rubli i wkrótce myśli przystąpić do budowy uzdrowiska. Czy nie byłoby lepiej skupić wszystkie usiłowania w jednym kierunku i przyspieszyć wybudowanie pierwszego sanatoryum, pomyślanego na szeroką skalę i odpowiadającego wszelkim nowoczesnym wymaganiom higieny?

Nie wszystkie wydziały Towarzystwa natrafiły na taką „złotą żyłę“ czynu, jak sekcya ludowa i szpitalna. Na niektórych sekcyach rozprawy toczą się leniwo, bezbarwnie i bezowocnie, ale nie trzeba zapominać, że to dopiero początek, że lada chwila może się zjawić jakaś nowa sprawa żywotna, która poruszy ogół i do akcyi pobudzi. Np. na wydziale balneologicznym był brak ożywienia, dopóki nie wypłynęła sprawa letnich mieszkań, poruszona przez Dra J. Zawadzkiego. Okazało się, że istnieje dużo gotowego materyału w tym przedmiocie, opracowanego przez komisyę, utworzoną podczas drugiej wystawy higienicznej. Teraz na nowo zawiązała się komisya, która zaraz przystąpiła do zbierania dokładnych wiadomości o już istniejących i mających się tworzyć siedzibach letnich, a to w celu udzielania informacyi szerokiemu ogółowi.

Właściwa balneologia nie została jeszcze dostatecznie uwzględniona w pracach wydziału, ograniczono się bowiem do bardzo pobieżnego przeglądu naszych stacyj klimatycznych. Sekcya wychowawcza zajęła się krytyką urządzeń higienicznych naszych szkół początkowych, sekcya higieny fabryk — krytyką pomocy lekarskiej w zakładach przemysłowych i fabrykach. Każde posiedzenie dorzuca jakąś cegiełkę do wielkiego gmachu higieny, który bądźcobądź postanowiliśmy w naszym kraju zbudować.

W każdym razie nowa instytucya cieszy się wielką popularnością i rozwija powoli, lecz normalnie. Wielu takich, którzy się mało interesowali sprawami ogólnemi, chętnie na posiedzenia różnych wydziałów przychodzi i przysłuchuje się rozprawom z zajęciem. Dotychczas w Towarzystwie higienicznem rej wodzą lekarze, o filiach na prowincyi dotąd jakoś nie słychać.

Druga nasza instytucya — Towarzystwo lekarskie — była niedawno widownią bardzo ożywionych rozpraw, wywołanych przez odczyt E. Biernackiego o istocie i granicach wiedzy lekarskiej. Odczyt ten, przeznaczony dla szerszego ogółu, wyszedł w Bibliotece dzieł wyborowych z przedmową J. Ochorowicza (sic!). Na trzech posiedzeniach Towarzystwa wysłuchaliśmy bardzo pobieżnej historyi medycyny i dużo luźnych zdań o sztuce lekarskiej, dla nas nie nowych, a dla publiczności może ciekawych, ale nie pouczających, a nawet wprost szkodliwych. Profan z odczytu Biernackiego wyprowadzić może między innemi taki np. wniosek, że medycyna, jako sztuka leczenia, małą przynosi korzyść ludzkości, że leczenie może się odbywać bez rozpoznania, że wykształcenie i wiedza lekarza mało wpływają na wynik leczenia i t. d. Są to wszystko paradoksy czyli zdania, mające pozory prawdy. My wiemy, co one znaczą, ale publiczność nie omieszka nadać im znaczenia ujemnego dla lekarzy, o których, jak również i o medycynie ma i tak spaczone pojęcia. Rozumiem, że myślący lekarz i badacz naukowy może boleć nad rozdźwiękiem, panującym nieraz między nauką medycyny a praktyką lekarską, może krytykować nieuzasadnione pretensye praktyków do naukowości

i śmiać się ironicznie z tych, którzy utożsamiają wziętość lekarza z jego wartością umysłową, ale spowiadania się ze swych zwątpień przed publicznością nie uważam za pożyteczne ani dla lekarzy, ani dla chorych. Tematy, poruszane przez Biernackiego, stanowczo nie nadają się do popularyzacyi. W Towarzystwie lekarskiem odczyt Biernackiego spotkała bardzo ostra krytyka (patrz *Pam. Tow. lek.* 1899, T. I), nie wątpimy, że publiczność przyjmie go z zajęciem, do czego niemało przyczyni się... przedmowa.

Młodzi lekarze krzątają się około założenia Towarzystwa, którego celem ma być zbliżenie członków między sobą, dostarczanie im i ich rodzinom sposobności przepędzenia czasu wolnego od zajęć „wygodnie, pożytecznie i przyjemnie". W tym celu Stowarzyszenie ma urządzać pogadanki, wieczory literackie, muzyczne i tańcujące, gry (w karty, szachy, bilard i t. d.), prenumerować książki i gazety, zapraszać specyalistów różnej gałęzi wiedzy na odczyty, urządzić dla swych członków biuro rekomendacyi pracy. Jak widzicie, ma to być coś w rodzaju resursy, czy klubu (nazywać się ma ta instytucya Kołem lekarskiem), opracowano już projekt ustawy i poczyniono starania o jej zatwierdzenie przez władze. Motywa, które skłaniają młodych lekarzy do utworzenia nowej instytucyi, są mniejwięcej następujące: Istniejące Towarzystwo lekarskie, jako instytucya naukowa, nie może się zajmować sprawami zawodowemi, nie może wchodzić w pewne szczegóły bytu lekarzy, ani też wyrabiać ich pod względem etycznym. Towarzystwo lekarskie, powiadają, nie dla każdego lekarza jest dostępne, gdyż do przyjęcia na członka wymaganem jest ogłoszenie drukiem jakiej pracy naukowej. Nie dość na tem, w ostatnich czasach rozpowszechnił się zwyczaj nieprzyjmowania młodych lekarzy przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu lekarskiego. Nie jest to wprawdzie prawidłem, gdyż nie wszyscy członkowie Towarzystwa tej zasadzie (mówiąc nawiasem, zupełnie nieracyonalnej) hołdują, ale w każdym razie młodzi lekarze przed upływem tego terminu z nieśmiałością na członków Towarzystwa się podają. Należy więc szukać terenu, na którym młodzi mogliby się poznawać ze sobą i ze starszymi, gdzieby można było swobodnie pomówić o sprawach zawodowych i takich, które nie mogą być przedmiotem rozpraw w czysto-naukowem Towarzystwie Lekarskiem. Młodzi marzą o tem, że takie zjednoczenie się może wpłynąć na poprawę etyki, na polepszenie bytu i t. d. Zwyczajnie młodzi! Przeszkadzać temu ruchowi niema możności ani potrzeby. Niech próbują! Byle tylko przyświecała temu ruchowi jakaś szersza idea, szczęść Boże!

Prawdzic.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Protokół

zgromadzenia lekarzy lwowskich, odbytego w dniu 22 kwietnia 1899 r., zwołanego przez Dra Festenburga, prezydenta Izby lekarskiej Wschodnio-galicyjskiej.

Na porządku dziennym: Sprawa kasy chorych dla lekarzy.

Obecnych lekarzy 60.

Kol. Dr. Festenburg zaprasza na przewodniczącego kol. Doc. Schramma, na sekretarza kol. Dra Praschila.

Kol. Doc. Schramm, po krótkiem zagajeniu i zwróceniu uwagi na ważność przedmiotu, udziela głosu kol. Dr. Festenburgowi.

Kol. Dr. Festenburg przedstawia dzieje usiłowań Izby celem utworzenia funduszu, dla zabezpieczenia bytu lekarzom niezdolnym do pracy, jakoteż wdowom i sierotom po nich. Sprawą tą zajmowała się Izba i jej Wydział prawie od początku swego istnienia; przed 2 laty zwołał Wydział zgromadzenie lekarzy, w celu zastanowienia się nad nią; z powodu jednak trudności w zebraniu funduszów musiał Wydział zaniechać akcyi na szerszą skalę, a ograniczyć się do udzielania jednorazowych zapomóg.

Kiedy przed kilku tygodniami mowca się dowiedział, że Izby praska i berneńska zamierzają utworzyć Kasy chorych dla lekarzy, rzecz tę przedstawił Wydziałowi Izby i na jego polecenie zasięgnął informacyi w Pradze i Bernie. Z Berna odpowiedziano, że tam nie mają zamiaru zakładać Kasy, z Pragi zaś, — że projekt odnośny posłano Namiestnictwu do zatwierdzenia. W Wiedniu, dokąd mowca się również odniósł, istnieje Kasa chorych, niezależnie od Izby, od lat pięciu. Mowca jest zdania, że podobną instytucyę możnaby stworzyć u nas; nie byłaby to Kasa chorych, podobna do istniejących, gdyż członkom jej nie chodziłoby o lekarza i lekarstwa, byłaby to atoli instytucya, mogąca zapewnić lekarzom zapomogę na wypadek choroby.

Projekt Izby praskiej i statut istniejącej już Kasy wiedeńskiej różnią się między sobą w pewnych punktach i tak:

1. W Wiedniu niema ograniczenia co do wieku członków, każdy lekarz wykonywujący praktykę, może do niej należeć.

W Pradze przyjmują członków tylko do 60 roku życia.

2. W Wiedniu wysokość opłaty, bez względu na wiek (30 złr.) i wpisowe 10 złr.): w Pradze mają 3 taryfy: *a)* dla lekarzy do 30 roku życia z roczną opłatą 21 złr. 60 ct., *b)* od 31—50 roku życia 32 złr. 40 ct., *c)* od 51—60 roku życia 43 złr. 20 ct. Wpisowe 10 złr.

3. Kasa wiedeńska uwzględnia wszystkie choroby, a także i wypadki nagłe. Projekt praski, tylko choroby, jako takie.

4. Kasa wiedeńska oznacza wysokość zapomogi na 4 złr. dziennie przez 140 dni trwania tej samej choroby.

Projekt praski daje 2 rodzaje zapomóg: 4 złr. dziennie, jeśli chory członek zupełnie nie może zajmować się praktyką, zaś 3 złr., jeżeli w czasie choroby może w domu ordynować.

5. Co do członków, to Kasa wiedeńska ma: *a)* członków honorowych, *b)* członków założycieli, tj. takich, którzy na rzecz Kasy odrazu 100 złr. złożyli; obie te kategorye członków nie mają prawa do korzystania z zapomóg; *c)* członkowie wspierający, którzy płacą tak jak zwyczajni, ale prawa do zapomóg się zrzekają; *d)* członkowie zwyczajni.

Projekt praski obejmuje tylko jedną kategoryę członków, tj. zwyczajnych.

6. Co do czasu, kiedy członek nabywa prawa do korzystania z zapomóg, to w projekcie praskim trzeba należeć 6 tygodni, zanim się to prawo nabędzie, w Wiedniu zaś 6 miesięcy.

W razie śmierci członka wypłaca Kasa wiedeńska 150 złr., praska zaś 100 złr. jednorazowej zapomogi rodzinie.

Do obu z tych Kas należeć może każdy lekarz praktykę wykonywujący; wystąpić z Kasy można każdej chwili i wtedy traci się prawo do zapomogi, przy ponownem wstąpieniu wpisowego się nie opłaca. Lekarze, wstępujący do stałej służby wojskowej, tracą prawa i obowiązki wobec Kasy; odbywający czasową służbę wojskową, — tylko na czas trwania służby.

Gdyby we Lwowie powstała taka Kasa, mogłaby być pod patronatem Izby, któraby ją mogła na początek urządzić, dopomódz do jej założenia, względnie wspierać roczną zapomogą, a potem Kasa rządziłaby się sama, wybierając sobie swój własny zarząd.

Do utworzenia jednak Kasy potrzeba najmniej 300 członków.

Ponieważ nazwa „Kasa chorych" mogłaby być dla lekarzy niesympatyczną, możnaby jej dać nazwę „Kasy zapomogowej".

W końcu, podnosząc ważność sprawy, mowca oświadcza, że zwołał dzisiejsze zgromadzenie dla wysłuchania opinii kolegów, a w razie, gdy się za Kasą oświadczą, Wydział Izby tą sprawą się zajmie i instytucyę taką założy.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos: kol. Dr. Gońka, który radzi, aby nad tą ważną sprawą namyśleć się w domu i na następnem zebraniu ją przedyskutować; kol. Dr. Majer jest temu przeciwny; kol. prof. Mars przyłącza się do zdania Gońki. Kol. Dr. Rożański zapytuje, jak Kasa przeprowadzi kontrolę i zabezpieczy się przeciw ewentualnym nadużyciom, stawia wniosek, aby projekt Izby wydrukować i rozesłać wszystkim lekarzom z prośbą o odpowiedź na pytanie, jak się zapatruje na sprawę i czy jest gotów przystąpić do kasy. Kol. Dr. Pisek przemawia za zasadniczem uchwaleniem, czy Kasę założyć lub nie i za wybraniem komisyi z poza Wydziału Izby. Kol. Dr. Festenburg wyjaśnia, że Kasa musiałaby obejmować i lekarzy prowincyonalnych, objaśnia, w jaki sposób Kasa wiedeńska wykonywa kontrolę i zabezpiecza się przeciw ewentualnym nadużyciom. W kwestyi tej, jaki miałby być stosunek Kasy do Izby lekarskiej, zabierali głos kol. Dr. Rożański, Prof. Kadyi, Dr. Szulisławski, Dr. Pisek. Dr. Gońka i Dr. Festenburg. W końcu przemawiali jeszcze kol. Dr. Zgórski, Dr. Uhma i Dr. Podlewski. W głosowaniu przyjęto znaczną większością wniosek kol. Dra Rożańskiego.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 4 maja 1899.

Otrzymujemy następujące ogłoszenie:

IX. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się 18 i 19, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i 20 lipca roku bieżącego w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi stawiamy po porozumieniu się z licznymi kolegami:

1) O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (appendicitis).

2) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae).

Naumyślnie wybraliśmy tematy tak nadzwyczaj ważne dla praktyki, żeby zachęcić do brania udziału w naszych Zjazdach jaknajwiększą liczbę lekarzy, których niniejszem zapraszamy.

Obecnie nie robimy już co roku nowych nadzwyczajnych odkryć, jak to bywało do niedawna w dwóch ostatnich dziesiątkach lat; ale chodzi o wykończenie, ugruntowanie i ściślejsze opracowanie niejednej kwestyi, — zadania nie mniej ważne, a wypełnić je mogą najlepiej Zjazdy.

To też nasze Zjazdy nie tracą wcale na wartości aktualnej, ale praktyczny więcej kierunek uprawiać będą, nie spuszczając bynajmniej z oka postępu naukowego. Dla tego to demonstracye i dyskusye pierwsze miejsce na Zjazdach zająć winny.

Nasze Zjazdy chirurgów mają nadto to doniosłe znaczenie, żeby budzić i ustalać zaufanie do chirurgii i to chirurgii ojczystej w coraz to szerszych kołach. Kiedy za granicą setki operacyj na drogach żółciowych, na żołądku, na wyrostku robaczkowym, i t. d. nawet w małych stosunkowo zakładach prowincyonalnych (Kehr w Halberstadzie) się odbywają, u nas zaledwie początki tego widzimy i to w przypadkach najgorszych.

Zapraszamy więc do licznego uczestnictwa i do licznych zgłoszeń wykładów, które przyjmuje podpisany prezes lub też sekretarz Zjazdów, Doc. Dr. Bossowski.

Chorych, przeznaczonych do demonstracyi, jako też przyrządy i preparaty przyjmie klinika chirurgiczna w Krakowie.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—9 godz. zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie — oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

Posiedzenia odbywać się będą od 9 do 12½ godz. przed poł. i od 2 do 4 godz. po południu.

L. Rydygier,
Prezes Zjazdów chirurgów polskich.

* Towarzystwo Lekarskie krak. odbyło d wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Ciechanowski okazał i objaśnił kilka rzadkich preparatów anatomicznych; kol. dr. Czapliński demonstrował okazy anatomiczne i ciała obce, wydobyte drogą operacyjną z różnych narządów ciała operowanych; kol. dr. Borzęcki okazał przyrząd do wytwarzania na poczekaniu wody sodowej; wreszcie kol. dr. Rutkowski przedstawił kilku chorych, operowanych przez niego w klinice chirurg. krakowskiej.

* »Zdrojowiska«, organ poświęcony sprawom uzdrowisk i zdrojowisk, rozpocznie wychodzić, jak i w roku przeszłym, z nastaniem pory kąpielowej. Będąc jedynym u nas organem informującym ogół o wszelkich sprawach, dotyczących naszych zdrojowisk, czasopismo to zasługuje na najgorętsze poparcie ogółu i lekarzy, a w szczególności lekarzy zdrojowych, którzy w interesie swej specyalności i w dobrze zrozumianym interesie własnym, winni stać się stałymi współpracownikami »Zdrojowisk«. Naczelnymi redaktorami »Zdrojowisk« są: Dr. Włodzimierz Skowroński i Pan Wiktor Doleżan.

* Dwudzieste szóste Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie opuściło prasę. Z zestawienia liczbowego dowiadujemy się, że w szpitalu św. Ludwika w roku 1898 leczono 1156 dzieci, pielęgnowano 138 osesków, ambulatoryjnie udzielono porady lek. 5193 dzieciom i zaszczepiono krowianką 110. Operacyj dokonano 248, opatrunków założono 90. Na błonicę leczono 252 dzieci, z których umarło 21.4%; dzieci błonicze leczono surowicą, której spożytkowano 508 flakoników. Pokąsanych 82 dzieci przez psy wściekłe, lub też o wściekliznę podejrzane, poddawano szczepieniu ochronnemu w Zakładzie higienicznym prof. Bujwida. Kolonia lecznicza w Rabce liczyła w trzech sezonach 122 dzieci. Wynik leczenia w Rabce był dla zdrowia kolonistów pod każdym względem pomyślny.

* Na posiedzeniu Najwyższej Rady Zdrowia d. 22 kwietnia podniesioną była przez referenta, Radcę ministeryalnego Kusyego sprawa szerzenia się nagminnego ospy i duru osutkowego w Galicyi, gdzie już 20 okręgów politycznych zajęła epidemia. Rada, w myśl prof. Grubera, postanowiła wyrazić życzenie, ażeby władze przyśpieszyły wydanie ustawy o obowiązkowem szczepieniu się i rewakcynowaniu.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Bernard Egländer, Fryderyk Strasser i Józef Silberstein.

* W XV tygodniu (od 9 do 15 kwietnia) zawarto w Krakowie małżeństw 7 (4.35); urodzin było 57 (34.40); skonów — 61 (37.88). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 27:12, u starozakonnych 6:12.

W tym XV tygodniu zmarło na gruźlicę osób 12, na zapalenie płuc 12, na błonicę 1, na płonicę 2, na dur brzuszny 1.

* Izbie lekar. dolnoaustryackiej doniesiono, że władze powołały do przysięgi lekarzy kas chorych. Część lekarzy zwróciła się do Izby lekarskiej z zapytaniem o ile to wezwanie władz jest prawne i uzasadnione. Izba uznała, że wymaganie przysięgi od lekarzy kas chorych jest co najmniej bezpodstawne i zbyteczne, gdyż lekarze przy otrzymywaniu dyplomu składają przysięgę prawie jednobrzmiącą z formułą, którą im obecnie przedłożono.

* Jedna fabryka czekolady za przynętę użyła na swej etykiecie portretu prof. Schenka. Prof. Schenk publicznie ogłosił, że w tej sprawie udziału nie brał. Wypadek ten przypomniał nieco już zacierającą się w pamięci teoryę wiedeńskiego profesora i wznowił dyskusyę, w której poruszono następujące pytania: dla czego prasa lekarska wiedeńska nie zajęła wyraźnego stanowiska w tej sprawie? dla czego senat akademicki, o ile wiadomo, ograniczył się do nagany, a nie wymagał od prof. Schenka zrzeczenia się stanowiska profesorskiego? niemniej nie jest wiadomo, czy prof. Schenk przedłożył Akademii umiejętny wykład swej doktryny, jak to w swoim czasie zapowiadał.

* W Prusach od r. 1890 do 1897 wydano na partaczy, za spowodowanie śmierci lub uszkodzenia ciała, 177 wyroków, obejmujących razem 63 lat więzienia i 8233 M. grzywny.

* Towarzystwo rosyjskie dla ochrony zdrowia ludu wybrało komisyę, która zamierza zorganizować pomoc dentystyczną w szkołach.

* Przewodniczącym komitetu gospodarczego »Międzynarodowego Kongresu lekarskiej prasy« został wybrany prof. Cornil. Głównym zadaniem tego Kongresu ma być zorganizowanie »Międzynarodowego Związku zawodowej prasy lekarskiej«. Myśl ta, która została poruszoną na Kongresie w Rzymie, ma być urzeczywistnioną na Kongresie w r. przyszłym.

Mianowania i odznaczenia: Majowy awans objął między innymi następujących lekarzy: mianowani zostali lekarzami sztabowymi — lekarze pułkowi I-szej klasy: Longchamps Bronisław we Lwowie, Hordyński Zdzisław w Krakowie i Majewski Bronisław w Przemyślu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Maleszewski, lekarz pow. konstantynowskiego, w 63 r. życia. Dr. Maks Wellner, asystent prof. Hlavy, redaktor »Časopisu lék. česky ch«, w wieku 28 lat. Dr. Jan Józefowicz — w Kownie, mając lat 43.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 8: Dr. Świąteckiego Wł.: Przypadek wysokiego stopnia zwężenia gardzieli pochodzenia nieprzymiotowego. Dr. Ołtuszewskiego Wł.: Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii (dok.). W *Medycynie* Nr. 17: Arnsteina F.: O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazaniach do stosowania tego środka. Dr. Funka: W sprawie istoty pryszczycy (eczema) i stosunku jej do innych cierpień skóry. W *Postępie okulistycznym* Nr. 4: Dr. Bałłabana T.: O mechanizmie powstawania oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz. Dr. Rumszewicza K.: Przypadek nieprawidłowej szpary naczyniówki. Prof. Wicherkiewicza B.: Ruchome oddziały przy instytucie oftalmicznym w Warszawie. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 17: Łapińskiego W.: Leczenie wilka promieniami Roentgena. Świąteckiego J.: Niedokrwistość kiesonowa (dok.). Grünbauma A.: Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1326.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w *Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Krzeszowice, Czatkowice, Czerna, Dubie, Filipowice, Miękinia, Młynka, Nowa góra, Nawojowa góra, Paczółtowice, Radwanowice, Siedlec, Żary, Żbik, Rudawa, Brzezinka, Frywałd, Nielepice, Niegoszowice, Pisary, Rudno, Sanka, Tenczynek i Wola filipowska z ludnością 14371 głów według spisu z roku 1890.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr., płatna w ratach miesięcznych z góry z kasy Wydziału powiatowego i ryczałt na koszta podróży 250 złr. w ratach kwartalnych z góry, z funduszów krajowych.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieska[illegible]lny charakter;

4) znajo[illegible] języka polskiego;

5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu [illegible]yplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;

6) dostateczna [illegible]izyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza [illegible]owiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzon[illegible]m przez c. k. lekarza powiatowego.

Należycie ud[illegible]umentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 31 maja 1899 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 25 kwietnia 1899 r.

118 Prezes *Wodzicki* m. p.

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitar[illegible] [illegible]*bie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny [illegible] płaca roczna 500 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi [illegible] mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wno[illegible] do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Stanisławowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Knihininie wsi*. Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 200 złr. — stabilizacya po roku. Podania do 15-go Maja.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 13 Maja 1899. Nr. 19

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 13 Maja 1899. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Prace zawarte w tym numerze poświęcają autorowie

J. Wielmożnemu Panu Radcy Dworu, Profesorowi Drowi

Ludwikowi Rydygierowi

w rocznicę 25-letniego jubileuszu Jego naukowo-literackiej działalności, jako szczery wyraz czci od wdzięcznych uczniów.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera.

O sposobie Winkelmanna doszczętnego leczenia wodniaków mosznowych.

Podał

Dr. St. Krasowski.

Nakłócie wodniaka mosznowego *(hydrocele testis)* i wstrzykiwanie do niego takich płynów drażniących, jak wyskok' nalewka jodowa, płyn Lugola, kwas karbolowy, chlorek cynku i t. d., stosuje się dziś nader rzadko, prawie wyłącznie u dzieci, a u starszych tylko wtedy, kiedy nie chcą zgodzić się na radykalniejszy zabieg. U starszych po tym zabiegu występują po krótszym lub dłuższym czasie nawroty, — powtóre, nie jest on tak niewinnym, skoro są znane przypadki zapaleń wskutek silnego podrażnienia przetworami chemicznymi. Że się dotąd ten sposób leczenia wodniaków utrzymał, zawdzięcza to tylko temu, że jest łatwy do wykonania, bez żadnego niebezpieczeństwa, a chorzy chętnie zgadzają się na niego. Mogą się i tu zdarzyć zakażenia i rzeczywiście się zdarzają; w tym roku miałem sposobność widzieć ropne zapalenie worka mosznowego u chorego, któremu robiono nakłócie wodniaka. Są to przypadki rzadkie, odosobnione, i przypisać je należy raczej jakiemuś nieprzewidzianemu wypadkowi, aniżeli zaniedbaniu antyseptyki ze strony lekarza.

Jeżeli chodzi o doszczętne wyleczenie wodniaka, to prawie każdy ze sposobów krwawych prowadzi do celu. Tak dobrze daje trwałe wyleczenie tak zwany sposób Volkmanna, polegający na szerokiem nacięciu i zeszyciu brzegów osłonki jądra właściwej *(tunica vaginalis testis propria)* ze skórą i tamponowaniu, jak wszystkie inne sposoby, w których bądź częściowo, bądź też zupełnie wycina się osłonkę, a brzegi rany skórnej się zeszywa (Bergmann, Tillmanns).

Te radykalne sposoby przewyższają nakłócie, bo po nich nie zdarzają się nawroty, a przynajmniej są bardzo rzadkie, a przy utrzymanej antyseptyce są tak niewinne, jak i nakłócie. Jeżeli nakłócie ma jeszcze jaką zaletę wobec tych sposobów, to tę, że chory po niem może oddawać się zazwyczaj zaraz swemu zajęciu, podczas gdy inne sposoby wymagają dłuższego czasu do wyleczenia, jak n. p. Volkmannowski sposób — do 3 tygodni. Najkrócej gojenie trwa, jeżeli po wycięciu osłonki brzegi rany zeszyjemy, a rana zgoi się przez rychłozrost. Ale i w tym najlepszym razie sprawa trwa od 6—10 dni.

W listopadzie zeszłego roku podał Winkelmann nowy sposób doszczętnego leczenia wodniaka mosznowego, który łączy w sobie zalety nakłócia z korzyścią sposobów radykalnych, t. j. jest bardzo łatwy do wykonania, daje trwałe wyniki i chory może zaraz po operacyi oddawać się swemu zajęciu.

Sposób ten polega na wynicowaniu osłonki jądra właściwej. Postępuje się w ten sposób: robi się nacięcie 4·5 ctm. długie w górnym odcinku guza przez worek mosznowy aż do osłonki właściwej, następnie wypuszcza się płyn z wodniaka, robiąc w nim, bliżej bieguna górnego, nacięcie o tyle wielkie, aby jądro przejść mogło. Przez otwór wyciągamy jądro na zewnątrz, pomagając sobie w ten sposób, że go przez moszna od tyłu palcami wypychamy. Ująwszy jądro palcami, wyciągamy je ile się da na zewnątrz. Osłonka właściwa wynicowuje się wtedy i wsuwa się poza jądro sama, albo wsuwamy ją, o ile to nie nastąpiło przy powyższem postępowaniu. Następstwem takiego wynicowania jest, że cała powierzchnia osłonki właściwej, pokryta śródbłonkiem, styka się z raną, z którą musi się zrosnąć. Otwór zrobiony w osłonce

leży teraz powyżej jądra, i jeżeli nie jest zbyt duży, przeszkadza, aby wynicowana osłonka cofnąć się mogła.

Jak wiadomo, osłonka właściwa (*tunica vaginalis testis propria*) przedstawia się jako worek, którego ściana przednia (*pars parietalis*) jest połączona z osłonką wspólną (*tunica vaginalis communis funiculi spermatici et testis*) zapomocą tkanki bardzo wiotkiej i kruchej, zaś ściana tylna (*pars visceralis*) jest zrośnięta z przednią powierzchnią jądra i głową przyjądrza (*caput epidydymis*). Jeżeli jądro wypchniemy przez zrobione nacięcie w worku (w osłonce właściwej) i wyciągamy je na zewnątrz, to pociągamy od wewnątrz również dno worka na zewnątrz, czyli wynicowujemy go; wewnątrz worka znajduje się teraz całe jądro (przed wynicowaniem było za workiem) i tkanka, która łączy je z osłonką wspólną. Takie wynicowanie udaje się z 2 przyczyn: pierwsza, ponieważ jądro daje się dość dużo wyciągnąć z worka mosznowego; druga, ponieważ osłonka właściwa jądra jest bardzo luźno połączona z osłonką wspólną.

Niemożliwą jest rzeczą, aby osłonka właściwa, w ten sposób wynicowana, mogła się napowrót odwinąć; przeszkadza temu otwór zrobiony w osłonce, który teraz znajduje się powyżej jądra i pierścieniowato obejmuje sznurek, następnie samo jądro, uciskając na ściany, nie pozwoli się odwinąć. Dlatego otwór powinien być tylko tak duży, aby przez niego zaledwie jądro dało się przeprowadzić; gdyby przypadkiem zrobiło się go większym niż potrzeba, należy go pomniejszyć przez nałożenie szwu. Niema obawy, aby ów pierścień uciskał na sznur nasienny, albo na jego naczynia. Jest on dość obszerny, aby ugniatał, a zrosnąć się mu nie pozwoli jego zbita, elastyczna tkanka łączna, nieskłonna do wytworzenia ściągającej blizny, nadto sznurek nasienny leży wśród tkanki łącznej, wcale nienaruszonej.

Jak się przekonać mogliśmy, tak podczas operacyi, jak podczas prób na zwłokach, zaułków się żadnych nie pozostawia, któreby mogły dać powód do nawrotu. Cała powierzchnia, przykryta śródbłonkiem, styka się z raną i z nią się zrosnąć musi. Gdyby nawet jaki zaułek na razie powstał i powierzchnia surowicza wydzielała płyn, to płyn zostanie wessany, ponieważ nie będzie zamknięty ze wszystkich stron błoną surowiczą, a rozwijająca się tkanka łączna sprowadzi do zaniku i ten zaułek.

Tego sposobu użyliśmy w ośmiu przypadkach z bardzo dobrym skutkiem. Operowaliśmy w znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha po wstrzyknięciu poprzedniem 0·01 morfiny. Operacya trwa bardzo krótko. Najdłużej trwa znieczulenie. Na ranę skórną zakładamy 2—3 szwów katgutowych. Tyle najzupełniej wystarczy do zespojenia rany, a następnie płyn, pochodzący z nacieczenia (infiltracyi), krew, która się nagromadziła, mają swobodny odpływ między rzadko założonemi szwami. Na ranę dajemy suchą wyjałowioną gazę i na to nieco waty — opatrunek przytrzymujemy suspensorium Horanda, którem można dowolnie ucisk wywrzeć, jaki jest potrzebny, aby płyn Schleicha i krew nagromadzoną wycisnąć z rany i dalsze krwawienie powstrzymać.

Pierwszych 2 chorych leczono klinicznie, następnych ambulatoryjnie, ponieważ przebieg tamtych był bez przypadłości, polecając im zgłosić się przed upływem sześciu dni, w razie, gdyby się pojawiły jakieś przypadłości chorobowe; w przeciwnym razie — po 6 dniach do zmiany opatrunku. Po 6 dniach rana była zupełnie wygojona. Chorym wrażliwym polecaliśmy pierwszy dzień po operacyi przebyć w łóżku, mniej wrażliwi mogli się oddawać swoim zajęciom tego samego dnia.

Operacya ta jest bardzo łatwa i trwa krótko; ręce operatora, że się tak wyrażę, stykają się z raną tylko przelotnie tak, że przy dzisiejszej anty- i aseptyce sposób ten operowania wcale nie przedstawia większego niebezpieczeństwa, niż nakłócie. Nad sposobami radykalnymi ma tę wyższość, że jest bezwarunkowo mniejszym zabiegiem, gojenie się trwa nierównie krócej, a co do pewności wyniku, nie ustępuje im.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować Czcigodnemu Radcy Dworu, Prof. Rydygierowi, za udzielony mi łaskawie materyał.

II. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu lwowskiego pod kierownictwem Radcy Dworu Prof Dra Rydygiera

O leczeniu gruźlicy stawów.

(Spostrzeżenia, oparte na materyale kliniki chirurgicznej krakowskiej od r. 1887—1896 i lwowskiej od 1896—1898).

Zebrał

Dr. S. Ruff,

asystent kliniki.

Jeżeli zabieram głos w tej tak wielokrotnie omawianej sprawie, to czynię to w tem przekonaniu, że ogłoszenie doświadczeń, jakie porobiliśmy w ciągu 12-tu lat, w epoce, w której wszystkie nowoczesne sposoby leczenia gruźlicy stawów się urabiały, nie będzie bez pożytku, szczególniej, jeżeli się zważy, że do dziś dnia istnieją znaczne różnice w zapatrywaniach autorów, i że jednolite zasady postępowania leczniczego nie są wcale ustalone. Powszechnie wiadomo, że w naszym biednym kraju gruźlica wyrządza straszne spustoszenia, a materyał kliniczny stanowi w znacznej części gruźlica stawów i kości. Mieliśmy więc aż nadto sposobności żeby najrozmaitsze metody lecznicze wypróbować i wyrobić sobie zdanie o ich wartości, oparte na faktach. Wiem dobrze, że nie rzucę wiele nowego światła na omawianą sprawę, sądzę jednak, że praktyczne doświadczenia, zebrane na dużym materyale i w dobrze urządzonej klinice, zdołają wyświetlić niejedną wątpliwość i dać niejedną pożyteczną wskazówkę.

Owocem tych doświadczeń jest monografia: „O leczeniu gruźlicy stawów“, wydana w r. 1895 przez profesora Rydygiera w zbiorze odczytów klinicznych *Gazety Lekarskiej*. W tej pracy wyjaśnione jest stanowisko, jakiemu klinika wówczas, a w znacznej części i po dziś dzień, hołduje. Celem niniejszej pracy jest tylko uzupełnienie i udowodnienie postawionych tam zasad, na podstawie statystyki i przyczynków kazuistycznych.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć serdeczne dzięki memu czcigodnemu nauczycielowi i szefowi, Panu Radcy Dworu Profesorowi Rydygierowi, za zachętę do tej pracy i za cenne wskazówki, których mi nie szczędził.

I. **Uwagi ogólne.** Jeżeli mam określić stanowisko, jakie klinika nasza zajmuje w sprawie leczenia gruźlicy stawów, to nazwałbym je eklektycznem. Nie trzymamy się bezwzględnie żadnej z istniejących metod, przeciwnie, staramy

się zużytkować wszystkie zdobycze nowoczesnej chirurgii, a rozmaite sposoby postępowania uzupełniają się wzajemnie, jak nam się zdaje, — na korzyść naszych chorych.

Mówiono wiele i pisano jeszcze więcej w obronie leczenia „zachowawczego“ zarówno jak i „radykalnego“. Zaprowadziłoby mnie to zbyt daleko, gdybym chciał wchodzić w szczegóły tego sporu; podnoszę jednak z naciskiem, że jedna metoda drugiej wcale nie wyklucza, i przypominam ostrzeżenie Rydygiera, żeby tylko nie zanadto „konserwować“. Przekonaliśmy się, a udowodnię to poniżej, że tak zachowawcze jak i radykalne leczenie ma każde swoje osobne wskazania i że obie metody, racyonalnie zastósowane, mogą dać doskonałe wyniki. Oczywiście ścisłych granic tutaj nakreślić nie można, i każdy chirurg ma w tym względzie swoje zapatrywanie. Jeżeli Henle[1]) z kliniki Mikulicza podaje, że tam z wyjątkiem stawu kolanowego u dorosłych, wszystkie gruźlicze zapalenia stawów leczy się przeważnie zachowawczo, to my, na podstawie naszych doświadczeń, musimy oświadczyć, że z jednej strony znaczną liczbę przypadków odrazu przeznaczamy do operacyi, z drugiej zaś, że bardzo liczne przypadki, leczone przedtem zachowawczo, przychodzą jednak do operacyi i, powiedzmy to odrazu, w znacznie gorszych warunkach. Z naszego doświadczenia odnieśliśmy wrażenie, że tylko pewna ilość przypadków, i to wcale nie większość, nadaje się do zachowawczego leczenia.

Gdzie leży przyczyna tej różnicy między wynikami naszymi a kliniki Mikulicza? Może w tem, że u nas, gdzie lud nędznie się żywi, gruźlica jest bardziej złośliwa, niż w szczęśliwszych krajach, a może też i w tem, że nasi chorzy po opuszczeniu kliniki wracają do swojej nędzy i do ciężkiej pracy tak, że nie mogą dostatecznie dbać o swoje członki. Może wreszcie w tej okoliczności, że zestawienia statystyczne obejmują tylko krótkie okresy czasu i że chorych, którzy przy opuszczeniu kliniki mieli się jako tako, zapisuje się jako „trwale uleczonych“.

Pisano wiele o „trwałych wyleczeniach“ gruźlicy stawów. Mniemam, że wyrażenie to jest zbyt śmiałe. Nie możemy nigdy choremu na gruźlicę stawu zaręczyć, że jest stanowczo wyleczony, gdyż brak nam do tego jakiegokolwiek kryteryum, a przypominam jeden z naszych przypadków, o którym wspomina także Rydygier w swojej monografii, gdzie chory, który przed 20-tu laty przebył zapalenie gruźlicze stawu kolanowego, uległ nawrotowi tej choroby i poddał się resekcyi stawu. Wśród operacyi okazało się, że przyczyną nawrotu po 20-tu latach pozornego wyleczenia, był odsłój w nasadzie kości goleniowej, który pozostał po pierwszej chorobie. Z drugiej strony zależy także wynik od tego, jak się chory po wyjściu z pod opieki lekarskiej zachowuje. Rozumie się, że jeżeli te same szkodliwe czynniki, które przyczyniły się do powstania choroby, wywierają swój wpływ nadal, to nic łatwiejszego, jak to, że wybuchnie nawrot zapalenia, a jeżeli za pierwszym razem wytworzył się jeszcze odsłój, to pomimo pozornie najlepszego „zachowawczego“ wyleczenia, możemy się lada dzień spodziewać nawrotu choroby. —

Dlatego nie zwlekamy zbyt długo z operacyą, i przeznaczamy do krwawego zabiegu wszystkie te przypadki, które po pewnym czasie, wśród leczenia zachowawczego nie okazują wybitnej dążności do polepszenia.

Musimy przytem przedewszystkiem uwzględnić stosunki majątkowe i położenie społeczne chorych. Pacyenci nasi należą po największej części do najuboższej klasy ludności, a długie leczenie, połączone z niemożnością zarabiania na życie, może, jeśli nie musi, chorego do nędzy przyprowadzić.

Resekcye dzisiaj nie przedstawiają prawie żadnego niebezpieczeństwa, a wyniki, licząc nawet na lata, są wcale dobre; uważamy przeto za najlepszy sposób postępowania — uwolnić chorego jednym zabiegiem od cierpień, i umożliwić mu szybki powrót do pracy.

Nawet u zamożnych pacyentów nie zwlekamy zbyt długo z operacyą. Czekamy wprawdzie nieco dłużej, niż u chorych ubogich, ale krwawego zabiegu nigdy na zbyt odległe terminy nie odkładamy.

Wiemy z doświadczenia, ile wycierpieć musi taki nieszczęśliwy bogacz; jeździ latami po różnych kąpielowych miejscach, przebywa ciężkie męczarnie, formalnie torturowany przeróżnymi przyrządami ortopedycznymi, wstrzykiwaniami i t. p., a wszystko to najczęściej z takim wynikiem, że po kilku, a czasem i więcej, latach nędznej wegetacyi, zwraca się do operacyjnego leczenia.

Mimowoli nasunąć się tu musi pytanie, czy nie korzystniejszą byłaby i dla ludzi zamożnych, nawet we wcześniejszych okresach choroby, operacya? — Operacya, która, przy dzisiejszej doskonałej technice, prawie żadnem nie grozi niebezpieczeństwem, a wcale nie gorsze daje wyniki, niż to wieczne „zachowawcze“ leczenie.

Wyniki naszych badań i doświadczeń zmuszają nas do stanowczego potwierdzenia tego pytania. Nie chcę przez to powiedzieć, że jesteśmy zdeklarowanymi przeciwnikami postępowania zachowawczego; owszem, uchylamy i przed niem czoła, i oceniamy dokładnie jego wartość w wielkiej liczbie przypadków, — ale zawsze pamiętamy o przestrodze Rydygiera: ażeby nigdy nie zajść za daleko w postępowaniu zachowawczem, w przypadkach zaś, na co szczególniejszy nacisk kładę, w których podejrzywamy obecność odsłoju w kości, jak również w takich, które przy zachowawczem leczeniu nie okazują wybitnej dążności ku poprawie, jaknajprędzej imać się krwawego zabiegu.

Chciałbym teraz przedstawić stósowane przez nas sposoby postępowania. Używaliśmy wedle możności wszystkich znanych metod; tu skreślę uzyskane przez nas w ciągu lat spostrzeżenia.

Sposoby „postępowania zachowawczego“. U naszych chorych stósowaliśmy wszystko, co tylko podciągnąć można pod fałszywie, a co najmniej, delikatniej mówiąc, pod nieszczęśliwie używaną nazwę „zachowawczego leczenia“. U niektórych stósowaliśmy ignipunkturę lub pryszczydła, u innych okłady i kąpiele. Zakładaliśmy przyrządy wyciągające i szyny, wywoływali bierne przekrwienie Biera, wstrzykiwaliśmy mięszankę jodoformu z gliceryną i kw. cynamonowy. Próbowano Lannelonguea *„méthode sclerogène“* i tuberkuliny Kocha; a obecnie zakładamy chorym przyrządy mechaniczno-ortopedyczne, ułatwiające chodzenie. Wszystkie te i wiele innych sposobów postępowania wypróbowaliśmy dokładnie przy równoczesnej ogólnej terapii i posilnem odżywianiu chorych.

[1]) Henle: Die Behandlung der tuberkulösen Gelenkerkrankungen etc. (*Beitr. zur klin. Chirurgie v. Bruns T. XX. Z. 2*).

Próbowaliśmy także łączyć niektóre sposoby w zastósowaniu, często z dobrym wynikiem, często jednakże i z ujemnym. Pozwolę sobie odesłać z tem czytelnika do zestawienia statystycznego, które zdaje mi się najlepiej sprawę wyjaśnia.

Najlepszym i względnie najprostszym sposobem postępowania leczniczego wydaje mi się zastosowanie chlorku cynkowego podług Lannelonguea, połączone z odpowiedniem ortopedycznem postępowaniem; jednakże tylko w tych przypadkach, w których gruźlica występuje więcej okołostawowo.

W przypadkach wyłącznego zajęcia stawu nie radziłbym próbować tego sposobu, ponieważ chlorek cynkowy powoduje zesztywnienie stawu. Wprawdzie bardzo niewiele chorych leczyliśmy tą metodą, ale nasze wyniki, jak i badania Ziemackiego[1]), mogą chyba tylko do dalszych doświadczeń zachęcić.

Wstrzyknięcie wykonane starannie i wprawnie, znoszą chorzy bardzo dobrze, a daje ono świetne wyniki, nawet co się tyczy i ruchomości stawu. Przy narośli grzybowatej (fungus) czysto stawowej uciekamy się najchętniej jeszcze dzisiaj do użycia mięszanki jodoformu z gliceryną. Przy najściślejszem przestrzeganiu aseptyki, wstrzykujemy śródstawowo 3—10 ctm³ tej mięszanki, oraz także ilość w najbliższą okolicę chorego stawu.

Mięszankę wyjaławiamy. — Ponieważ jodoform w ciepłocie wrzenia rozkłada się, używamy refrakcyjnej metody Tyndalla.

Dziesięcioprocentową mięszaninę jodoformu z gliceryną rozdzielamy na małe flaszeczki, do jednorazowego użycia. Flaszeczki te, szczelnie zamknięte, codziennie zanurzamy na godzinę w wodzie ogrzanej do 60°C. przez 4—5 dni. Tak przygotowana mięszanka jest zupełnie pozbawiona wszelkich drobnoustrojów, o czem przekonały nas niejednokrotnie robione próby.

Przy tem zaznaczam w przeciwieństwie do wywodów Henlego[2]), że niewyjałowiony jodoform nie daje żadnej pewności co do antyseptyki i może nawet zawierać zarodki chorobotwórcze.

Wytwarza on wprawdzie warunki niekorzystne dla rozwoju bakteryj i rzeczywiście zazwyczaj jest aseptyczny; ja jednak obawiałbym się wprowadzić do stawu niewyjałowioną mięszankę jodoformową.

Wstrzyknięcie prawie zawsze jest bardzo bolesne, prawdopodobnie z powodu gliceryny — i wywołuje zwykle mniejszy lub większy odczyn. W okolicy stawu występuje bolesny obrzęk, a u niektórych chorych ciepłota ciała podnosi do 38° i wyżej. Wstrzykiwania powtarza się co 12—14 dni nie zaniedbując naturalnie w międzyczasie terapii ogólnej, jak przyrządy wspierające przy chodzeniu, kąpiele słone, dobre odżywianie i t. p.

Przeglądając nasze statystyczne zestawienie, z łatwością możemy spostrzedz, że znaczna część przypadków przez nas w ten sposób leczonych, zakończyła się ostatecznie operacyą.

Pamiętamy przypadki, w których, po kilku wstrzyknięciach, okazało się, przy podwyższeniu ciepłoty i wśród ogólnych ciężkich przypadów, ropienie w stawie, i zmusiło nas do szybkiego wkroczenia operacyjnego.

W czasie resekcyi w tych przypadkach widzieliśmy nieraz wokoło grudek jodoformu małe ropnie, otoczone wybujałą obficie ziarniną gruźliczą. — Nie mogę stanowczo odmówić jodoformowi pewnego wpływu na gruźlicę; przekonują o tem dowodnie liczne zrosty i blizny znajdowane w stawie podczas operacyi. Jednakże wobec naszych doświadczeń, zdaje mi się, że skuteczność jodoformu jest wogóle przeceniona — i że tylko w lżejszych przypadkach, które może i bez niego mogłyby być wyleczone, można przy stósowaniu jodoformu otrzymać zupełnie pomyślne wyniki. —

Głównym i najdzielniejszym czynnikiem leczniczym, jest przy tem postępowaniu, ogólna terapia i ustalenie chorego stawu. Wyniki zaś pomyślne przy tem postępowaniu, o których ciągle słyszymy i czytamy, należy raczej przypisać umiejętnie stosowanemu leczeniu ortopedycznemu i odpowiedniemu pielęgnowaniu chorych, — niż wpływowi jodoformu.

Liczne doświadczenia internistów pouczają nas, że gruźlica płuc może bez leków ustąpić, jeżeli choremu otworzy się korzystne warunki higieniczne. To samo można śmiało powiedzieć o gruźlicy stawów, a obowiązkiem już jest lekarza znaleźć dla chorego stawu odpowiednie warunki i ustrój chorego tak uodpornić, ażeby ognisko choroby „samo przez się“, że tak powiem, zetlało i znikło.

Każdy doświadczony chirurg mógłby przytoczyć liczne przypadki takiego „dobrowolnego“ ustąpienia choroby.

Jeżeli jednak zajęty gruźlicą staw, pomimo naszych usiłowań, nie okazuje wybitnej dążności do polepszenia, powinniśmy się cieszyć, że możemy chorobę wprost w samem jej zarzewiu stłumić, usuwając zajęte części z ustroju.

Spostrzeżenia uzyskane przez nas przy stósowaniu innych sposobów „zachowawczych“, w krótszych już skreślę słowach.

Tuberkulina Kocha, narobiwszy dużo wrzawy w swoim czasie, po krótkiem chociaż rozgłośnem istnieniu, poszła *ad acta*.

Nam nie udało się w żadnym przypadku osiągnąć przy jej pomocy nawet miernie dodatnich wyników. Również nieświetne wyniki dały nam wstrzykiwania kw. cynamonowego sposobem Landerera; to też porzuciliśmy je wkrótce, a zwróciliśmy się do wyciągania sposobem Volkmanna i używaliśmy go w szerokim zakresie, jak długośmy nie wiedzieli, że gruźlicę stawów można wybornie leczyć, nie trzymając pacyenta w łóżku.

O ignipunkturze i miejscowych środkach odciągających już i nie wspominam; zarzuciliśmy je dawno, równocześnie z innemi klinikami.

Skreśliwszy pokrótce nasze sposoby postępowania, sądzę, że nie zaciemni to jasności przedstawienia, jeśli pozwolę sobie naszkicować w ogólnych zarysach postępowanie kliniki naszej z chorym, zgłaszającym się z gruźlicą stawu.

Wszystkie przypadki dłużej trwające i te, w których wykazać można ropienie, albo jeśli się potworzyły przetoki, przeznaczamy bezzwłocznie do operacyi. W przy-

[1]) Ziemacki: Traitement des ostéoarthrites tuberculeuses au moyen des injections sous-periostales de la solution de chlorure de Zinc. (*Revue de Chirurgie*, 1896).

[2]) Henle: loc. cit.

padkach zaś świeżych, u pacyentów, którzy nie zgadzają się na operacyę, jak również w gruźlicy stawu kolanowego u dzieci, trzymamy się postępowania „zachowawczego". Przy takiem leczeniu główny nacisk kładziemy na to, ażeby chory staw uwolnić od nacisku, i staramy się o ile możności, ażeby nasi chorzy jak najwięcej mogli chodzić, a przynajmniej jak najkrócej pozostawali w łóżku. Cel ten osiągamy przez odpowiednie zastósowanie różnych opatrunków i przyrządów. O tych nie chcę szczegółowo rozpisywać się; przeróżne przyrządy mechaniczno-ortopedyczne są ogólnie dobrze znane. Pomysłowość chirurgów i mechaników na tem polu szerokie już zakreśliła granice, a najwięcej zawdzięczamy rozszerzenie ich Lorenzowi[1]), Hoffie[2]) i Hessingowi.

Ogólnie znaną jest rzeczą, jak dla chorego zbawiennem jest leczenie bez trzymania go w łóżku; nasze doświadczenia mogą nas tylko zachęcić do tego postępowania.

Chorzy, a szczególniej dzieci, dawniej miesiącami do łóżka przykuci, przy takiem leczeniu prędko do sił przychodzą, łaknienie wraca, a my uzyskujemy sprzyjające warunki do starań o polepszenie ogólnego stanu pacyenta.

Bardzo chętnie stosujemy przekrwienie bierne Biera, codziennie na jedną do dwóch godzin. Wprawdzie nie osiągnęliśmy dotychczas zbyt jaskrawych wyników, ale zabieg ten wydaje się nam tak niewinnym, że można go próbować w każdym przypadku. Na noc zdejmujemy przyrząd i dajemy wilgotny okład z *Sol. Burowi*, albo słony, i t. p. Chorym tym zaleca się także, o ile można codzień, słone kąpiele. Mniej więcej co 12—14 dni wstrzykujemy mięszankę jodoformową, albo chlorek cynkowy.

W początkach w ostrym boleśnym okresie, używamy także dosyć chętnie opatrunków gipsowych, których naturalnie już na noc się nie zdejmuje. Ogólnie działamy na chorego posilnem łatwo strawnem odżywianiem, podajemy wewnętrznie kreozot, guajakol, tran i t. p., a pokój chorego starannie przewietrzamy. Za najważniejszy jednak czynnik leczniczy, uważamy, jak już wspomniałem, trzymanie chorego o ile można na świeżem powietrzu. Zamożnym pacyentom polecamy na lato kąpiele jodowe i morskie, ubodzy, niestety, muszą się obejść bez tego tak zbawiennego w skutkach środka leczniczego.

Oto krótki zarys naszego postępowania „zachowawczego". W szczegóły się nie wdaję, gdyż dobrze są ogólnie znane.

Lecząc naszych chorych „zachowawczo" strzeżemy się przedewszystkiem naturalnie, ażebyśmy nie popadli w jednostajność szablonową. W każdym przypadku używamy środka odpowiedniego, jednego lub kilku razem, trzymając się danych wskazówek, których nam dostarcza szczegółowe badanie i poznanie leczonego pacyenta. Leczenie takie wymaga naturalnie znacznego doświadczenia i umiejętności ze strony lekarza; od chorego zaś, ażeby się do wskazówek lekarza ściśle stósował i z nim współdziałał. Cierpliwość i rozsądek pacyenta są *conditio sine qua non*.

Niestety, wyniki nie odpowiadają temu założeniu i niejednokrotnie przekonaliśmy się o bezskuteczności naszych usiłowań i cierpliwości chorych.

[1]) Lorenz: Über die mechan. Behandlung der Coxitis u. der fungösen Gelenkserkrankungen der unteren Extranität überhaupt. — (*Wiener. Klinik. 10 u. 11*).

[2]) Hoffa: Die ambulante Behandlung der tubercul. Hüftgelenkentzündung mittels portativer Apparate. ((*Festschrift für Esmarch.* 1893).

Wykaz statystyczny[1]). Zachowawczo leczonych było 177 przypadków, mężczyzn 73, kobiet 104.

Przypadki te dzielą się jak następuje:

I. Staw biodrowy: Przypadków 59. Mężczyzn 25: wyleczonych 7, wypisanych w stanie polepszonym 14, nieuleczonych 3, umarł 1. Kobiet 34: wyleczonych 7, wypisanych w stanie polepszonym 15, nieuleczonych 11, umarła 1. Następowo zgłosiło się do resekcyi 2 przypadki.

II. Staw kolanowy. Przypadków 69. Mężczyzn 30: uleczonych 6, wypisanych w stanie polepszonym 16, nieuleczonych 6, umarło 2. Kobiet 39: uleczonych 12, wypisanych w stanie polepszonym 19, nieuleczonych 10. Następowo do resekcyi zgłosiło się 19 przypadków.

III. Staw skokowy i stępowy. Przypadków 32. Mężczyzn 11: wyleczonych 5, polepszenie u 6. Kobiet 21: uleczonych 9, polepszenie u 7, nieuleczonych 8. Następowo wykonano resekcyę albo amputacyę u 8.

IV. Staw barkowy. Żadnego przypadku nie leczono »zachowawczo«.

V. Staw łokciowy. Przypadków 9. Mężczyzn 3, uleczony 1, polepszenie u 1, nieuleczony 1. Kobiet 6: uleczonych 3, polepszenie u 2, nieuleczona 1. W 2 przypadkach »nieuleczonych« przyszło do resekcyi.

VI. Staw ręki. Przypadków 8. Mężczyzn 4: uleczonych 2, polepszenie u 2. Kobiet 4: uleczonych 0, polepszenie u 2, nieuleczone 2. Następowo do operacyi zgłosiło się trzy osoby.

Wogóle osiągnięto wyleczenie:	52	t. j.	29·4%
polepszenie:	84	»	47·6%
nieuleczonych:	39	»	22%
umarło:	4	»	2·26%
Następowo wykonano operacye:	34	»	19·1%.

Uważny czytelnik spostrzeże, że największa liczba przypadków notowana jest w rubrykach: stawu biodrowego i kolanowego, że natomiast stawu barkowego wcale nie leczyliśmy zachowawczo. Przyczyny należy szukać w tej okoliczności że z jednej strony niezbyt łatwo decydujemy się na tak znaczną operacyę jak wypiłowanie stawu biodrowego, z drugiej zaś, że właśnie w tym stawie, z niewytłómaczonych przyczyn, wyniki leczenia zachowawczego są wcale pomyślne.

Riedel[2]) na podstawie swych badań podaje, że w 84% zapaleń stawu biodrowego znachodzą się pierwotne ogniska kostne. Pomimo tego jednak leczenie zachowawcze daje przeciętnie niezłe wyniki, według Brunsa[3]) nawet 77% wyleczenia w formie nieropiejącej. Nasze wyniki istotnie stwierdzają prawdziwość statystyki Brunsa, mianowicie, od czasu racyonalnego stósowania leczenia ortopedycznego, wyniki są wcale dobre. Co się tyczy stawu kolanowego, to przeważająca ilość zachowawczo leczonych należała do osób w wieku dorastającym, przed 18 rokiem życia. Dziś już wszyscy godzą się na to, że w tym wieku resekować się nie powinno. W stawie barkowym natomiast resekcya dała nam tak świetne wyniki, zarówno co do wyleczenia, jak i co do sprawności kończyny, że we wszystkich przypadkach wykonywaliśmy operacyę. Wśród naszych 13 przypadków zapalenia stawu barkowego, cierpienia stosunkowo rzadkiego, mieliśmy 6 razy t. zw. *Caries sicca*, wszystkie przez resekcyę zupełnie uleczone. Z przypadków zapisanych jako zapalenie sta-

[1]) Zwracam uwagę, że w moim wykazie przytaczam tylko przypadki leczone stale w klinice, o których bliższe szczegóły znajdują się w rocznikach kliniki; wszystkie leczone poliklinicznie, przypadki z wykazu wyłączyłem.

[2]) Riedel: Die Häufigkeit der Sequester bei Tuberculose der grossen Gelenke etc. (*Centralblatt f. Chirurgie* 1893, Nr. 7 i 8).

[3]) Bruns: Ueber die Ausgänge der tuberculösen Coxitis (*Langenbeck's Archiv* T. 48 1884).

wu biodrowego *(coxitis)* wydzieliłem 3, które potem rozpoznaliśmy jako biodro szpotawe *(coxa vara)*. Oczywiście przypadki te były zanotowane jako wyleczone metodą zachowawczą. Pozwalam sobie wyrazić przypuszczenie, że gdybyśmy mogli dziś, kiedy nauczyliśmy się rozpoznawać biodro szpotawe, zbadać powtórnie wszystkie „wyleczone" przypadki, znaleźlibyśmy znacznie więcej tego rodzaju przypadków. Wogóle jednak mieliśmy wyniki zachowawczego leczenia nie złe. Przynajmniej nie zgłosił się żaden z „uleczonych" z nawrotem [1]).

Przytoczone przypadki zapalenia stawu kolanowego *(gonitis)* dotyczą, jak powiedziałem, dzieci i osób młodych poniżej 18-tu lat. W tym stawie jest naszem zadaniem, jeżeli już nie uda nam się choroby wyleczyć, żeby przeciągnąć sprawę aż do ukończenia wzrostu kości, a wtedy dopiero wykonać resekcyę. Wszak wiadomo jak znaczne skrócenia powstawały, kiedy jeszcze na wzrost kości nie zwracano uwagi. Z leczonych zachowawczo 69 przypadków, poddało się 19 następowo operacyi. Zajmującym jest następujący przypadek: Młoda dziewczyna, siostrzenica lekarza, była leczoną przez 2 lata zachowawczo, mianowicie zapomocą wstrzykiwań mięszanki jodoformowej, przyrządów ortopedycznych i kąpieli słonych, leczyła się w kąpielach jodowych i była bardzo troskliwie obserwowaną — pozornie z dobrym skutkiem. Nagle po dwóch latach, dziewczyna ciężko zachorowała i wśród wysokiej gorączki wystąpiło zropienie stawu. Wtedy wykonaliśmy resekcyę, a obecnie, t j. w 3 i pół lat po operacyi chora ma się tak dobrze, że znaczne spacery odbywa bez pomocy laski. Niemniej zajmującym jest wzmiankowany powyżej przypadek, gdzie po 20-tu latach pozornego wyleczenia zapalenia stawu kolanowego, wybuchł nawrót choroby, a przy operacyi znaleźliśmy stary odsłój.

W dalszym ciągu leczyliśmy 32 przypadki gruźlicy stawu skokowego i kości śródstopia. Tu rozchodziło się głównie o formy zapalenia okołostawowe, a leczenie zachowawcze łączyliśmy często z nacięciami, skrobaniami i przyżeganiami. Wyniki niezłe.

Najniższe liczby wykazuje staw łokciowy i nadgarstkowy. W stawie łokciowym dawała nam resekcya tak dobre wyniki, także i co do sprawności kończyny (podczas gdy po leczeniu zachowawczem prawie bez wyjątku pozostaje sztywność stawu), że tylko nieliczne przypadki i to w pierwszych początkach choroby leczyliśmy zachowawczo. Wyniki były dobre, ponieważ mieliśmy do czynienia z nader lekkimi przypadkami. Tożsamo da się powiedzieć i o stawie nadgarstkowym. Staw ten jest tak łatwo przystępny, a zabieg operacyjny tak łatwy i nie połączony z niebezpieczeństwem, że woleliśmy odrazu pozbawić chorych cierpienia, niż narazić ich na długo trwające, a w skutkach niepewne leczenie zachowawcze. Tych kilka przypadków, które leczyliśmy zachowawczo, zakończyło się dobrze, z wyjątkiem trzech, które następowo poddały się operacyi.

Sądzę, że zestawienie statystyczne potwierdza nasze na wstępie wypowiedziane uwagi; jeszcze dobitniej stwierdzają nasze zapatrywania wyniki leczenia operacyjnego. Zanim przejdę do ich omówienia, chciałbym pokrótce przedstawić metody operacyjne, które według naszych doświadczeń okazały się jako najlepsze i których stale używamy.

III. **Sposoby leczenia operacyjnego**. Przez „operacyę" rozumiem każdy zabieg krwawy, począwszy od nieznacznych skrobanek do najrozleglejszych amputacyj i eksartykulacyi.

Nacięcie torebki stawowej (arthrotomia) i jej wycięcie (arthrectomia) bywają rzadko używane, głównie zaś u dzieci. Wycięcie torebki stawowej wymaga tak dobrych warunków ogólnych i miejscowych, że tylko wyjątkowo można go użyć ze skutkiem. Wszelako operacya ta, dobrze wykonana i przy troskliwem leczeniu następowem, daje wcale dobre wyniki; według Beauraina [1]) nawet 55% wyleczenia. Sprawność kończyny zwykle wraca, jeżeli się dość wcześnie przystępuje do wykonywania ruchów. U nas wykonano tę operacyę zaledwie 7 razy, w 4-ch przypadkach ze skutkiem pomyślnym.

Najczęstszą operacyą w gruźlicy stawów jest resekcya, częściowa lub całkowita. Pierwszej używamy jako uzupełnienia leczenia zachowawczego; ropnie zimne otwieramy szeroko, przetoki wyskrobujemy, powierzchownie leżące ogniska kostne usuwamy ostrą łyżeczką. Tak samo, po szerokiem otwarciu stawu, usuwamy tylko te części kości, które są chorobowo zmienione. Zwracam jednak zaraz uwagę, że zbyteczna oszczędność w resekowaniu nie wychodzi chorym na dobre, szczególniej na kończynie górnej, gdzie nam nie zależy na większem lub mniejszem skróceniu, powinno się wszystkie podejrzane tkanki bezwzględnie usuwać i raczej wykonywać całkowitą resekcyę. W stawie kolanowym wykonywamy zasadniczo całkowite wypiłowanie stawu, odkąd operujemy sposobem Textor-Guepratte'a, a w razie przykurczeń sposobem Helfericha.

Co się tyczy całkowitej resekcyi, to nie ograniczamy się na odpiłowaniu końców stawowych kości, lecz jak to zresztą ogólnie czynią, uważamy za najgłówniejszą część naszego zadania wycięcie najdokładniejsze całej torebki stawowej aż do najodleglejszych jej wypukleń, tak jak gdybyśmy wycinali nowotwór złośliwy. Po dokładnem oczyszczeniu rany i zatamowaniu krwotoku, zaszywamy ranę lub wypełniamy ją tamponami z gazy jodoformowej, poczem zakładamy opatrunek ustalający z opasek krochmalnych i fornirów. Skoro tylko rana zewnętrzna jest zagojona, a czasem nawet wcześniej, dajemy chorym przyrządy do chodzenia, ażeby mogli jak najwięcej czasu spędzać na wolnem powietrzu, bo przekonaliśmy się, że rany po resekcyach bez porównania lepiej goją się, jeżeli chorzy chodzą, aniżeli gdy leżą w łóżku. Jeżeli nam idzie o uzyskanie stawu ruchomego, to jak najwcześniej przystępujemy do wykonywania ruchów biernych i czynnych.

W wyborze cięcia do resekcyi kierujemy się zawsze dążnością do możliwie szerokiego odsłonięcia stawu, aby módz dokładnie obejrzeć wszystkie zaułki i wyciąć wszystkie chorobowo zmienione tkanki. Dlatego, o ile możności, dajemy pierwszeństwo cięciom poprzecznym i płatowym, gdyż te dają najlepszy przystęp do stawu.

W stawie biodrowym używamy zawsze cięcia podanego przez Rydygiera. Cięcie to daje bardzo dogodny przystęp do stawu, a nad innemi ma tę wyższość, że krwo-

[1]) Żeby się dowiedzieć o dalszych losach naszych chorych, rozesłałem pomiędzy nich kwestyonarz, na który jednak otrzymałem tak mało odpowiedzi, że nie mogę ich tu zużytkować.

[1]) Beaurain: Die Resultate der Arthrectomie bei der tuberculösen Gonitis. (*Inaug Dissert. Zurich* 1894).

tok jest nader mały i obraża się stosunkowo mało mięśni. W razie znaczniejszego zajęcia panewki biodrowej wykonywamy nadto resekcyę kości biodrowej według Bardenheuera. Operacya ta zaleca się bardzo u niezbyt podupadłych chorych. Krwotok nie jest tak wielki, jakby się tego należało obawiać i chorzy znoszą bardzo dobrze ten bądź co bądź znaczny zabieg. Można śmiało usunąć całą panewkę, gdyż oddzielona okostna wytwarza szybko bardzo oporną kość, a z czasem wytwarza się nawet nowa panewka. Doświadczenie usunęło teoretyczne wątpliwości, które i my mieliśmy co do tej operacyi i byliśmy istotnie zdumieni, jak dobrze funkcyonuje kończyna po tak rozległej resekcyi.

W ciągu leczenia następowego po resekcyi stawu biodrowego nie staramy się wcale o uzyskanie ruchomości, a tylko zwracamy baczną uwagę na poprawne ustawienie kończyny. Przekonaliśmy się, że chorzy chodzą bardzo dobrze, jeżeli mają zesztywnienie (ankylosis) w lekkiej abdukcyi i rotacyi na zewnątrz. Jedna z naszych chorych donosi, że chodzi bardzo dobrze i bez żadnych trudności tańczy, jakkolwiek ma staw biodrowy zupełnie sztywny. Oczywiście muszą chorzy przez jakiś czas po resekcyi nosić odpowiedni tutor, aby z jednej strony chronić staw od urazów zewnętrznych, a z drugiej, żeby ustalić dobre ustawienie kończyny. Zazwyczaj polecamy chorym noszenie tutoru przynajmniej przez rok.

W stawie kolanowym, po wypróbowaniu najrozmaitszych metod operacyjnych, wybraliśmy, jako najlepszy, sposób podany przez Textora i Guepratte'a. Cięcie przebiega od jednego kłykcia kości udowej łukowato przez guzowatość kości goleniowej *(tuberositas tibiae)*. Przyczep więzadła rzepkowego *(lig. patellae)* oddziela się, a rzepkę razem z zaułkiem pod mięśniem czterogłowym *(recessus quadricipitis)* w całości się wypreparowuje i wycina[1]). W dalszym ciągu otwieramy szeroko staw i końce kości odpiłowujemy (w razie przykurczenia piłujemy łukowato podług Helfericha[2])). Teraz dopiero rozpoczyna się najważniejsza część operacyi, mianowicie wycięcie torebki stawowej. Wykonywamy to zapomocą szczypczyków i nożyczek Coopera i operujemy zawsze w zdrowych częściach, jak przy wycinaniu nowotworów złośliwych. W końcu wypłókujemy dokładnie ranę, tamujemy krwotok i zakładamy dokładny szew, pozostawiając w kącikach drobne otworki dla odpływu wydzieliny. Opatrunek ustalający utrzymuje kończynę w pozycyi wyprostowanej, a po 2—4 tygodniach, gdy rana, jak z reguły bywa, jest zgojona przez rychłozrost, zakładamy chorym opatrunek gipsowy, sięgający od palców stopy do biodra. Ten opatrunek pozostawiamy 6—8 tygodni i każemy chorym w nim jak najwięcej chodzić. Wreszcie, gdy nastąpił już zupełny zrost kostny, dajemy chorym tutor, złożony z dwóch szyn bocznych, pasa miednicowego i czapeczki na kolano.

[1]) Rzepkę usuwamy z zasady, nawet wtedy, jeżeli nie okazuje żadnych zmian patologicznych. Znajduję w naszych historyach chorób często notowane ogniska kostne w rzepce, a ponadto wycięcie dokładne całego *recessus quadricipitis*, gdzie zawsze są ziarniny gruźlicze, bez usunięcia rzepki jest wprost niemożliwe. Powtóre rzepka jest zupełnie niepotrzebna dla sprawności kończyny, boć przecie staramy się o uzyska nie zrostu kostnego w pozycyi wyprostowanej.

[2]) Helferich: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1890.

Ten sposób operacyjny dał nam istotnie doskonałe wyniki. Skrócenie kończyny jest możliwie małe, odkąd zastósowaliśmy modyfikacyę Helfericha, a kończyna bywa zupełnie sprawną. Co się tyczy częstości nawrotów po resekcyi to w mojem zestawieniu znajduję ich bardzo mało. Wszyscy chorzy, od których na moje zapytanie otrzymałem odpowiedź, podają, że są zdrowi i mogą oddawać się swej pracy zawodowej. Oczywiście wielu umarło w międzyczasie z powodu gruźlicy innych narządów. Dwa razy wytworzył się po resekcyi staw wrzekomy. W obu przypadkach wykonaliśmy powtórną resekcyę, w jednym ze skutkiem pomyślnym, w drugim nastąpiła śmierć w klinice z powodu ogólnej gruźlicy prosówkowej. W pierwszym przypadku był się wytworzył zupełnie nowy staw z chrząstką i więzadłami stawowemi, w drugim był tylko włóknisty zrost kości.

Zatoru tłuszczowego (Fettembolie), którego powszechnie tak się obawiają, nie widzieliśmy ani razu po resekcyi kolana.

W stawie skokowym używamy najrozmaitszych sposobów resekcyi, zależnie od siedziby ognisk gruźliczych, względnie przetok. I tu, jeżeli można, dajemy pierwszeństwo cięciu poprzecznemu (Huetera), gdyż ono daje nam najlepszy przystęp do stawu. Okoliczność, że trzeba przy tej operacyi przeciąć liczne ścięgna i nerwy, nie zmniejsza wcale jej wartości, gdyż, po zeszyciu ścięgien i nerwów, sprawność stopy jest zupełnie zadowalniająca, a tak dobrego przystępu żadna inna metoda nie daje. Z licznych innych sposobów używamy jeszcze najchętniej sposobu Lauensteina. Cięcie to ma tę wielką zaletę, że w razie nawrotu można jeszcze wykonać operacyę Wladimirow-Mikulicza, gdyż przy pierwszej operacyi żadne ważniejsze naczynie nie zostało obrażone. Zazwyczaj pozostaje po resekcyi stawu skokowego kostny zrost; pomimo tego sprawność stopy jest dostateczną, gdyż wytwarza się ruchomość między drobnemi kostkami śródstopia. Niezmiernie ważnem jest tu leczenie pooperacyjne. Chorzy nasi otrzymują jak najwcześniej przyrządy do chodzenia i rany, leczone w ten sposób, goją się nader szybko.

Dość często i z dobrym skutkiem używamy osteoplastycznej resekcyi Wladimirow-Mikulicza. Do amputacyi podudzia uciekamy się tylko w wyjątkowych przypadkach. Doświadczenie pouczyło nas, że można wiele tak zwanych przypadków amputacyjnych wyleczyć zapomocą resekcyi, jeżeli się tylko dokładnie stawia wskazania. A przecież odjęcie kończyny nie jest obojętną rzeczą.

Jeden przypadek operował Rydygier w ten sposób, że po rozległej resekcyi stopy i prawie zupełnem wyłyżeczkowaniu kości piętowej, wstawił zdrową kość piszczelową w jamę, powstałą przez wyskrobanie kości piętowej. Przypadek ten zakończył się wyzdrowieniem, jakkolwiek z góry wątpiliśmy o wyniku i operacyę tę uważaliśmy tylko jako wstęp do amputacyi, na którą chory nie chciał dać zezwolenia.

W gruźlicy kości śródstopia używamy chętnie dwóch bocznych cięć Bardenheuera, czasem i cięcia w kształcie litery H. Oczywiście wykonywamy też — gdzie potrzeba — operacye Lisfranca, Choparta i amputacyę osteoplastyczną Pirogowa. Wyniki tych wszystkich operacyj podaje zestawienie statystyczne.

W stawie barkowym stosunki są tego rodzaju, że nie uważaliśmy za stosowne ani jednego przypadku leczyć

zachowawczo. Po pierwsze z tego względu, że najczęstszą postacią gruźlicy stawu barkowego jest Caries sicca, sprawa bardzo bolesna i szybko niszcząca kość, gdzie leczenie zachowawcze prawie żadnych widoków polepszenia nie daje, a w każdym razie doprowadza zawsze do zesztywnienia stawu; a powtóre, ponieważ resekcya w tym stawie daje tak dobre wyniki co do doszczętnego wyleczenia i sprawności kończyny, że chorzy bardzo szybko mogą powrócić do swych zajęć zawodowych i mają zupełnie dobry ruchomy staw. Zazwyczaj wykonywamy tę resekcyę sposobem Hueter-Olliera; raz wykonano resekcyę z cięcia atypowego tylnego, ponieważ tego wymagało usadowienie przetok. Po operacyi zakłada się ustalający opatrunek Desaulta, który leży 12—14 dni, poczem powoli rozpoczynamy wykonywanie ruchów biernych, a przeciętnie po 4—6 tygodniach wypuszczamy chorych z kliniki, jako zupełnie wyleczonych [1]). W dwóch z 13-tu operowanych przypadków wystąpiły nawroty w posteci małych przetok, te jednak po energicznem przyżeganiu azotanem srebrowym, ostatecznie się wygoiły.

W stawie łokciowym dała nam resekcya bardzo piękne wyniki, jakkolwiek mamy tu zanotowanych więcej nawrotów, ponieważ staw ten jest bardzo narażony na szkodliwości zewnętrzne. Tylko u dzieci i w początkowych przypadkach leczyliśmy zachowawczo; przeważająca liczba chorych leczoną była operacyjnie. Prawie wyłącznie używaliśmy tu cięcia bagnetowatego Olliera i, jakkolwiek nie operowaliśmy — jak tego chce Ollier, — podokostnowo, ale bezwzględnie wycinaliśmy wszystkie tkanki gruźlicze, to jednak uzyskaliśmy dobre wyniki i co się tyczy ruchomości. W leczeniu pooperacyjnem ważnem jest bardzo uchwycenie odpowiedniej chwili do rozpoczęcia ruchów biernych, gdyż zarówno zbyt wczesne jak i zbyt późne uruchomienie stawu szkodzi późniejszej sprawności kończyny. Chorzy, którzy zbyt wcześnie opuścili klinikę, aby wrócić do swej pracy, wracali zazwyczaj z nawrotem; u innych znowu, którzy nie dość pilnie wykonywali ruchy, wytwarzało się prędzej lub później częściowe lub całkowite zesztywnienie. Pierwszy opatrunek zakładamy w pozycyi wyprostowanej; po 12—14 dniach zginamy łokieć do 90^0 i ustalamy w tej pozycyi na dalszych 10—12 dni. Dopiero wówczas, gdy rana jest zupełnie zagojona, przystępujemy do wykonywania ruchów czynnych i biernych. Staw cepowy wystąpił u nas po resekcyi 3 razy; wszystkie przypadki polepszyły się znacznie po założeniu odpowiednich opatrunków. Amputacyi ramienia z powodu gruźlicy stawu łokciowego nie wykonaliśmy ani razu. Nawroty wystąpiły w 6 ciu przypadkach, czyli w 16,9% operowanych i to najczęściej w postaci drobnych przetok. Przetoki te, jak wszystkie gruźlicze, leczyliśmy w ten sposób, że wprowadzaliśmy do nich i pozostawiali kawałki azotanu srebrowego, który, stykając się dłuższy czas z ziarniną gruźliczą, niszczy ją w zupełności, nie naruszając zdrowych części. Prawie wszystkie przetoki w ten sposób traktowane wygoiły się; tylko 2 razy musieliśmy wykonać powtórną rozległą resekcyę. Godną uwagi jest okoliczność, że nawroty występowały przeważnie po atypowych i częściowych resekcyach, a ostatnie przytoczone 2 przypadki mają to samo pochodzenie. Mamy więc dobitne potwierdzenie naszego ostrzeżenia, żeby nie być zbyt oszczędnym i operować w zdrowych częściach; jedynie i wyłącznie najdokładniejsze usunięcie wszystkich chorobowo zmienionych tkanek daje nam możliwość usunięcia choroby, a wszak mamy obowiązek, dać choremu jak najlepsze widoki wyleczenia, jeżeli go narażamy na przykrości i niebezpieczeństwa krwawego zabiegu.

W gruźlicy stawu nadgarstkowego i kości śródręcza postępowaliśmy zazwyczaj atypowo: naturalnie używaliśmy tu wyłącznie cięć podłużnych, podobnych do tych, jakie podali Lister, Langenbeck i inni. Wyniki czynnościowe nie były tu tak świetne, jak n. p. w stawie barkowym, gdyż zwykle pozostawała niejaka sztywność palców i stawu, jakkolwiek zwracaliśmy na to uwagę i wcześnie wykonywali ruchy. Wszelako i z tych wyników chorzy nasi byli zadowoleni, a z nawrotem nie zgłosił się żaden.

Chciałbym jeszcze dodać kilka słów o amputacyi. Jeszcze w najnowszych czasach poważni chirurdzy (Albert, Koenig) zalecają tę operacyę wielokrotnie, a u osób starszych przenoszą ją nad resekcyę. Nie mam wcale zamiaru utrzymywać, że amputacyę powinno się zupełnie porzucić i że w pewnych przypadkach nie jest wskazaną; ale doświadczenie nasze poucza, że w bardzo wielu przypadkach można uniknąć tej kaleczącej operacyi. My uważamy amputacyę za ultimum refugium, i stosujemy ją tam, gdzie stan ogólny i miejscowy jest desperacki. Zazwyczaj wystarcza nam resekcya i dla zastarzałych przypadków, jeżeli tylko się sumiennie wycina wszystko, co jest zajęte sprawą gruźliczą. Ogółem wykonaliśmy 19 amputacyj z powodu gruźlicy stawów, a zatem 7,6% wszystkich operacyj. Ale i ta liczba byłaby mniejszą, gdyby lud nasz zgłaszał się nieco wcześniej do kliniki. Wiadomo powszechnie, że chłop nasz przychodzi dopiero wtedy do lekarza, jeżeli owczarze i baby wiejskie doprowadziły go swojem leczeniem do ostatniej nędzy.

Przechodzę do statystycznego przedstawienia operowanych przypadków.

Część statystyczna. Operowanych ogółem było 249 osób, t. j. 58,4% wszystkich przypadków:

w tem mężczyzn . . 125
i kobiet . . 124

Wykonano następujące operacye:

Amputacyj	19
Osteoplastycznych amputacyj sposobem Pirogowa	9
Resekcyj spos Wladimirow-Mikulicza .	13
Wycięcie torebki stawowej (arthrectom.)	7
Atypowych resekcyj	31
Całkowitych resekcyj	179.

Podług stawów rozdziela się materyał w następujący sposób:

I. Staw biodrowy: 30 przypadków:

mężczyzn	12	kobiet	18
uleczonych	7	uleczonych	12
z polepszeniem	2	z polepszen.	3
nieuleczony	1	nieuleczona	1
umarło	3[1])	umarło	2

II. Staw kolanowy: 75 przypadków;

mężczyzn	37	kobiet	38
uleczonych	34	uleczonych	33

[1]) Jeżeli się czyta w sprawozdaniach z rozmaitych klinik »geheilt bis auf eine kleine Fistel«, to oczywiście niema tu mowy o wyleczeniu. Przypadki, które ja nazywam »wyleczonymi«, są istotnie kompletnie wyleczone.

[1]) Jeden umarł z powodu krwotoku z wrzodu okrągłego żołądka.

nieuleczonych	0	nieuleczonych	1
z polepszeniem	2	z polepszeniem	2
umarł	1	umarło	3

III. Staw skokowy: 84 przypadków;

mężczyzn	42	kobiet	42
uleczonych	36	uleczonych	39
z polepszeniem	6	z polepszen.	2
nieuleczonych	0	nieuleczonych	1
umarło	0	umarło	0

IV. Staw barkowy: 13 przypadków;

mężczyzn	9	kobiet	4

wszystkie uleczone.

V. Staw łokciowy: 38 przypadków;

mężczyzn	20	kobiet	18
uleczonych	20	uleczonych	16
		z polepszeniem	2

VI. Staw nadgarstkowy: 9 przypadków;

mężczyzn	5	kobiet	4

wszystkie uleczone.

Wypisano zatem jako uleczonych 218 t. j. 87·5%
umarło 9 » 4·08%

Z nawrotami po operacyi zgłosiło się 27, t. j. 12·2%, z tych 14, t. j. 5·8% poddało się powtórnej operacyi.

O dalszych losach naszych chorych nie mogłem się wiele dowiedzieć. Na mój kwestyonaryusz, rozesłany w tym celu, otrzymałem zaledwie 58 odpowiedzi. Jeżeli do tej liczby dodamy tych 27, którzy zgłosili się z nawrotami, to mamy 85 chorych, o których coś wiemy. Oczywiście, z tej liczby nie odważyłbym się wyciągnąć jakichkolwiek wniosków, wszelako niech mi wolno będzie podać wyniki mych dochodzeń, bo są dość ciekawe.

Otóż 41 chorych podaje, że są zupełnie zdrowi, 12 w międzyczasie umarło, a 5 wciąż jeszcze choruje na swoje pierwotne cierpienie.

Jeżeli teraz spojrzymy na pokaźną liczbę 426 chorych, leczonych w ciągu 12-tu lat, to wyprowadzenie uzasadnionych wniosków nie będzie zbyt trudne. Porównując statystykę chorych, leczonych zachowawczo a operacyjnie, zauważymy, że przewaga liczebna znajduje się po stronie tych ostatnich, wynosi bowiem 58·4% wobec 41·6%, leczonych zachowawczo. Najjaskrawsza jednak różnica wynika z porównania odsetków wyleczenia. Z jednej strony mamy imponującą liczbę 87·5%, podczas gdy z drugiej zaledwie 29·4% wyleczeń mogliśmy uzyskać. Natomiast liczba przypadków śmierci po operacyach jest większa, wynosi ona bowiem 4·08%, wobec 2·26%.

Ilość nawrotów po leczeniu zachowawczem wynosi 19·1%, po leczeniu operacyjnem 12·2%. Jeżeli od tej ostatniej liczby odejmiemy tych 13 przypadków, które się zgłosiły z nieznacznemi przetokami, a po krótkotrwałem leczeniu zupełnie się wygoiły, otrzymamy znikomo małą liczbę 6%.

Co do wyników zatem, operacyjne leczenie stoi znacznie wyżej niż zachowawcze, jakkolwiek to ostatnie, rozporządzające naturalnie mniej doskonałymi środkami, dało nam przy racyonalnem stósowaniu wcale niezłe wyniki. Wniosek ztąd bardzo prosty. Jedna metoda lecznicza nie wyklucza drugiej, ale przeciwnie, obie wzajemnie się uzupełniają. Ztąd spór pomiędzy zwolennikami jednej lub drugiej metody nie ma rzeczowej podstawy. Tak jeden sposób leczenia jak i drugi ma swoje osobne wskazania i każdy, zastósowany w odpowiedniej chwili, oddaje dobre usługi. Najważniejszą rzeczą jest, jak zresztą w całem lecznictwie, ścisłe i ostrożne stawianie wskazań terapeutycznych, wprawne i bystre przestrzeganie przebiegu choroby i sumienne a dokładne stósowanie wszystkich sposobów leczniczych, bez względu na chwilowo panujące prądy i upodobania.

III. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera.**

O wrodzonych przepuklinach mózgowych.

Napisał
Dr. M. W. Herman.

Rzadziej niż każdą inną wadę wrodzoną u osesków spotykamy przepukliny mózgowe (encephalocele). Trélat widział je 5 razy na 12.900 noworodków, Vines oznacza stosunek 1 : 5000, a Miller 1 : 3000. Kiedy jednak się zważy, że wiele dzieci z tem cierpieniem, wskutek innych współistniejących wad, staje się niezdolnemi do życia, a wiele ginie z przyczyn zależnych od przepukliny mózgowej, zanim otoczenie dziecka zdoła zasięgnąć porady lekarskiej, a przytem, że nie wszyscy ludzie mają w zwyczaju leczyć się i to leczyć się u lekarzy, to tę liczbę, jaką podaje bieżące piśmiennictwo, uważać należy za mały ułamek wszystkich przypadków. Że u nas cierpienie to nie należy do często widywanych, dowodzi choćby brak obszerniejszej rozprawy, poświęconej temu przedmiotowi.[1]) Z chęcią zatem niemałą i wielką wdzięcznością dla mego Szefa, Radcy Dworu Prof. Rydygiera, przezeń zachęcony i wsparty dobrą radą i wskazówkami, podjąłem się ogłoszenia tego przyczynku do statystyki przepuklin mózgowych wrodzonych, na podstawie przypadków spostrzeganych w klinice krakowskiej za czasów dyrekcyi Prof. Rydygiera. Rozprawkę tę pragnę uzupełnić i dopełnić statystyką, ogłoszoną przez Lindforsa.

Lindfors w rozprawie swej, uwzględniającej wszechświatową literaturę, zdołał zestawić 85 przypadków t. z. uleczonych przepuklin mózgowych (nie notuje tych, którzy po operacyi, wskutek niej samej, pomarli). O 20 zdołał zasięgnąć późniejszych wiadomości. Liczba niewielka, lecz pouczająca, gdyż rzeczywistą wartość danego sposobu leczenia ocenia się nie tylko z jego chwilowego wpływu na samo ciepienie, lecz głównie na późniejszy ogólny stan zdrowia. I pokazało się, że tylko 2 zostało zupełnie uzdrowionych! W dodatku oba te przypadki wątpliwe co do swej przyrody. Reszta to idyoci, do niczego niezdolni. Liczby takie zastanowić muszą, a następstwem ich powinno być pytanie, czy wogóle przepukliny mózgowe warto operować? Zanim na to pytanie odpowiedzieć zdołamy, zastanowić się musimy pokrótce nad anatomią patologiczną, etyologią, objawami i przebiegiem tego cierpienia, wtrącając słów parę o sposobach leczenia.

W podręcznikach anatomii patologicznej w rozdziałach, traktujących o potworach skutkiem niedostatecznego zamknięcia przewodu mózgowo-rdzeniowego (cranio- i rhachischisis), czytamy opisy tych zboczeń, uważanych za niższy stopień nieprawidłowości wrodzonych, znanych jako: *acrania, anencephalia, dorencephalia* i t. d. Nazwy „encephalocele“ użył poraz pierwszy Ledran w r. 1731. Nazwa dobrana szczę-

[1]) W piśmiennictwie naszem odszukałem kilka dotyczących tego przedmiotu wzmianek, do źródła jednak dotrzeć nie zdołałem, a tem samem nie mogłem ich w tej pracy zużytkować.

śliwie, bo jak w każdej przepuklinie, tak i tu istnieje brama, worek przepuklinowy i treść w nim zawarta. Treścią może być: *a)* płyn mózgowo-rdzeniowy, *b)* część mózgu, względnie móżdżku, jednolita, lub *c)* z jamą wypełnioną płynem. I zależnie od tego przyjętym jest dziś powszechnie podział na: 1) *meningocele*, 2) *cenencephalocele* i 3) *hydrencephalocele*. Postacie 1) i 2) mogą zdarzać się w kombinacyi, którą nazywają *cystencephalocele*. Przeciwko takiemu podziałowi podniosły się w ostatnich czasach poważne i przekonywujące zarzuty. Najdobitniej sformułował je Muscatello. Autor ten twierdzi, że przepukliny mózgowe nie są anatomicznie niczem innem, jak tylko hydrencephalocele. Warstwa tkanki mózgowej, która otacza jamę wypełnioną płynem, skutkiem ucisku może tak doszczętnie zaniknąć, że nawet badaniem drobnowidowem nie zdołamy jej wykazać i te przypadki określane bywają jako *meningocele*. Rozstrzygającem w takich przypadkach byłoby albo wykazanie bezpośredniej łączności między wnętrzem przepukliny a komórką mózgową, lub też wykazanie nabłonka wałeczkowatego lub sześciennego z migawkami, który powleka wyściółkę (ependyma) komórek. Natomiast *cenencephalocele* uważanem bywa przez tego i innych autorów albo za istotną *exencephalię*, sprawę zupełnie różną od obchodzącej nas tu, lub też za cofającą się, czyli leczącą *hydrencephalocele*. Mała liczba przypadków badanych dokładnie, z powodu wielorakich nastręczających się trudności i wielka liczba bałamucących teoryj powstawania tych przepuklin sprawiły, że i w tym kierunku niema jeszcze zupełnie ustalonych zdań. Przyjmując ten dawny i bardzo rozpowszechniony podział i łącząc go z rozmaitem, zdarzającem się usadowieniem tych guzów, zestawić możemy następujący szemat:

Cephalocele.

a) meningocele b) cenencephalocele c) hydrencephalocele

1) *occipitalis*	2) *sincipitalis*	3) *lateralis*	4) *sagittalis*	5) *basalis*
α) *superior*	α) *nasofrontalis*	α) *anterior*		α) *sphenopharyngea*
β) *inferior*	β) *nasoethmoidalis*	β) *posterior*		β) *sphenoorbitalis*
γ) *magna*	γ) *nasoorbitalis*			γ) *sphenomaxillaris*

Przepukliny na potylicy, występujące zawsze w linii środkowej części łuszczkowej, między punktami osyfikacyjnymi, miewają bramę przepuklinową powyżej zewnętrznej guzowatości kości potylicowej (protuberantia occipitalis externa), czyli powyżej namiotu móżdżku (tentorium cerebelli) i wtedy nazywają się wyższe *(superiores)*, lub poniżej tejże wyniosłości, t. j. niższe *(inferiores)*, albo wreszcie brama przepuklinowa bywa tak obszerną, że zajmuje całą prawie kość potylicową, łączy się z dużym otworem potylicowym, a nawet rozszczep kości schodzi jeszcze niżej, zajmuje pierwszy i kilka następnych kręgów szyjnych, lub też w odwrotnym kierunku dochodzi aż do ciemiączka małego. Te przepukliny bywają wyróżniane jako *magnae inferiores resp. superiores (Fig. 1)*.

Pod względem częstości drugie miejsce zajmują przepukliny sadowiące się u przedniego końca osi strzałkowej czaszki, *cephalocele sincipitalis*. Tu szypuła guza usadawia się w okolicy nasady nosowej, gładzinki lub w pobliżu wewnętrznych kątów oczodołów. Przepukliny te przechodzą najczęściej przez blaszkę poziomą kości sitowej i to nie przez jej środek, lecz zwykle bliżej brzegów zewnętrznych, a wydobywają się na zewnątrz albo między kośćmi czołowemi a nosowemi *(nasofrontalis)*, albo między kością sitową z jednej strony, a czołową i nosową z drugiej wchodzą do jamy



Fig. 1.

nosa, skąd między jego częścią kostną i chrzęstną dążą na zewnątrz *(nasoethmoidalis)*. W piśmiennictwie istnieje opisany jedyny przypadek Clara, gdzie taka przepuklina, skutkiem braku kości łzowej i wyrostka czołowego szczęki górnej, wrastała do jamy oczodołowej. Trzecie miejsce, przez które przechodzą przepukliny czołowe, ograniczone jest kością czołową, sitową i łzową, którędy wrasta w wewnętrzny odcinek jamy oczodołowej *(nasoorbitalis)*.

To są dwa miejsca typowe i najczęstsze, w których przepukliny wrodzone występują. Poza tem opisywano wyjątkowe i niezawsze pewne spostrzeżenia, w których guzy te usadawiały się na innych miejscach. W szeregu tym wyróżnić można trzy gromady: 1) *encephalocele lateralis* w okolicy przedniego dolnego kąta kości ciemieniowej (Billard), w prawej połowie szwu wieńcowego (Reclard), w okolicy tylnych bocznych ciemiączek (Demme); 2) *encephalocele sagittalis*, jak sama nazwa wskazuje, wzdłuż szwu strzałkowego. Obie te gromady obejmują przypadki bardzo wątpliwe co do swego pochodzenia; prawdopodobniejszem jest bowiem, że chodziło tu o t. zw. przepukliny urazowe (traumatyczne) nabyte.

O wiele pewniejsze, jakkolwiek bardzo rzadkie są: 3) *encephalocele basalis*, które przez szczelinę między trzonem kości klinowej a kością sitową wrastają do nosa lub gardła, lub nawet przez szczelinę w podniebieniu do jamy ust (*cf. Fig.* 2). Nadto Richoux opisał bardzo niepewny przypadek wrodzonej przepukliny mózgowej w okolicy górnego zewnętrznego kąta oczodołu. Rzadkie i bez szczególnego interesu dla chirurga są przypadki, w których bramę przepuklinową stanowi szczelina oczodołowa górna i guzy wrastają do oczodołu (*encephalocele sphenoorbitalis*), lub też przechodzą przez szczelinę oczodołową dolną (*e. sphenomaxillaris*).

Bergmann sądzi, że wszystkie te guzy, które opisywano jako *encephalocele*, a które nie były usadowione na potylicy lub czole (z wyjątkiem przepuklin na podstawie czaszki), były prawdopodobnie albo skórzakami (na ciemiączku dużem, na zewnętrznym brzegu oczodołu), albo też wrzeko-

nemi przepuklinami od urazu. O pomyłkę nietrudno; przyznawali się do niej i najwybitniejsi chirurdzy.

Otwór w kości, czyli brama przepuklinowa, bywa czasem tak drobny, że zaledwie sonda przezeń przechodzi; kiedyindziej znowu znacznych dosięga rozmiarów. Opisują przypadki, w których zajmował on całą kość potylicową. Zawsze jednak brzegi jego są gładkie, czasem wywinięte na zewnątrz.

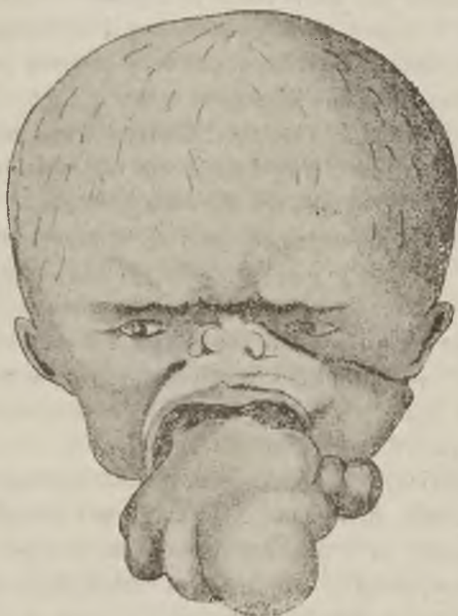


Fig. 2.

Budowa anatomiczna makro- i mikroskopowa worka przepuklinowego i jego osłon, jak to już zaznaczyliśmy, bywa różnie opisywana i pojmowana. Podczas gdy w jednym przypadku spotykamy niezmienioną skórę, a pod nią dobrze wyróżnić sie dające warstwy opon mózgowych, to w innych przypadkach mamy do czynienia ze stosunkami bardzo zawiłymi. Pomijając już naczyniaki, tłuszczaki, torbiele, włókniaki i t. d., które przypadkowo i niestale rozwijać się mogą w samej skórze, lub też w tkance podskórnej ponad przepuklinami, opisywane są przypadki, w których znachodzono skórę zmienioną bądź bliznowato, bądź w taki sposób, że stawała się raczej podobną do błony śluzowej, lub też zlewała się z warstwami pod nią leżącemi w jedną włóknistą bez budowy typowej błonę. Na powierzchni wewnętrznej worka spotykano czasami wiotką tkankę zarodkową, do 2 ctm. grubą. Rozmaici rozmaicie ją opisują i określają: Marion nazywa ją „lymphangioma cavernosum", Hildebrand „glioma teleangiectodes", Sarger, „zbiorem (kompleksem) drobniutkich surowiczych torbielków" etc. Dokładne badania mikroskopowe Hildebranda i Lindforsa nie wykazały w tkance tej pierwiastków nerwowych. W obu przypadkach miała ona budowę zbliżoną do tkanki gliomatycznej. Lecz podczas gdy Hildebrand uważał ją wprost za nowotwór (glioma) w oponie twardej, to Lindfors, wraz z pierwszymi badaczami w tym kierunku, Meckelem i Penadą, skłania się do zdania, że jest to tkanka zarodkowa, która z jakichś nieznanych powodów nie rozwinęła się w kość, lecz unaczyniona obficie pozostała w pierwotnym okresie swego rozwoju W przypadku Bergera, badanym przez Ranviera, warstwa ta 2 ctm. gruba, wiotka, śluzowata, bardzo dobrze unaczyniona, otaczała bezpośrednio tkankę, podobną do szarej stoty mózgu i spotykano w niej pierwiastki nerwowe, bez jakiegokolwiek systemu ułożone. Zwykle jednak (i te przypadki uważać należy za typowe) bywa tak, że zanikająca skóra styka się bezpośrednio z błoną pajęczą, gdyż okostna czaszki, kość i opona twarda nie istnieją. Błona pajęcza dość często bywa zgrubiałą. Pod nią, w przypadkach t. z. *meningocele*, spotykamy ciecz o cechach płynu mózgowo-rdzeniowego, zamkniętą w jednej lub kilku torbielach. Ciecz ta jest barwy jasno-słomkowej, c. g. 1·006—1·012, zasadowa, zawiera sól kuchenną, cukier, ślad białka, mocznik, barwiki żółciowe i t. p. Czasem zawierała krew i była lekko zmieniona, jak gdyby skutkiem spraw zapalnych.

Tkanka nerwowa, o ile w guzach tych była zawartą i badaną, okazywała budowę już to mózgu, już też móżdżku i to nietylko płaty czołowe pierwszego, a półkule drugiego, ale także szypułki mózgowe (pedunculi cerebri), ciałko czworacze, most Varola. Ta różnorodność zawisła od miejsca usadowienia się przepukliny.

Niedokładne rozpatrywanie stosunków anatomicznych i skąpe badania histologiczne, a w końcu niedostępne dla doświadczania życie śródmaciczne sprawiają, że etyologia tego cierpienia, mimo licznych, nawet bardzo licznych teoryj, jest nam prawie nieznaną. Sami przed sobą staramy się osłonić nagość naszej nieświadomości strzępami teoryj, które rzeczy nie wyjaśniając, zaciemniają ją tylko, jak to Riedl przy innej sposobności zauważył, i opóźniają wykrycie prawdy. Obowiązani jednak jesteśmy znać to, co zostało ogłoszone.

Najstarsza, bo jeszcze z r. 1749, teorya Corvinusa opiewała, że przepuklina mózgowa powstaje skutkiem miejscowego niedorozwoju kości, która będąc mało odporna w ograniczonem miejscu poddaje się naciskowi śródczaszkowemu. Teoryę tę rozwijali i szerzyli Niemeyer i Klementowsky, a ten ostatni przyjął nawet hipotetyczny *craniotabes foetalis*. Później Küster i Ackermann twierdzili, że skutkiem zbyt wczesnego zarośnięcia szwów i rozwijającego się następowo małogłowia, mimo prawidłowo rozwijającego się mózgu, ciśnienie śródczaszkowe podnosi się i to powoduje wytworzenie się przepukliny. Ackermann ograniczył tę teoryę jedynie do postaci t. zw. *cenencephalocele*. Wedle Springa początkiem *hydrencephalocele* ma być otorbiona puchlina jednego rogu komórki, która, wzmagając się, niszczy przez ucisk kość i przez otwór wydobywa się zawartość czaszki. Houel, zwolennik tej teoryi, rozszerzył ją do przypadków czystej *meningocele*, tłómacząc sobie rzecz tak, że wypuklony mózg może się cofnąć, a w przepuklinie nagromadza się jedynie płyn mózgowo-rdzeniowy; Ackermann zaś przyjął ten sposób powstawania jedynie dla *hydrencephalocele*, tak jak i Spring. Gdyż dla *meningocele* i *cenencephalocele* przyjmuje Spring inne tłómaczenie, mianowicie takie, że skutkiem pewnych spraw (zapalnych?) powstaje otorbiony wysięk pod błoną pajęczą. Torbiel tak utworzony, uciskając na kość, przeciera ją i wychodzi na zewnątrz. Powstaje *meningocele*. Do tego worka może, skutkiem podniesionego parcia śródczaszkowego, wywołanego głębokim wydechem, płaczem, krzykiem, wejść najbliżej położona część mózgu czy móżdżku i wypychając płyn w całości lub na razie w znacznej tylko części, pozostaje w nim, tworząc *cenencephalocele*, względnie *cystencephalocele*.

Na podstawie kilkorazowego spostrzeżenia blizn na skórze, osłaniającej przepuklinę, a nawet wyraźnego zrośnięcia z taśmami omoczni, stworzono teoryę usiłującą wyjaśnić, że

encephalocele powstaje skutkiem niezupełnego zamknięcia przewodu mózgowo-rdzeniowego. Teorya ta liczy wielu zwolenników (Geoffroy-Saint Hilaire, Cruveilhier, Lannelongue, Malgaigne, Richet, Leriche, Sarger i i.), a w ostatnich czasach goraco jej broni Bergmann. Wedle tej teoryi przepukliny mózgowe powstawaćby musiały w pierwszych tygodniach życia zarodka, bo już w tym okresie przewód mózgowo-rdzeniowy zamyka się zupełnie. Zwolennicy tej teoryi przytaczają na jej poparcie doświadczenie O. Hertwiga, który stale na kijankach żab i axolota, rozwijających się z jaj, przechowywanych w roztworze soli kuchennej, znachodził częściowe, a nawet zupełne, otwarcie przewodu mózgowo-rdzeniowego. Nie wiem jak komu, ale mnie teorya ta nie nazbyt przemawia do przekonania. Wszakżeż w tem cierpieniu przewód mózgowo-rdzeniowy jest naprawdę zamknięty, gdyż żadna komórka mózgowa nie łączy się bezpośrednio ze światem zewnętrznym; niezamkniętą jest częściowo tylko jedna z osłonek zewnętrznych ośrodkowego układu nerwowego, t. j. kość. Zresztą autorowie nie zastanawiają się zbyt szczegółowo nad sprawą, coby mogło powodować owo częściowe pozostawienie kilkakrotnie wspomnianego przewodu otwartym? Może nieprawidłowy skład wód płodowych (jak u kijanek O. Hertwiga), może zrosty lub fałdy wsuwające się — błon płodowych, a może jeszcze co innego.

Istnieje wreszcie jeszcze jedna teorya, nowotworowa, przyjęta już dawniej dla pewnych postaci przez Virchowa i Bergera, a obecnie rozwinięta i na wszystkie rodzaje przepuklin mózgowych przeniesiona przez Łyseńkowa. Nazwa sama wskazuje, że autorowie ci uważają przepukliny te za nowotwory wyrastające z opon mózgowych, lub samego mózgu.

Tyle teoryj, opatrzonych etykietami, na których błyszczą świetne w nauce nazwiska, że naprawdę zawahaćby się przyszło, gdyby trzeba było jednę z nich wybrać! Jedni też łączą po kilka teoryj razem, drudzy zdecydowanie oświadczają się za tą lub ową, gdy nie chcą lub nie mogą nowej, oryginalnej wynaleźć. Spróbujemy pójść za przykładem tych drugich, wpierw jednak trzeba grunt odpowiednio przygotować.

Guzy te, jakkolwiek anatomicznie dość różne, klinicznie przedstawiają jednostajne objawy tak, że bardzo często zadowolić się musimy rozpoznaniem „przepukliny mózgowej“. Ważnym szczegółem z wywiadów jest fakt, że dziecko przyniosło guz ze sobą na świat, co mogłoby być przeoczonem w wyjątkowym chyba przypadku. Raz są to wyniosłości ledwo dostrzegalne, kiedyindziej dochodzą rozmiarów główki noworodka tak, że stanowić mogą przeszkodę w przebiegu porodu, o ile w tym czasie nie pękną. Postacie czołowe (sincipitalne) wywołują często znaczne rozszerzenie gładzinki, skutkiem czego oddalenie gałek ocznych od siebie jest większe, niż to bywa prawidłowo i wtedy szpary powiekowe ustawiają się skośnie, skierowując się wewnętrznymi kątami ku dołowi. Skóra, pokrywająca guz, jest już to prawidłowa, mało napięta, a nawet pomarszczona, już też silnie napięta, zcieńczała, z bliznami, strupkami, sinawo przeświecająca, a czasami tak bardzo zmieniona, że przypomina raczej błonę śluzową. Jeżeli treścią guza jest płyn, stwierdzić to możemy przez przeświecanie. W dotyku zazwyczaj miękie, mogą okazywać utkanie niejednostajne, jeżeli w guzie mało napiętym, obok płynu, znachodzą się części tkanki mózgowej, które wyczuwa się osobno, jako części twardsze. Przy obmacywaniu więcej lub mniej chełboczą, a często i tętnią. W dogodnych warunkach wyczuć można brzeg otworu kostnego, gładki, czasem o obrysach niejednostajnych, czasem wywinięty na zewnątrz. Przy mocniejszym ucisku guzy te mogą się pomniejszać, a wtedy zdarza się, że występują objawy ucisku mózgu i to tem łatwiej i częściej, im gwałtowniej i szybciej owe odprowadzenie usiłować będziemy. Wtedy dziecię zwraca gałki oczne ku górze, mięśnie kończyn i tułowia wiotczeją, w końcu występują drgawki i wymioty. Napięcie guza niezawsze jest jednostajne: mniejsze, gdy dziecię śpi lub spokojnie oddycha, większe, gdy krzyczy, płacze, głęboko oddycha, wogóle wtedy, gdy skutkiem podniesionego parcia w klatce piersiowej odpływ krwi od głowy jest upośledzony. Gdy wszystkie te objawy nie wystarczają do rozpoznania, uciec się można bezpośrednio przed ewentualną operacyą do nakłócia próbnego, zachowując jak najdokładniejszą aseptykę, bo takie nakłócie nieraz już było przyczyną zejścia śmiertelnego, skutkiem ropnego zapalenia opon mózgowych.

Pomocniczym czynnikiem rozpoznawczym mogłyby być także promienie Röntgena. Na skiagramie udałoby się może wykazać otwór w kości, którego obecność, jeżeliby nie rozstrzygała rozpoznania, to w każdym razie nakazywałaby ostrożne postępowanie w czasie operacyi.

Przepukliny te z zasady występują pojedynczo. Znane są jednak przypadki, w których istniało ich parę (Lindforsa spostrzeżenie dwóch przepuklin w okolicy obu wewnętrznych kątów oczodołu; analogiczne przypadki widzieli: Otto, Küster, Lyon, Wołkowicz; w przypadku Leupolda obok dużej *meningocele occipitalis,* istniały dwie inne przepukliny, obie *cenencephalocele*; Martin opisał przypadek, w którym dwie przepukliny mózgowe usadowiły się symetrycznie po obu stronach szwu strzałkowego; i wreszcie nasz przypadek VIII p. tabl.).

U płodów i noworodków, dotkniętych przepuklinami mózgowemi, spotyka się dość często i inne zmiany. Do najczęstszych należy wodogłowie, potem małogłowie, *porencephalia* i t. p. zmiany mózgu, dalej szczeliny w twarzy i podniebieniu, wręby na wargach, przepukliny sznura pępkowego, daleko posunięte wady rozwojowe narządu moczo-płciowego i kończyn.

Te liczne i wielorakie objawy wystarczają w przeważnej liczbie przypadków do dokładnego i pewnego rozpoznania przepukliny mózgowej, a w wielu razach pozwalają nawet zorjentować się co do budowy anatomicznej. Doświadczenie poucza, że *meningocele* i *hydrencephalocele* występują przeważnie na potylicy, podczas gdy *cenencephalocele* wydarza się najczęściej w okolicy czołowej. Duże przepukliny, to wszystko prawie wyłącznie *hydrencephalocele* i *meningocele*, które to postacie szybko powiększają się w przeciwieństwie do *cenencephalocele*, nieznacznie tylko powiększającej swe rozmiary. *Meningocele* i *hydrencephalocele* przeświecają; *cenencephalocele* tego objawu nie posiada, ale zato tętni, co znów wyjątkowo tylko spostrzega się w obu postaciach poprzednich. Objawy ucisku mózgowego najłatwiej i najczęściej powstają przy usiłowanem odprowadzaniu *hydrencephalocele.*

W trudnych przypadkach pamiętać należy, że i inne guzy na głowie przypominają niekiedy przepukliny mózgowe wrodzone. Torbiele skórzaste, kaszaki, torbiele surowicze i krwawe, (ostatnie pozostają w związku z zatoką sierpowatą

górną), ropnie gruźlicze, włókniaki, chłoniaki, rzekome przepukliny mózgowe od urazu, do złudzenia mogą naśladować przepukliny wrodzone i często brano jedne za drugie. Przepukliny, wychodzące przez podstawę czaszki, uważano za polipy nosowe, włókniaki pozaszczękowe i t. p. Nie sposób przytaczać wszystkich cech różniczkowych. Pamiętając jednak o możliwości omyłki w każdym trudnym przypadku guza na czaszce u dzieci, postępować trzeba ostrożnie, a zbytkiem ostrożności nie przyniesiemy szkody ani choremu, ani sobie.

Dotknięte tem cierpieniem dzieci rzadko dochodzą wieku dojrzałego. Często inne zmiany w mózgu lub też wady wrodzone innych narządów, uniemożliwiają noworodkowi życie. Sama zaś przepuklina mózgowa może spowodować zejście śmiertelne przez to, że skóra na szczycie wrzodzieje, worek przepuklinowy skutkiem parcia wewnętrznego pęka, a następstwem takiego bezpośredniego połączenia świata zewnętrznego z wnętrzem czaszki jest ropne zapalenie opon. W ogóle ustrój takiego dziecka, mniej przygotowany do walki ze szkodliwościami zewnętrznemi, łatwo ulega rozmaitym chorobom. Jakkolwiek się dzieje, wyjątkowo tylko spotykamy odchowane jednostki, tą wadą dotknięte, bez względu na to, czy była leczoną, czy nie. Przeważna część dzieci, gdyż około 60%, z przepuklinami mózgowemi, umiera już w pierwszych miesiącach życia; z pozostałych znaczna część nie o wiele później, a tylko jednostki przechodzą poza pierwsze dziesiątki lat życia w zupełnem zdrowiu. W zestawieniu Lindforsa znajdujemy 10 spostrzeżeń operowanych przepuklin mózgowych u chorych, liczących więcej niż 10 lat, a do tego pocztu dołączyć możemy spostrzeżenie 11-te Rydygiera (p. tabl. Nr. 3). Dziwnem jednak jest to, że przeważna część tych właśnie spostrzeżeń pochodzi z epoki przedantyseptycznej i że przepukliny te, z małymi wyjątkami, znajdowały się w miejscach zgoła dla nich nie typowych. Znajdujemy, że 1) chory Helda (1777) liczył lat 20 i miał *meningoencephalocele* na lewo od ciemiączka dużego; 2) Sollyego (1851) — 29 lat — *hydrencephalocele occipitalis;* 3) Szymanowskyego (1865) — 19 l. — *meningocele* na zewnętrznym brzegu oczodołu; 4) Duplaya (1866) — 22 l. — *encephalocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 5) Holmesa (1868) — 20 l. — *encephalocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 6) Rizzoliego (1872) — 17 l. — *meningocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 7) Tillaux (1891) — 12 l. — *meningocele* na wewnętrznym brzegu oczodołu; 8) Povella (1893) — 22 l. — *meningoencephalocele* na lewej okolicy skroniowej; 9) Fengera (1895) — dorosły — *cephalocele basalis*; 10) Wołkowicza (1895) — 18 l. — *encephalocele* u podstawy nosa; 11) Rydygiera (1892) — 14 l. — *encephalocele* na gładzince nosa. Śmiem twierdzić, że w kilku przypadkach rozpoznanie nie było zgodnem z prawdą. W przypadku trzecim chodziło prawdopodobnie o torbiel skórzastą, w przypadku pierwszym i ósmym o *meningocele spuria traumatica*. Pewne wątpliwości nasuwają się przy przypadku drugim i szóstym; doświadczenie bowiem poucza, że te właśnie postacie przepuklin mózgowych mają szybki i zły przebieg, a spostrzeżenie dziewiąte, to byłby tak biały kruk, że aż się w nie wierzyć nie chce. Zaledwie pięć z tych jedenastu przypadków wytrzymuje ścisłą krytykę.

Istnieje jeszcze inna postać zejścia tych przepuklin. Niektórzy autorowie sądzą, między innymi Sklifosowski, że taka przepuklina mózgowa może z czasem utracić swój związek z jamą czaszki. Otwór w kości zostaje zamknięty już to kością, już też tylko okostną i błonami mózgowemi, a przepuklina, odcięta, zanika zupełnie, lub też z czasem z powstałych resztek rozwinąć się mogą inne nowotwory, jak np. w przypadkach Sklifosowskiego. W jednym rozwinął się na gładzince duży włókniak, pod nim w kości był otwór zamknięty przez okostną i błonę twardą, a prawa komórka mózgowa znacznie rozszerzona, przednim swym rogiem sięgała tuż pod oponę. W drugim zaś przypadku, gdzie rozpoznano: *tumor faciei innatus*; *cheilognathoshisis*; *fibroma lipomatodes alae nasi et fossae caninae,* w wyciętej tkance znaleziono tkankę neurogliomatyczną, która, jak sądzi autor, znikąd inąd, jak tylko z jamy czaszki pochodzić mogła, z którą guz ten kiedyś był w połączeniu.

Bez względu na możliwe zejście choroby rodzice żądają od lekarza, aby wyleczył im chore dziecię. Rozmaicie zabierano się do tego. Najłagodniejszem jest odprowadzenie przepukliny, które, o ile się nie mylę, jedynie i jedyny raz zastosował Tillaux z dobrym wynikiem, w powyżej wspomnianym przypadku. Chorego 12-letniego zachloroformowano, guz, naciśnięty, wszedł do jamy czaszkowej, a później, pod ciągłym uciskiem, nastąpiło zupełne wyleczenie. Sposób bardzo niewinny, bardzo łatwy do przeprowadzenia i nic temu nie stoi na zawadzie, aby go po uśpieniu, zanim rozpocznie się operacya, nie spróbować. Ucisk ciągły na przepuklinę częściowo tylko odprowadzoną stósowano w wielu przypadkach i autorowie zapewniają, że czasami z wynikiem dobrym (przynajmniej do czasu). Ucisk wywierać można różnymi opatrunkami, płytkami z ołowiu, przylepcem i t. p. Nie trzeba jednak sądzić, że sposób ten jest zupełnie niewinny. Przeciwnie, pod uciskiem napięta i ścieńczała skóra uledz może owrzodzeniu i przetarciu, a wtenczas otworem staje droga do opon mózgowych dla przyrzutów ropnych.

Powolnie działa także odgniatacz (ecraseur) Rizzoliego. Kleszczyki, zaciśnięte mocno na szypułę guza, powodują obumarcie części obwodowej. Zdaje się jednak, że odgniatacz zimny stracił już zupełnie kredyt w chirurgii i nikt go już tu stósować nie zechce. Notują trzy przypadki wyleczone tym sposobem.

Nakłócie guza i wypuszczenie płynu, z następowym uciskiem lub nastrzykiwaniem płynu Lugola, okazało się w praktyce nieproporcyonalnie groźnem dla życia operowanych i dziś użyje go chyba chirurg, bardziej bojący się noża, niż sam chory. Pod osłoną aseptyki, choćby nie tej modnej, w rękawiczkach, czapce i z przepaską na ustach, ale tej zwyczajnej, byle bardzo sumiennej i konsekwentnie w najmniejszym szczególe przestrzeganej, nie będziemy się bawić w owe wyżej wyliczone półśrodki i półśrodeczki, lecz śmiało guz i bramę jego odsłonimy i, z całą świadomością środków i celu, do rzeczy przystępować będziemy. Operacye duże i krwawe, w porównaniu z poprzedniemi bynajmniej nie groźniejsze co do bezpośrednich niebezpieczeństw, mogą pewniej do zamierzonego celu doprowadzić, niż inne. Mamy do wyboru 3 typy: 1) podwiązanie szypuły, odcięcie guza powyżej podwiązki i zaszycie skóry ponad kikutem; 2) wycięcie ze skóry ponad guzem wzdłuż jego osi prostopadłej eliptycznego płatka, potem oddzielenie skóry od całej powierzchni przepukliny, wycięcie osłonek wewnętrznych o tyle, aby je można następnie zespoić ponad otworem w kości,

a ponad tem wszystkiem zaszyć w końcu skórę; 3) w ostatnich czasach Wołkowicz, Łyseńkow, Sklifosowski zaproponowali metodę osteoplatyczną, która w wykonaniu przedstawia się, jak sposób pod 2) opisany, z tym jednak ważnym, bo zasadniczym, dodatkiem, że otwór w kości (t. j. bramę przepuklinową) zamyka się blaszką kostną oddłutowaną z sąsiedztwa. I ta metoda zdaje się być najlepszą i najbardziej chirurgiczną, gdyż uwzględnia bramę przepuklinową, czego żadna z poprzednich nie czyni, a w tej bramie, ze stanowiska leczniczego (gdyby nawet chwilowego), leży jądro rzeczy. Płatek taki jest wytworzony z okostnej i blaszki zewnętrznej kości czaszkowych, a mostek okostnowy w sąsiedztwie bramy przepuklinowej czuwa nad odżywieniem. Po okrojeniu i oddzieleniu go od podstawy odłamuje się płat tak, aby swą powierzchnią okostnową zwrócony był do jamy czaszki. W celu ułatwienia sobie operacyi potrzeba dodać odpowiednie cięcie skórne, np. przy przepuklinach czołowych równoległe do górnego brzegu nadoczodołowego i sięgające aż do linii łukowej skroni *(por Fig. 3 i 4)*. U dzieci starszych, więc parę lat liczących, można wytworzyć tę blaszkę kostną z kości tuż ponad bramą przepukliną tak, że każde cięcie dodatkowe byłoby zbytecznem; w tym bowiem dopiero wieku, jak zapewnia Łyseńkow, a za nim inni, śródkoście czaszki jest dostatecznie grube. Z własnego jednak doświadczenia dodać mogę, że udaje się to u dzieci nierównie młodszych. Dzieciak u nas operowany *(p. na tabl. Nr. 7)* liczył zaledwie 8 miesięcy, a już łatwo udało się wykroić z kości czołowych tuż nad przepukliną potrzebny płat okostnowo-kostny.

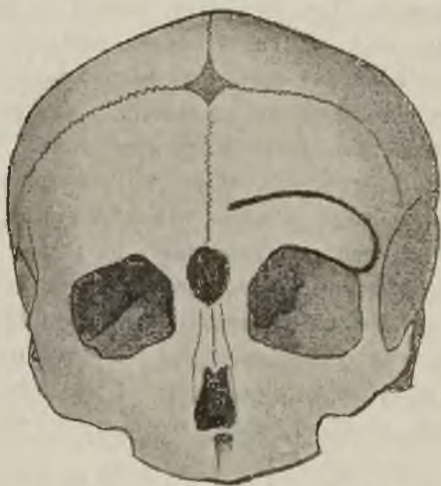


Fig. 3.

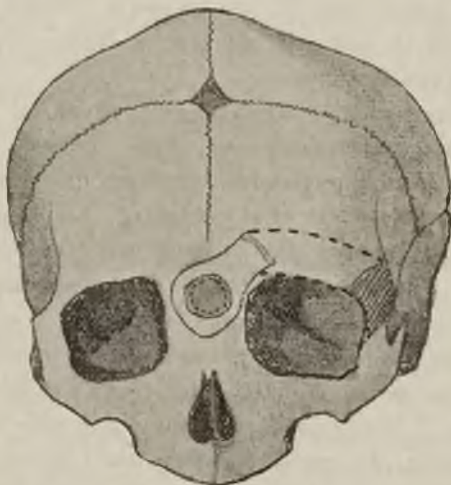


Fig. 4.

Nie wiem, czy ten sposób osteoplastyczny da się zastósować i do przepuklin potylicowych. Sam Łyseńkow, a za nim Bergmann, sądzą, że nie; z cienkiej bowiem kości, zaledwie na 1 mm. grubej, trudno potrzebną blaszkę wykroić. Dotychczas nikt go też w tych szczególnych przypadkach w praktyce nie stósował, więc sąd wszelki byłby przedwczesny. Możeby w tych przypadkach użyć można było z korzyścią płytek celuloidynowych, zalecanych od dawna przez Al. Frankla. Płytki takie, dokładnie wyjałowione, wśród tych warunków, gdzie mamy ranę zupełnie czystą, mogą znaleźć zupełnie korzystne warunki do wgojenia się i umocowanie ich może być pewnem. Można je bowiem podsunąć po odsunięciu opony włóknistej pod brzeg bramy przepuklinowej. A umocowanie blaszki w tym osteoplastycznym sposobie jest rzeczą — o ile ważną, o tyle trudną. Nie wiem, jakimi szwami przymocowuje ją Łyseńkow. Że katgutowy nie wystarcza, przekonaliśmy się na naszym chorym (Nr. 7), u którego już w kilkanaście dni po operacyi blaszka wolno w płynie bujała; katgut bowiem uległ wessaniu, zanim blaszka dostatecznie wgoić się zdołała i nie mogła oprzeć się ciśnieniu śródczaszkowemu. Trzebaby zatem szyć szwami bardziej opornymi, więc n. p. jedwabiem lub drutem srebrnym. Doświadczenie i przekonanie pokieruje w wyborze; sam głosowałbym za drutem srebrnym, zbyt bowiem często widuję ropienie około szwów jedwabnych. Wszelkiego szycia uniknąćby można, podsuwając blaszkę pod brzeg kostny bramy przepuklinowej, jak to w swoim przypadku uczynił Neugebauer i o to w każdym przypadku starać się należy. Ostatnio wymieniony autor wprowadził nadto tę modyfikacyę, że do zamknięcia bramy przepuklinowej używa typowego płatu Königa z czoła, tj. płatu skórno-okostnowo-kostnego z szypułą nad wewnętrznym kątem oczodołu. Modyfikacya ta nie wydaje mi się szczęśliwą, bo naprawdę niepotrzebnie stwarza się ubytek skóry na czole, który choćby w części tylko zagoić się musi przez bliznę, promienistą i z podstawą zrośniętą, a ta przecież nie zdobi. Wedle metody Łyseńkowa operowano dotychczas 8 razy, (Łyseńkow, Bobrow, Wołkowicz, Kozłowski, Rydygier, Neugebauer, Sariczew, Djakow); z tych jeden umarł skutkiem operacyi, reszta wygoiła się. Znane są dzieje późniejsze dwóch pacyentów, t. j. naszego i Neugebauera. Nasz pacyent (Nr. 7), fizycznie i duchowo dobrze rozwijający się, ma napowrót guz na czole i sądzę, że wynik byłby zupełny, gdybyśmy mogli byli dokładnie ustalić blaszkę zamykającą otwór w czaszce, lub, jak to Neugebauer w swoim przypadku *(p. tabl. Nr. 10)* następowo uczynił, wstrzymali się z doszczętną operacyą aż do ukończenia rozrostu mózgu.

Ze wszystkich zatem zalecanych sposobów przeciw przepuklinom mózgowym, wydaje mi się najlepszą metoda osteoplatyczna Łyseńkowa, a tylko w ostateczności, a więc tam, gdzie kości są bardzo cienkie, lub gdzie brama przepuklinowa jest bardzo duża, trzebaby spróbować sposobu heteroplastycznego zamknięcia bramy, a zatem albo płytek celuloidynowych (Al. Fränkel), albo wypalonej kości zwierzęcej.

Przepukliny, wychodzące przez podstawę czaszki, wyjątkowo tylko mogą być leczone chirurgicznie. W literaturze zapisano dwa odpowiednie przypadki wyleczone (F e n g e r u dorosłego i E. v. M e y e r u 3-dniowego oseska); w obu jednak przed operacyą rozpoznawano co innego, mianowicie polipa nosowego. Oba też wyrywali guzy przez nos. F e n g e r jednak, spostrzegłszy z czem ma do czynienia, wypiłował tymczasowo szczękę górną, aby łatwiej dostać się do szypuły. I ta droga w analogicznych przypadkach wydaje się być najodpowiedniejszą.

Tkankę mózgową, jaką w przepuklinie znajdziemy, starać się należy odprowadzić do jamy czaszki, a dopiero gdy się to nie udaje, podwiązać i odciąć. Zabieg ten nie zagraża bezpośrednio życiu, a nawet nie musi koniecznie wywołać zaburzenia w czynności mózgu; wiemy dziś bowiem napewno, że ośrodki nerwowe mogą zastępczo działać za siebie. W każdym jednak razie konieczność odcięcia znaczniejszych części mózgu lub móżdżku pogarsza rokowanie co do późniejszego zejścia.

Na pytanie, kiedy można operować, odpowiedź brzmi krótko: już w parę godzin po urodzeniu, a tem bardziej później. Nie tak jednak łatwo uporać się można z drugiem pytaniem: kiedy trzeba i kiedy warto operować? Lindfors w kilkakroć już wspomnianym opisie podaje, że z 85 cho-



Fig. 5.

rych z przepuklinami mózgowemi, wygojonych po operacyi, o 20 zdołał zasięgnąć języka w pewien czas po wygojeniu i dowiedział się, że 4 zmarło niedługo po operacyi z powodów przypadkowych, u 9 wystąpiło wyraźne wodogłowie, u 5 stan zdrowia budzi bardzo poważne wątpliwości co do ich inteligencyi i pozwala stanowczo twierdzić, że nigdy pożytecznymi członkami społeczeństwa nie będą. Dwoje zaledwo żyło (jeden w 20 m. ż. po operacyi *meningoencephalocele occipitalis*, drugi 22-letni po operacyi przepukliny lewej okolicy skroniowej) i stan ogólny ich zdrowia był zupełnie zadawalniający. Odtrąciwszy drugi przypadek, jako bardzo wątpliwy co do rozpoznania, pozostaje zaledwie 5% uleczenia zupełnego u tych, którzy operacyę przetrzymali. Jeszcze gorsze wyniki podaje C. B o l l e. Zestawia on z literatury 4 przypadki operowanych przepuklin na potylicy, do których dodaje 5-ty, tyle bowiem tylko zdołał odszukać takich, którzyby dłużej niż rok żyli po operacyi i znalazł u 4 wodogłowie wysokiego stopnia, a u 5-ego małogłowie z idyotyzmem. We wszystkich tych przypadkach musiano podczas operacyi oddzielić większą lub mniejszą część mózgu, więc też usprawiedliwionem jest jego zdanie, ażeby zaniechać wszelkich zabiegów operacyjnych tam, gdzie spodziewać się należy, że podczas operacyi trzeba będzie usunąć część mózgu. Nie o wiele korzystniejsze wnioski wyciąga C. B a y e r ze swej własnej statystyki, gdyż u niego na 8 dzieci ope-



Fig. 6.

rowanych, 3 umarło skutkiem zapalenia opon po operacyi, 2 później z powodu wodogłowia, los 1-go nieznany, dwoje żyje zdrowych (*encephalocele occipitalis* operowany w 9 m. ż. i *meningocele occipitalis* w $1^1/_2$ lat). Nauczony tem doświadczeniem, operuje tylko te dzieci z przepuklinami mózgowemi, które 1) nie okazują objawów wodogłowia, 2) nie mają wcale porażeń i 3) gdy dokładne badanie stosunków miejscowych każe domyślać się, że w worku przepuklinowym nie znajdują się większe części mózgu lub móżdżku, a zwłaszcza zdegenerowane.

Rozpatrzmyż teraz tablicę naszą, obejmującą te przypadki, które nie zostały objęte dokładnem i zupełnem zestawieniem L i n d f o r s a. Odsetek śmiertelności, obliczony nie na podstawie powyższej tablicy, lecz średnio wzięty z pojedynczych zupełnych statystyk[1]) waha się około 30%. Reszta przetrzymuje operacyę, lecz z tego zaledwie 2—5% żyje zupełnie zdrowo, podczas gdy pozostałych 65% ginie z powodu wodogłowia. Liczby te wiele mówią i można je sobie odpowiednio tłómaczyć. Nie wdając się w długie wywody teoretyczne, ośmielam się na podstawie tego, co przemyślałem, pisząc tę pracę, wysnuć następujące wnioski.

1) Najprawdopodobniejszą przyczyną powstawania przepuklin mózgowych jest wrodzone wodogłowie wewnętrzne, jak to swego czasu głosił S p r i n g i to w tem znaczeniu, że przepukliny te nie są samoistnem *sui generis* cierpieniem, lecz tylko objawem wodogłowia. Nie znane nam etyologicznie wodogłowie, które zajmować może nietylko pojedyncze komórki, ale nawet osobne ich rogi, rozszerza je, a rozszerzone, uciskając na kości czaszki, przedziurawiają ją; część mózgu rozdęta jamą wewnętrzną występując na zewnątrz, poza obręb czaszki, powoduje objaw, rozróżniany

[1]) Przeważnie B e r g m a n n a, B a y e r a i naszej.

L. p.	Operował	Chorego nazwisko, wiek i płeć	Stan obecny	Leczenie	Zejście i uwagi
1	Rydygier 19 czerwca 1888.	Seb. Jar. 6 m. m.	U podstawy nosa guz wielkości jaja gołębiego, przedzielony bruzdą poziomą na część górną, pokrytą skórą niezmienioną, i dolną, nad którą skóra jest wyraźnie zcieńczałą i sinawo przeświecającą. Ubytku w kości wymacać nie można. Kość potylicowa znacznie przypłaszczona. Zresztą objawy typowe.	Cięcie skórne wrzecionowate. Po nacięciu warstw podskórnych wylała się mierna ilość płynu jasnego, która oblewała wpuklający się przez otwór w kości, mózg. Tkankę mózgową łatwo odprowadzono do czaszki, ponad otworem w kości zaszyto odpowiednio przycięte błony mózgowe. Szew na skórę. Rozp. anatom.: *Encphaloceystomeningocele.*	23 czerwca śmierć wśród objawów ropnego zapalenia opon mózgowych. W protokóle sekcyjnym zanotowano: *Leptomeningitis suppurativa diffusa ad convexitates et basim cranii.* W kościach czołowych ubytek wielkości 20-centówki, o brzegach gładkich, odgraniczony od dołu przez kość sitową, z boku łuk oczodołowy, z góry kość czołowa. W otworze tym znajduje się przegrodę łączno-tkankową, idącą prostopadle od góry do dołu, ściśle złączoną z raną operacyjną i z oponą twardą, a do jej ściany wewnętrznej poprzylepiane są zwoje czołowe przodkowe przez wypocinę ropną. Mózg przypłaszczony. Komórki mózgowe miernie rozszerzone. Sklepienie czaszki okazuje niejednostajne kostnienie, w niektórych miejscach jest zaledwie grubości papieru.
2	Tenże 6 czerwca 1888.	Magd. Stb. 2 m. ż.		Jak poprzednio. Rozp. anat.: *Encephalocele.*	Umarła 7 czerwca.
3	Tenże 16 maja 1892.	Reg. Grl. 14 l. ż.	Porównaj Fig. 5.	Jak poprzednio. Rozp. anatom.: *Encephalocele.*	Wypisana z kliniki d. 28 lipca 1892. Dnia 9 grudnia 1898 doniosła, że jest zupełnie zdrową i wcale guza na czole nie ma.
4	Tenże 16 stycznia 1893.	Jan Kml. 4 l. m.	Na gładzince guz wielkości orzecha włoskiego. Skóra nad nim niezmieniona. Nie tętni i nie chełbocze. Przy długotrwającym ucisku znacznie się zmniejsza. U podstawy wymacać można wywinięty brzeg otworu kostnego.	Skórę nacięto prostopadle i odpreparowano; przecięto następnie opony mózgowe, wypuszczono płyn mózgowo-rdzeniowy, poczem odcięto nadmiar opon, zaszyto je, z brzegów otworu w kości oddłutowano dwie blaszki kostne, przesunięto je ponad otwór i nad niemi zaszyto skórę. Rozp. anatom.: *Meningocele*	Dnia 3 lutego 1893 r. wypisano dziecko z kliniki, jako uleczone. Po sześciu jednak latach, t. j. w grudniu 1898 r., doniosła nam matka, że chłopak po wyjściu z kliniki „bardzo błądził“, potem zdawał się być nieco zdrowszym, ale „na głowę jest zawsze słaby, ma bardzo słabą pamięć do nauki, trzeci rok chodzi do pierwszej klasy i jeszcze nic nie umie“.
5	Tenże 31 stycznia 1895.	M. Bk. 1. m. ż.	Na lewo od podstawy nosa guz wielkości wiśni, skóra na szczycie zaczerwieniona, strupkiem pokryta. Guz chełbocze, napina się podczas krzyku i płaczu. U podstawy wymacać można brzeg kostny.	Najpierw skórę, potem opony, wycięto wrzecionowato, wypuszczono płyn i założono gęsto szwy katgutowe, najpierw na opony, potem na skórę. Rozp. anat.: *Meningocele.*	Dnia 13 lutego 1895 wypisano dziecię z kliniki z raną wygojoną przez rychłozrost.
6	Tenże 26 marca 1895.	Krl. Grzes. 1. m. ż.	Na gładzince guz wielkości śliwki. Zresztą objawy typowe dla *meningocele.*	Operowany w taki sam sposób, jak poprzedni. Rozp. anat.: *Meningocele.*	Wypisany z kliniki d. 8 kwietnia 1895, z raną zupełnie wygojoną.
7	Tenże 21 października 1895.	Mch. Sks. 8 m. m.	Tuż ponad nasadą nosa guz wielkości śliwki, o rozmiarach 5×3 ctm. Chełbocze, uciśnięty, zmniejsza się. W dolnym obwodzie twardszy, na nim guzek wtórorzędny, twardy. U podstawy wymacać można otwór w kości, wielkości 10-io halerówki.	Po nacięciu i oddzieleniu skóry, nacięto guz, wypuszczono małą ilość płynu, warstwy podskórne (opony?) zeszyto, z kości czołowej oddłutowano blaszkę 3 ctm. długą, 1 ctm. szeroką, ze szypułą u dołu, ponad obwodem otworu w kości, odcięto ją ku dołowi i w tem położeniu ustalono, zawiązując ponad nią końce szwu (katgutowego) na oponach, w końcu zeszyto skórę. Rozp. anat.: *Hydr. encephalocele.*	W czternastu dniach rana zagoiła się wprawdzie zupełnie, ale już wtedy zanotowano, że w pierwotnem miejscu wytworzył się guzek mniejszy, niż przed operacyą, tętniący i chełboczący, a tuż pod skórą uczuwało się blaszkę kostną, wolno w guzie się poruszającą. Założono zatem na głowę przyrząd z pelotą, osadzoną na sprężynie, która stale miała na guz uciskać. — W trzy lata po operacyi (5 grudnia 1898 r.) dowiedzieliśmy się, że dziecko jest zupełnie zdrowe, jakkolwiek na gładzince utrzymuje się stale guz wielkości jednego halera, — a zatem mniejszy, niż przed operacyą.

L. p.	Operował	Chorego nazwisko, wiek i płeć	Stan obecny	Leczenie	Zejście i uwagi
8	*Observatio*	W. Mlk. 7 m. m.	Fig. 6-ta oddaje wejrzenie zewnętrzne i usadowienie guza. Zbitość elastyczna, ślad chełbotania, skóra nad nim zcieńczała, miejscami sinawo przeświecająca. Pod uciskiem zmniejsza się nieznacznie, bez wywołania objawów ucisku mózgu. Strzykawką Pravatza wydobyto płyn wodo-jasny, gęstawy, ze śladem białka. Guzek, który bezpośrednio po nakłóciu nieco się zmniejszył, wnet wypełnił się napowrót. Bezpośrednio po urodzeniu się dziecka matka zauważyła po prawej stronie noska guzek wielkości orzecha laskowego, po lewej zaś tylko mało wypuklenie.	Najprawdopodobniejsze rozpoznanie: *Meningocele nasoethmoidalis duplex.*	Na leczenie operacyjne nie zgodzono się; — dziecko żyło jeszcze dwa lata, guz nie powiększał się, a umarło skutkiem płonicy. Zaznaczyć należy jeszcze i ten szczegół, że, jak zapewnia ojciec, guz po śmierci tak bardzo się zmniejszył, że go prawie widać nie było.
9	Kramer *(Ctrbl. f. Chir. 1898 str. 1169).*	X. 6 m. m.	Guz wielkości głowy noworodka na potylicy.	Wycięcie i zeszycie katgutem. Rozp. anat.: *Meningocele.*	Po 7 latach okazywał prawidłowy rozwój pod względem fizycznym i duchowym.
10	Fr. Neugebauer *(Ctrbl. f. Chir. 1898 str. 1203).*	Y. 1 r. m.	U podstawy nosa guz chełboczący, tętniący, łatwo dający się odprowadzić do jamy czaszki.	Po otwarciu guza i stwierdzeniu rozmiarów otworu w kości, który kształtem i wielkością odpowiadał wielkości ziarnka fasoli, oddłutowano z czoła płat skórno-okostnowo-kostny ze szypułą nad wewnętrznym brzegiem oczodołu. Ułożenie płatu ustalono, podsuwając blaszkę kostną pod brzegi otworu kostnego. W końcu szew skórny. Rozp. anatom.: *Encephalocystomeningocele.*	Rana zagoiła się przez rychłozrost, a po dwóch latach mógł N. stwierdzić u chłopaka, w każdym kierunku prawidłowo się rozwijającego, w pierwotnem miejscu guz, o zbitości kostnej, który powstał skutkiem wydęcia przeszczepionej blaszki.
11	W. D. Spauton (ref. w *Deutiche med. Wchschr. Therapeut. Beil. str. 23. 1898* z *Brit. medic. Journal 9 Octobr. 1897.*	Z. 3 tyg. (?)	Guz wielkości pomarańczy. Gdzie?	*Excisio.* Rozp.: *Meningocele.*	Wyleczenie.
12	W. D. Spauton *ibidem.*	Z 3 m. (?)	t. s.	*Excisio.* Rozp.: *Meningocele.*	Wyleczenie.
13	E. v. Bergmann *(Die chirurg. Behandlung d. Hirnkrankheiten, III Afl. 1899.*	B. 11 d. ż.	Guz wielkości jaja kurzego w środku potylicy.	Okłócie i podwiązanie szypuły, odcięcie guza. Rozp anat.: *Meningocele.*	Wyleczony w 12 dniach, 18 stycznia 1888 r.
14	Tenże *ibidem.*	D. H. 2 d. ż.	Guz uszypułowany wielkości jaja gęsiego poniżej tylnego ciemiączka.	Po odsłonięciu szypuły, podwiązanie jej i odcięcie. Rozp. anat.: *Encephalocystocele.*	Wyleczony w 16 dniach, 7 lutego 1891 r.
15	Tenże *ibidem.*	E. K. $1^1/_2$ r. m.	Guz wielkości jaja gołębiego w okolicy ciemiączka małego, na szypule $1^1/_2$ cm. szerokiej.	Jak wyżej. Rozp. anatom.: *Meningocele.*	Wyleczony w 6 dniach, 6 lipca 1892 r.

L. p.	Operował	Chorego nazwisko, wiek i płeć	Stan obecny	Leczenie	Zejście i uwagi
16	Tenże *ibidem.*	W. F. 4 t. m.	Guz wielkości jaja kurzego na szypule, 1 ctm. poniżej małego ciemiączka.	Jak wyżej. Rozp. anatom.: *Encephalocystocele.*	Wyleczony w 28 dniach, 12 lutego 1894 r.
17	Tenże *ibidem.*	F. M. 4 m. ż.	Guz wielkości orzecha włoskiego na 2 palce poniżej małego ciemienia. Wilcza paszcza.	Jak wyżej. Rozp. anatom.: *Encephalocystocele.*	Wyleczony w 18 dniach, 10 lutego 1894 r.
18	Kluczenko *(Przegl. lekarski 1871. str. 379).*	X. $4^1/_2$ m. (?)	Na nasadzie nosa guzek wielkości orzecha laskowego, o powierzchni nierównej, pomarszczonej; u podstawy wymacać można brzegi otworu kostnego. Guz chełbocze i tętni, uciśnięty, nie wywołuje objawów ucisku mózgu. Zresztą dziecko zupełnie prawidłowo rozwinięte. Rozp.: *Meningocele.*	Nie leczono.	Po pół roku stwierdzono, że guz wcale się nie zmienił.
19	Talko *(Pam. Tow. lek warsz. r. 1869 str. 408.*	X. (?) (?)	*Encephalocele nasofrontalis.*	Nie leczono.	„Dwa przekłócia próbne, zrobione dla objaśnienia przyrody guza, pozostały bez żadnych złych skutków. Wiele później (?) dziecko, zachorowawszy na zapalenie płuc, umarło i dopiero sekcya prawdziwą przyrodę guza wykazała“.
20	Winter (opisał C. Bolle. *Die Enderfolge der Radikaloperation der Encephalocele Inaug. Dissert. Berlin 1898).* Przyp. częściowo opisany u Lindforsa na tabl. Nr. 53.	R. Vtrm. 4 d. m.	Tuż pod ciemieniem małem guz wielkości głowy noworodka. Małogłowie.	Po odsłonięciu szypuły podwiązano ją, guz odcięto i nad kikutem zeszyto skórę. W guzie mózg i móżdżek obok płynu. Tkanka nerwowa tworzy guz wielkości jabłka.	Dziecko po operacyi wyzdrowiało. W rok później stwierdzono wybitne małogłowie. Inteligencya dziecka bardzo wiele pozostawia do życzenia.
21	C. Bayer *(Ztschr. f. Heilkunde XVIII 5/6) 14/6 1892.*	S. A. 1 r. 3 m. ż.	Na 2 ctm. powyżej ciemienia małego guz wielkości jabłka.	W przepuklinie znaleziono móżdżek szczątkowy, z licznymi torbielami, które pootwierano. Mimo to tkanka nerwowa do jamy czaszki odprowadzić się nie dała. Rozp.: *Meningoencephalocele occipitatis.*	Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Po pół roku blizna nad guzem została przeżartą i dziecko zmarło wśród objawów zapalenia opon mózgowych.
22	Tenże 14 maja 1895.	M. Wtp $1^1/_2$ r. ż.	W okolicy małego ciemienia guz wielkości orzecha włoskiego, elastyczny, tętniący. Objawów wodogłowia niema.	Szypułę podwiązano bez otwierania worka. Rozp.: *Meningocele occipitats.*	Wyleczony. Dnia 5 maja 1897 r. doniesiono, że dziecko jest zupełnie zdrowe.
23	Tenże 26 maja 1895.	K. Fl. $4^1/_2$ r. m.	Wodogłowia niema. Okolica nasady nosa rozszerzona i zajęta przez dwa w bok rozszerzające się, zbite, elastyczne, na $2^1/_2$ ctm. wysterczające guzy.	Wycięcie klinowate zgrubiałej skóry. Pod skórą obficie unaczyniona i w naczynia chłonne opatrzona tkanka tłuszczowa. Rozp. anatom.: *Encephalocele orbitalis bilateralis.*	Dnia 10 czerwca 1895 r. śmierć z ropnego zapalenia opon mózgowych.
24	Tenże 23 maja 1896.	R. Hrld. 14 d. ż.	Na guzowatości potylicowej guz większy, niż głowa noworodka, silnie napięty, przeświecający.	Guz odcięto po podwiązaniu szypuły. Mikroskopowo na wewnętrznej powierzchni worka wykazano wysoki wałeczkowy nabłonek, pokrywający bezpośrednio włóknistą tkankę łączną. Tylko w okolicy podwiązki znaleziono pod nabłonkiem cienką warstwę mózgu, a na zewnątrz od niej obfitą ilość opon mózgowych wewnętrznych. Rozp.: *Meningoencephalocele occip.*	Po 6 tygodniach wypisano dziecię ze szpitala z podłużną powierzchnią ziarninującą. (Badanie mikroskopowe kazałoby raczej rozpoznawać *(hydreucephalocele.*

jako *hydrencephalocele*. Jeżeli parcie śródczaszkowe podnosi się dalej, uciskana tkanka mózgowa zanika, czasem bez śladu i w następstwie powstaje postać, nazywana *meningocele*. *Cenencephalocele* może być albo wynikiem cofającej się *hydrencephalocele*, albo też powstaje, gdy znaczne początkowe wodogłowie w nasileniu swem zelżało w początkach tworzenia się przepukliny. Do przyjęcia tej teoryi skłania nas 1) tak często powtarzające się wodogłowie w przebiegu *encephaloceles*, 2) typowe i stałe usadawianie się tych guzów w miejscach odpowiadających rogom komórek bocznych, 3) rzadkie występowanie przepuklin podstawowych, gdyż, jak wiadomo, wodogłowie powstaje w ostatnich miesiącach życia płodowego, kiedy już podstawa czaszki jest dostatecznie stwardniała. Takiemu zapatrywaniu hołduje choć w części i Heubner, a występuje przeciw niemu Bergmann, opierając swoje zarzuty głównie na tem, że przepukliny mózgowe powstają w pierwszych tygodniach życia płodowego, a wodogłowie dopiero w ostatnich miesiącach, zarzut, zastosowany do teoryi, ku której autor się skłania i pozbawiony dostatecznej podstawy w faktach anatomicznych. Owa tkanka wyjątkowo zdarzająca się pod osłoną skórną przepuklin i uważana przez niektórych autorów za zarodkową, nie musi być koniecznie taką. Bardzo różnie ją opisują, a pojąć ją równie dobrze można — jako zmienioną skutkiem ucisku tkankę mózgową w *hydrencephalocele*. Pod uciskiem zanikła przedewszystkiem tkanka nerwowa, pozostała tkanka łączna podstawowa, neuroglia, która wśród niezwykłych warunków zmieniła się do niepoznania. Blizny, spotykane na skórze przepuklin, mogą być równie dobrze wywołane przez zrosty następowe, już po utworzeniu się przepukliny, między skórą, zmienioną skutkiem tego ucisku od wewnątrz i błonami płodowemi.

2) A jeżeli tak jest i jeżeli, jak dotychczas, nie umiemy leczyć wodogłowia, a cierpienie to tylko w małej liczbie przypadków samo ustępuje, operujmyż przepukliny mózgowe nie dla wskazań życiowych, lecz, — *sit venia verbo*, z powodu wskazań kosmetycznych, kiedy dotknięte cierpieniem tem dziecko, przejdzie poza pierwszą 10-tkę lat życia i uchowa się, umysłowo i fizycznie dobrze rozwinięte. Trudno jednak stać lekarzowi na tem bezwzględnem stanowisku; trzeba czasem coś zrobić nie dla chorego samego, ale dla jego otoczenia, a w pierwszym rzędzie dla matki dziecięcia. Nieraz więc lekarz zmuszonym będzie, chcąc oszczędzić wstrętnego widoku otoczeniu, odjąć z głowy noworodka ogromny guz, niby drugą głowę. Poza tym jednak wyjątkiem, pozostawmy noworodki z małemi przepuklinami mózgowemi, gdziekolwiekbądź usadowionemi i jakkolwiek anatomicznie zbudowanemi, (to bowiem wcale na rokowanie nie wpływa) na razie ich własnemu losowi, zadawalniając się jakimi-bądź środkami, ochraniającymi guz od uszkodzeń zewnętrznych i operujmy dopiero wówczas, kiedy żyć będą po kilkunastu latach bez śladów wodogłowia.

Piśmiennictwo.

1) Podręczniki chirurgii szczegółowej Rydygiera, Hütera, Tillmannsa, Königa, S. Duplay et P. Reclus. 2) Heinecke: *Die chirurgische Krankheiten des Kopfes*, 1882. 3) E. v. Bergmann: *Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten*, 1899. 4) H. Steinmeyer: *Hydrencephalocele occipitalis inferior congenita. Inaug.-Dissert. Braunschweig*, 1873. 5) B. Flothmann: *Die Operationen der Cephalocelen*. Jena, 1886. 6) A. O Lindfors: *Zur Lehre von den angeborenen Hirnbrüchen und deren chirurgischer Behandlung. Volkmanns klinische Vorträge N. F.* Nr. 222/3. 7) Prof. N. W. Sklifosowski: *Nowoobrazowania w obycznych miestach mozgowych griz. Lietopys russkoi chyrurgii*, 1896, str. 197 i n. 8) J. Salzer: *Zur Cazuistik der Geschwülste am Kopfe. Langenbeck's Archiv.* XXXIII. 1. 9) F. Franke: *Temporäre Heteroplastik zur Behandlung des Hirnprolapses. Ctrbl. für Chirurgie*, 1898, Nr. 47. 10) C. Bolle: *Die Erfolge der Radikaloperationen der Encephalocele, Inaug.-Dissert.*, Berlin, 1898. 11) C. Bayer: *Ueber die Endresultate der an der chirurgischen Abtheilung des Kaiser Franz-Josef Kinder-Spitals in Prag seit dem Jahre 1888 operirten Fälle von Spina bifida und Encephalocele. (Zeitschrift für Heilkunde*, XVIII. 5/6). 12) Heubner: »*Hydrocephalus*« w *Real-Encyklopädie d. gesammt. Heilkunde* T. XI, str. 41 i n. (Dokładne zestawienie literatury, odnoszącej się do tego przedmiotu znaleźć można w książce Heineckego i w odczycie Lindforsa).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiellońskiego pod kierownictwem Prof. Jordana.

Przypadek rozszczepu górnego cewki moczowej u kobiety.

Skreślił
Dr. B. Wojciechowski
asystent kliniki.

Wierzchniactwo u kobiet *(Epispadiasis in femina)* jest tak rzadką wadą rozwojową, że w niektórych poważnych nawet podręcznikach chirurgii i ginekologii spotyka się tylko krótką wzmiankę o tem cierpieniu, — w innych zaś pominięto je wprost milczeniem. To też w tym przedmiocie piśmiennictwo jest nader skąpe, obejmuje zaledwie kilkanaście operowanych przypadków, co dodaje mi śmiałości do podzielenia się uwagami o tego rodzaju chorej, leczonej przed kilku miesiącami w klinice krakowskiej.

Przez wierzchniactwo *(epispadiasis urethrae)* u kobiety rozumiemy wadę rozwojową, stanowiącą niejako wstęp do poważniejszej, a zarazem częstszej wady, jaką jest wynicowanie pęcherza *(ectopia vesicae)*. Obraz anatomiczny, w pojedyńczych przypadkach zresztą niewiele się różniący, polega w najgrubszych zarysach na istnieniu szczeliny środkowej, wskutek której łechtaczka, napletek i wędzidełko łechtaczki są rozszczepione na dwie symetryczne połowy, — obok skrócenia w większym lub mniejszym stopniu ściany górnej cewki. Ujście zewnętrzne cewki leży zazwyczaj powyżej rozszczepionej łechtaczki, a błona śluzowa cewki bywa wywinięta (Guyon). Pęcherz jest zachowany. Durand rozróżnia trzy stopnie tego cierpienia (zawsze z usadowieniem wysokiem cewki, powyżej przepołowionej łechtaczki). W pierwszym stopniu znajduje się tylko silne wywinięcie błony śluzowej cewki obok dość długiej ściany górnej; — do drugiego stopnia zalicza przypadki, w których jest brak częściowy ściany górnej cewki, — wreszcie do trzeciego, gdzie brak jej zupełnie.

Stałym a przytem najważniejszym objawem towarzyszącym jest niemożność zatrzymania moczu, i to najczęściej prawie zupełna. Są to więc przypadki budzące podwójne zainteresowanie się, gdyż nietylko jako rzadkość, lecz zarazem i ze względów praktycznych.

Czas powstawania wierzchniactwa *(epispadiasis)* u kobiety odnosi Thiersch do szóstego tygodnia życia płodowego. W chwili, kiedy wspólna kloaka, w którą uchodzą przewody pokarmowy i moczo-rodny, zaczyna się dzielić na przewód przedni i tylny, t. j. zatokę moczopłciową *(sinus urogenitalis)* i odbytnicę *(rectum)*, czyli kiedy powstaje międzykrocze, bywa miednica w prawidłowych warunkach już zamknięta, a zewnętrznie widać w miejscu spojenia t. zw. guzek

płciowy (Geschlechtshöckerchen), powstały przez zrośnięcie się obu połów łechtaczki równocześnie z zamknięciem się pierścienia chrzęstnego miednicy. Jeżeli natomiast wytworzenie się przegrody w kloace nastąpi wcześniej, niż zamknięcie się spojenia łonowego i w związku z tem pozostające powstanie guzka płciowego, to wskutek wypierania i unoszenia przewodu moczorodnego ku górze przez wytworzone już międzykrocze, obie połowy łechtaczki rozchylają się, a zrost ich w ten sposób niezmiernie utrudniony następuje albo dopiero bardzo późno, albo też wcale nie przychodzi do skutku.

Klebs zaś nie uważa tego tłómaczenia za wystarczające we wszystkich przypadkach wad rozwojowych cewki i pęcherza i wraz z innymi autorami [1]) wprowadza je w sposób mniej przekonujący w związek z nieprawidłowym rozwojem omocznej (allantois).

Bliższe szczegóły, dotyczące obrazu anatomicznego, umieszczę w dalszym ciągu, przy opisie naszego przypadku, pod tym względem zupełnie typowego.

Leczenie moczociek u *(incontinentiae urinae)* polegać mogło jedynie na wykonywaniu zabiegów operacyjnych, z pomiędzy których jedne dążyły do wytworzenia nowej lub do przedłużenia istniejącej, lecz zbyt krótkiej cewki, inne zaś do jej zwężenia. Dla osiągnięcia przedłużenia cewki posługiwano się jednym lub dwoma płatami, wziętymi z najbliższego otoczenia od góry lub z boków, odpowiednio przemieszczonymi i przyszytymi. Sądzę, że zbyt dokładny opis tych kilku sposobów (Schröder 3 przyp., Dohrn 1, Frommel 1, Möricke 1, Himmelfarb 1, Rasch 1) o tyle nie jest na tem miejscu uzasadniony, że, chcąc cewkę przedłużyć, wypadnie każdym razem z osobna obmyśleć sobie kształt i wielkość płata i wybrać najlepszy stosunkowo materyał z otoczenia, — jak to wogóle ma miejsce we wszystkich prawie operacyach plastycznych, gdzie pewna metoda jest wprawdzie potrzebną, lecz gdzie wynik ostateczny zależy od umiejętnego dostosowania, względnie przeinaczenia metody w danym przypadku. Każdy zgodzić się zresztą może ze zdaniem Fritscha, który przedłużenie sztuczne cewki aż do wzgórka łonowego uważa za możliwe, lecz zarazem za nieodpowiadające celowi, gdyż samo przez się nie jest w stanie zapobiedz ciągłemu wypływaniu moczu.

Ważniejszem o wiele jest bezwątpienia zwężenie cewki. Otrzymywano je pierwotnie przez wycinanie klinów i pasków ze ściany cewki, i to z jej rozmaitych stron. Najlepszym może będzie sposób Fritscha (t. zw. *Vestibularschnitt)*, polegający na oddzieleniu cewki od łuku łonowego i wycięciu z górnej ściany cewki paska, sięgającego aż na ścianę pęcherza, — gdyż po założeniu drenu uciska on na zdrową ścianę dolną cewki.

Celem zwężenia cewki Gersuny podał sposób niezwykle pomysłowy. Polega on na odpreparowaniu cewki w całej jej długości i okręceniu około własnej osi o *circa* 180°, przez co powstają w świetle cewki fałdy spiralne, tem ściślej do siebie przylegające, czem większym będzie stopień okręcenia. G. był zmuszony z powodu niezupełnie zadowalającego wyniku powiększyć wśród dwu następnych poprawek okręcenie o dalszych 90° i o 180°, czyli, że razem wziąwszy okręcenie doszło do 450°. Pomimo to obumarcie ściany cewki nie nastąpiło.

Wreszcie dążył Himmelfarb do tego samego celu przez przemieszczenie cewki ku górze, co pociąga za sobą kątowate jej odgięcie i temsamem zwężenie. Uzyskał to przez wycięcie szerokiego klina ponad cewką i zeszycie jego w kierunku pionowym. Auffret postąpił analogicznie w swoim przypadku.

Mówiąc o sposobach operacyjnych, winienem wspomnieć, że Fritsch radzi zawsze na czas gojenia się plastyki założyć przetokę sztuczną pochwowo-pęcherzową, aby uchronić ranę od zaciekania moczem. (Z tychsamych powodów zakłada o tyle groźniejszą przetokę międzykroczową u mężczyzn).

Zupełnie w odosobnieniu pozostaje przypadek, który przed kilku laty opisał Makins. U chorej, trzykrotnie operowanej bezskutecznie, znalazł M. w miejscu cewki otwór przepuszczający 3 palce, prowadzący do małego pęcherza. Postanowił założyć „urethra suprapubica“, a cewkę zamknąć. Przez otwór zrobiony trójgrańcem ponad spojeniem łonowem, wprowadził dren do pęcherza, wyprowadził cewką na zewnątrz i związał końce ponad spojeniem. Po 14 dniach dren usunął, a cewkę zaszył 3 piątrami szwu. Pozostała mała przetoczka, którą dodatkowo zamknąć zdołał. Chorą zaopatrzył w odpowiedni odbieralnik (recypient).

Pomijając niemiłą zresztą okoliczność, że w niektórych razach stósowano operacyę kilkakrotnie, zanim otrzymano pożądany wynik, podnieść razem należy z naciskiem, że zawsze doprowadzono albo do pewnej dość znacznej poprawy, albo też do wyniku zupełnie zadowalniającego. Stanowi to zachętę do postępowania chirurgicznego w każdym podobnym przypadku, aby tym nieszczęśliwym osobnikom, wytrąconym przez ich kalectwo z środowiska społecznego, przywrócić zadowolenie w życiu i polepszyć ich dolę.

Przystępując do krótkiego opisu naszego przypadku, poczytuję sobie za obowiązek złożyć na tem miejscu podziękowanie memu czcigodnemu szefowi, p. prof. Jordanowi, któremu zawdzięczam zarówno pozwolenie wykonania zabiegu operacyjnego na chorej, jakoteż ogłoszenie tego przypadku.

E. D., lat 21, wolna, zgłosiła się do kliniki z końcem listopada 1898. Od urodzenia cierpi na niemożność zatrzymania moczu. Od 5 lat miewa prawidłową regularność. Badanie wykazało prawidłowy rozwój ogólny. Części rodne przedstawiają niezwykłe stosunki. Zarost na wzgórku łonowym skąpy, sięga tylko do górnego brzegu spojenia. Wargi większe, cokolwiek zanikłe, stykają się od dołu ze sobą w sposób zwykły, od góry zaś, przy rozwartych udach, podobnie jak i mniejsze, szeroko odstają od siebie, przebiegając lekko rozbieżnie i nie łącząc się w górze, gdzie odległość pomiędzy niemi wynosi 4 ctm. Łechtaczki na pierwszy rzut oka brak. Począwszy od miejsca, gdzie się ona znajdować powinna, ciągnie się aż do górnego brzegu spojenia przestrzeń w kształcie romba, w obrębie której tkanka powierzchowna jest gładka, napięła, lśniąca, sucha, jakby zbliznowaciała, pozbawiona porostu włosów, dość ściśle z podstawą kostną połączona, a przez sam środek jej biegnie prostopadle rynienkowate zagłębienie, ograniczone cokolwiek wyniosłymi brzegami.

Poniżej wspomnianej okolicy znajduje się otworek poprzecznie owalny, o średnicy grubego ołówka, przez który od czasu do czasu wypływa płyn jasny. Więcej ku dołowi widać szparę pionową, długości 1 ctm., otoczoną mięsistym pierścieniem błony dziewiczej, o brzegach gładkich, cokolwiek na zewnątrz sterczących. Więzadełko zaznaczone, międzykrocze szerokości $2^1/_2$ ctm. Po rozwarciu dokładniejszem warg mniejszych przekonać się można, że górny, poprzeczny otworek jest nadmiernie rozszerzoną cewką moczową, której pofałdowana po-

[1]) Ahlfeld, die Missbildungen des Menschen. Schröder, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. V.

dłużnie błona śluzowa jest wywinięta i wzrokowi przystępna. Cewka przepuszcza do pęcherza palec wskazujący. Przy górnym jej brzegu znajdują się jakby 2 brodaweczki wielkości siemienia, których powierzchnia przedstawia cechy przekrwionej błony śluzowej. Na podstawie pewnej tkliwości tych tworów domyślać się w nich należy resztek rozszczepionej łechtaczki. Przy bliższem oglądaniu warg mniejszych widoczna jest kieszonkowata zatoka przy górnym brzegu każdej z osobna, odpowiadająca rozdwojonemu napletkowi łechtaczki. Poniżej tej zatoki znajduje się na obu wargach wyniosły fałd, wielkości fasolki, sterczący wyraźnie ponad powierzchnię warg. Górna część warg mniejszych, aż do wspomnianej wyniosłości, jest różowo, dolna znacznie ciemniej zabarwiona. Wysokość zupełnie prawidłowo zbudowanego spojenia łonowego wynosi 4 ctm. Badanie małym palcem przez pochwę wraz z badaniem przez odbytnicę poucza, że niezbyt mała, lekko ku tyłowi pochylona macica, posiada budowę proporcyonalną. Po obu stronach wyczuwa się ciała tkliwe, mogące odpowiadać małym jajnikom.

W czasie klinicznego spostrzegania stwierdzono, że chora może za dnia przy natężonej uwadze i zupełnie spokojnem zachowaniu się zatrzymać najwyżej około 100 grm. moczu. W czasie ruchu zaś i zajęcia oddaje mocz bezwiednie. W nocy nigdy nie odczuwa potrzeby oddania moczu. Podkład stale wilgotny.

Na pytania dodatkowe zaprzecza, aby kiedykolwiek spółkowała (per urethram!).

Przystępując d. 10. XII. 1898 do operacyi postanowiłem sobie, o ile się to okaże możliwem, połączyć ze sobą 3 sposoby, z których każdy przez się już mógłby być skutecznym, chcąc tym sposobem uniknąć u niezbyt inteligentnej pacyentki operacyi powtórnej. Mianowicie zamierzyłem po odpreparowaniu całej cewki aż do ścian pęcherzowych 1) zwęzić jej światło przez wycięcie ze ścian bocznych od strony lewej i prawej po jednym klinie, zwróconym szczytem ku pęcherzowi, podstawą do ujścia zewnętrznego cewki. Uwzględniając ogromną szerokość przewodu, musi podstawa każdego klina wynosić $^1/_4$ część obwodu, przez co światło ujścia cewki zwęzi się już o połowę. 2) Dalsze zwężenie uzyskać przez okręcenie o 180^0 sposobem Gersunyego tak, iż brzeg prawy przypadnie po stronie lewej i odwrotnie. 3) Zapewnić domykalność cewki przez przeszczepienie jej ujścia zewnętrznego cokolwiek ku górze tak, iżby leżało ono częściowo przynajmniej na przedniej powierzchni spojenia łonowego. To przemieszczenie cewki będzie zarazem zapobiegać temu, aby odbywał się *coitus per urethram*, do czego dawniejsza szerokość i umieszczenie cewki, obok niezwykłej grubości i zbitości błony dziewiczej, dawałyby sposobność. Dla podtrzymania uniesionej cewki postanowiłem ranną powierzchnię półksiężycowatą, powstającą po uniesieniu cewki poniżej tejże, zeszyć poprzecznie, podobnie jak to się dzieje przy operacyach plastycznych na międzykroczu.

W czasie wykonania operacyi trzymałem się rzeczywiście powyższego planu, a tylko następujące szczegóły podnieść należy. Obawiając się nacięcia cienkiej ściany cewki, oddalałem się we wszystkich kierunkach jak najwięcej od niej w miarę dążenia w głąb. Od góry więc trzymałem się ściśle kości. Dla nadania krótkiej cewce większej ruchomości, odpreparowałem również na nieznacznej przestrzeni ściany pęcherza dokoła ujścia pęcherzowego cewki, w postaci pierścienia szerokości 1—$1^1/_2$ ctm. Celem przeszczepienia cewki ku górze, poprowadziłem od górnego brzegu cewki cięcie środkowe, długości 1 ctm., prostopadłe, przez tkankę bliznowatą na przedniej powierzchni spojenia, przez co powstała po odsunięciu brzegów powierzchnia ranna w postaci trójkąta, szczytem ku górze zwróconego, w którymto kierunku miała być przeszczepiona cewka. Doznając uczucia, że przy okręceniu o 180^0 cewka zostaje zbytnio zaciśnięta i że mogłaby obumrzeć, poprzestałem na okręceniu o 90^0, które wydało mi się wystarczającem.

Poza tem nie byłem zniewolony w niczem odstąpić od zakreślonego powyżej postępowania.

Szyłem cienkim jedwabiem na małej igiełce i starałem się ograniczyć *ad minimum* liczbę szwów. Dlatego, po wycięciu klinów bocznych, użyłem szwów zwężających cewkę zarazem do okręcenia jej i przyszycia o $^1/_2$—$^3/_4$ ctm. wyżej.

Sądzę, że zresztą tłómaczy dołączona szematyczna rycina 2. sposób założenia szwów, ich cel i działanie, a rycina 3. obraz po operacyi.

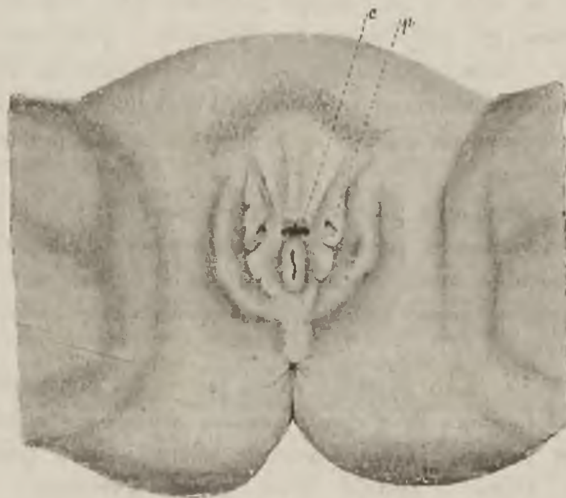


Fig. 1.

c — łechtaczka (połowa lewa).
p — napletek łechtaczki (połowa lewa).

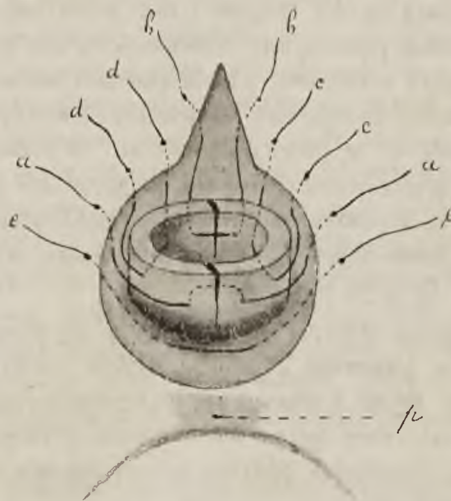


Fig. 2.
(po okręceniu cewki o 90^0).

a — szew przez dawniejszą ścianę prawą cewki.
b — » » » » lewą
c — » » » » dolną
d — » » » » górną
(*a* i *b* służą do połączenia ścian po wycięciu klinów, zarazem podobnie jak *c* i *d* do uniesienia cewki ku górze).
e — szew służący do podtrzymania cewki po przemieszczeniu jej ku górze.
p — górna ściana pochwy.

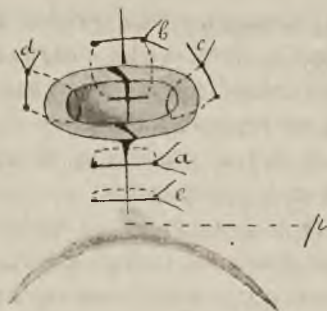


Fig. 3.
Uwidocznia stosunki po związaniu szwów.

Po związaniu szwów założono miękki cewnik Nelatona Nr. 19 na stałe i, aby znieść działanie jego ciężaru, przymocowano go przylepcem do brzucha i połączono rurką szklaną z drenem, zanurzonym w niżej ustawione naczynie, napełnione rozczynem solweolu. Wspomniany cewnik przechodzi z pewnym małym oporem. Cewka ma przebieg wyraźnie skośny.

W przebiegu pooperacyjnym przepłókiwano raz dziennie pęcherz letnim rozczynem kw. borowego, nie wyjmując i nie ruszając wcale cewnika. Mocz odpływał stale dobrze i był zawsze czysty. Chora zachowywała się ze spokojem wzorowym.

D. 17. XII. doznała chora parcia na mocz, przyczem wyleciał kateter. W godzinę później oddała świadomie 103 gramów moczu. Odtąd pozostaje chora jeszcze przez trzy dni w łóżku i oddaje mocz wśród wyraźnego uczucia wypełnienia pęcherza i to w odstępach coraz dłuższych i w ilości coraz większej. *Maximum* czasu wynonosiło w tych dniach pięć godzin, a największa ilość naraz oddanego moczu dosięgła 225 gramów. Po nocy znajdowano zawsze podkład suchy. Kiedy 10 dnia po operacyi przystąpiłem do wyjęcia szwów, przekonałem się, że z 4 szwów, założonych na ścianę cewki, trzyma tylko jeden od strony lewej i grozi również przecięciem. Cewka powróciła na dawne swe miejsce. Ujście zewnętrzne cewki otoczone zwłaszcza od góry i strony prawej bujającemi ziarninami. Zwykły cewnik kobiecy przechodzi z pewnym oporem. Wynika z tego, że wprawdzie przemieszczenie cewki ku górze nie powiodło się, lecz mimo to wystarczyło zwężenie cewki przez klinowate wycięcia i przez okręcenie do sprowadzenia zupełnie zadowalniającej funkcyi pęcherza.

Z końcem stycznia b. r. zgłosiła się chora, stósownie do polecenia, ponownie do kliniki. Ujście cewki otoczone różową blizną. Ścisłe i dłuższe spostrzeganie wykazało, że chora zatrzymuje mocz przez 4—5 godzin i oddaje 200—400 grm. naraz. Bezwiedne oddanie moczu nie zdarza się ani za dnia, ani w nocy.

Jesteśmy więc uprawnieni uważać chorą na razie przynajmniej za zupełnie wyleczoną.

Rozbierając krytycznie postępowanie operacyjne w powyższym przypadku, możnaby uczynić słuszny zarzut, że niepotrzebnie wyciąłem 2 kliny ze ściany, gdyż wycięcie jednego, lecz podwójnie szerokiego, np. ze ściany górnej, może dać tensam wynik. Jeżeliby mi się kiedy zdarzył drugi podobny przypadek, to chętnie wyciąłbym tylko jeden klin większy. Przemieszczenie cewki ku górze jest bez wątpienia bardzo pożądane, szkoda tylko, że nie posiadamy ścisłej miary, zapomocą której moglibyśmy uniknąć zbytniego napięcia tak delikatnych tkanek.

Literatura.

Gosselin, Gaz. des hôp. 1851. Nr. 37. — Roser, Württenb. Corresp. Bl. 1861. Nr. 20. — Kleinwächter, Monatschrift für Geburtskunde Bd. 34. S. 81. — Testelin. Gaz. de Paris. 1861. Nr. 46. Steiner, Arch. f. klin. Chir. XV. 2. — Himmelfarb. Arch. für Gyn. XLIV. H. 2. — Ballantyne, Jahresber. üb. Geb. und Gyn. 1896. S. 276. — Gersuny. Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 36. (Ref.). — J. van der Hoeven jun. Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 10. (Ref). — Rutherford, Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 24. (Ref.). — T. Auffret, Centralbl. f. Gyn. 1893. Nr. 5. (Ref.). — G. Himmelfarb, Centralbl. für Gyn. 1894. Nr. 8. (Ref.). — Makins. Centralbl. für Gyn. 1895. Nr. 36. (Ref.). — M. Durand, Centralbl. f. Gyn. 1896. Nr. 14. (Ref.). Rasch, Centralbl. f. Gyn. 1897. Nr. 44. (Ref.). — Möricke, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. V. 2. — Richard Frommel, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. VII. 2. — Dohrn, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn XII. 1.

V. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Sposób leczenia zwichnięć zastarzałych.

Podał
Dr. Eugieniusz Karchesy,
c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

Wśród pokaźnej liczby chorych, leczonych w ciągu dwóch lat w klinice lwowskiej, napotykamy zaledwie dziewięciu, którzy udali się o pomoc lekarską do kliniki z powodu zastarzałych i zaniedbanych zwichnień w wielkich stawach kończyn.

Chociaż zwichnięcia należą do liczebnie najczęstszych obrażeń, nie może nas dziwić, że tak mały odsetek widzimy ich w klinice. Uszkodzenia te wydarzają się najczęściej u ludzi należących albo do klasy rękodzielników, albo wieśniaków. Rękodzielnik i wieśniak widzieli już często u swoich towarzyszów podobne cierpienie po doznanym urazie, domyślają się więc sami jakości uszkodzenia i szukają coprędzej pomocy bądź u najbliższych sobie lekarzy, bądź też niestety, zawsze jeszcze zbyt często u różnych znachorów. Na klinikę i do szpitala udają się dopiero wtedy, gdy zwichnięcie, pomimo kilkakrotnych usiłowań i po upływie kilku tygodni lub miesięcy, nie dało się odprowadzić, i gdy ruchy czynne w stawie zostały tak upośledzone, że dalej zarobkować nie mogą.

Z doświadczenia wiemy, że przy dobrej woli i cierpliwości chorego, wytwarzają się wśród licznych zastarzałych zwichnień, mianowicie w stawach panewkowych, świeże stawy, mniej lub więcej ruchome, niekiedy prawie prawidłowo funkcyonujące. Sprawną czynność przy zastarzałych zwichnięciach napotykamy najczęściej w stawie barkowym.

Podobny przypadek ogłasza Bähr [1]) i wielu innych; w naszych czasopismach lekarskich mniej znajdujemy, podobnych opisów, gdyż nasi pacyenci, mniej wykształceni i mniej zamożni, zadowolniwszy się dobrym wynikiem co do funkcyi, do lekarza się nie zgłaszają.

W stawie biodrowym może z biegiem czasu wytworzyć się po zwichnięciach nowy staw, a chociaż ruchy w tym stawie będą nieznaczne i chory mocno chroma, mimoto nie doznaje on przeszkody w zarobkowaniu i z tej przyczyny nie udaje się do zakładów leczniczych, w celu poddania się zabiegom operacyjnym.

[1]) 43 tom. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, III. Heft.

Że i tutaj wynik funkcyonalny może być wcale niezłym, dowodzą przypadki ogłoszone przez Malgaigne, Oldnowa[2]) i Lafauriego[3]).

Zwichnięcia w stawie kolanowym nie są wogóle częste, odprowadzenie ich nie przedstawia zwykle wielkich trudności, utwierdzenie więc nogi w położeniu uniemożliwiającem jej funkcyę jest rzadkie. Przy zastarzałych zwichnięciach ku tyłowi, jeżeli nie są zupełne, niekiedy nietylko funkcya nogi jest możliwą, lecz także i czynne zgięcie i wyprostowanie w kolanie się wyrabia.

Malgaigne przytacza trzy podobne wypadki, Lossen i Karczewski[1]) po jednym.

Najrzadziej wytwarza się ruchomość w granicach umożliwiających używanie ręki w zastarzałych zwichnięciach w stawie łokciowym. W wielkim podręczniku Bardenheuera zaledwie jeden przypadek spotykamy, przytoczony z kazuistyki Streubla. Tego więc rodzaju zwichnięcia najczęściej spotykamy w klinikach i tacy chorzy zgadzają się na wszelki zabieg chirurgiczny, gdyż ręka bezużyteczna zagraża ich bytowi materyalnemu. Musimy rozróżniać zwichnięcia zastarzałe, dające się odprowadzić w drodze niekrwawej, od takiego zastarzałego zwichnięcia, które już bez krwawego zabiegu nie daje się odprowadzić. Zwichnięciem zaś zastarzałem nazywamy takie, którego czas trwania przekracza pewien, na podstawie licznych statystyk oznaczony, termin. Po upływie tego czasu wytwarzają się zmiany wsteczne na płaszczyznach stawowych, tkanki otaczające bliznowacieją i kurczą się, a natomiast występują silne zrosty. Torebka stawowa zamienia się w tkankę bliznowatą, mięśnie się przykurczają tak, że odprowadzenie bezkrwawe jest bardzo utrudnione albo niemożliwe, a krwawe także nie zawsze prowadzi do celu. Czasu, po upływie którego te zmiany dochodzą do tego stopnia, dokładnie oznaczyć nie możemy; zależy od wieku chorego, powikłań i od innych okoliczności, których określić nie jesteśmy w stanie.

U dzieci i u ludzi młodych, zmiany w płaszczyznach stawowych znacznie później występują, jak u starszych. Znane są przypadki, że i po znacznie dłuższym czasie, z przyczyn nieznanych, zmiany te były nieznaczne, odprowadzenie w drodze niekrwawej się udawało, a czynność kończyny była zadawalniająca. Ze względów praktycznych powiadamy zwykle, że zwichnięcie, trwające dłużej, niż cztery lub sześć tygodni, jest zwichnięciem zastarzałem, termin ten jest jednak dla rozmaitych stawów odmiennym.

Dla stawu barkowego podaje Lafaurie[5]), w przypadku *luxatio subcoracoidea* i *subglenoidalis* przeciąg trzech miesięcy, w *luxatio intracoracoidea* i *subclavicularis* dwóch miesięcy. Dla stawu biodrowego podaje Bigelow, Cooper i Hamilton termin dwumiesięczny. Dla stawu łokciowego Cooper — sześć tygodni. W stawie kolanowym w opisanem poniżej zwichnięciu niezupełnem ku tyłowi, odprowadzenie po dwóch miesiącach już się nie udało.

Po ubiegu tych terminów odprowadzenie niekrwawe tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach się udawało. König[6]) opisuje przypadek zwichnięcia ramienia, które odprowadził po ośmiu latach; Sedillot podobny — po jednym roku. Zwichnięcie w stawie biodrowym odprowadził Delamotte[7]) po dwóch latach, A. Cooper po pięciu latach. Zwichnięcie w łokciu odprowadził Farabeuf po 158 dniach[8]). Przytoczone przypadki należą do unikatów; w zwykłych warunkach możemy w podobnych okolicznościach próbować ostrożnie odprowadzania, pamiętając atoli o tem, żebyśmy naszym zabiegiem nie narazili chorego na szkodę.

Mając pacyenta z zastarzałem zwichnięciem, musimy się dobrze zastanowić, czy jest wogóle odprowadzenie wskazanem i czy przy udałem odprowadzeniu mamy widoki polepszenia czynności kończyny. Łatwo rozstrzygnąć to pytanie w przypadkach zwichnięcia ramienia, gdy się już utworzył staw wrzekomy, umożliwiający ruchy czynne ręki, choć w niezbyt wielkich granicach, gdy główka kości ramieniowej nie uciska na nerwy i naczynia krwionośne, i gdy zarobkowanie jest możliwe; wtedy będziemy się starali przez ruchy bierne, mięsienie, elektryzowanie mięśnie ramienia wzmocnić i wydatność ruchów powiększyć. Co do stawu biodrowego, to i dzisiaj będziemy się trzymali zdania A. Coopera, że zwichnięcia zastarzałego lepiej nie odprowadzać, gdy główka przez swe nieprawidłowe położenie bólów nie sprawia, jest silnie nowoutworzonemi więzadłami umocowaną, i gdy czynność nogi jest możliwa. Co do stawu łokciowego, to ruchomość w nim przy zastarzałem zwichnięciu tak rzadko i w tak małych granicach się wytwarza, że czynność stawu przez zabieg operacyjny krwawy lub bezkrwawy zawsze musimy poprawić. W stawie kolanowym tak przy zupełnem, jak i przy niezupełnem zwichnięciu, z wyjątkiem owych niezwykłych przypadków, w których, przy zwichnięciu niezupełnem i ruchomość zadawalniająca się wytworzyła i pewność w stąpaniu i chodzie powróciła, zabieg operacyjny jest zawsze wskazanym.

W zwichnięciu niezupełnem, nawet wtedy, gdy wytworzą się zrosty i gdy czynność kończyny wskutek tego jest nie najgorszą, przez udałe odprowadzenie lub resekcyę możemy ten stan zawsze polepszyć.

Gdy wyżej wskazane szczęśliwe stosunki nie zachodzą, musimy się zabrać do leczenia bezpośredniego stawów. Z początku próbujemy zawsze odprowadzenia bezkrwawego, po przerwaniu nowo wytworzonych zrostów zapomocą *taraudage* Richeta, polegającej na kombinacyi ruchów rotacyjnych, addukcyi i abdukcyi kończyny. Po przerwaniu zrostów próbujemy odprowadzenia sposobami fizyologicznymi. Przy ich użyciu musimy zachować pewną miarę u ludzi młodych do 18 roku życia i u ludzi po 60 roku życia; siły wielkiej używać nie możemy, gdyż u pierwszych łatwo spowodujemy oderwanie nasady w linii chrząstki nasadowej, u drugich złamanie kości.

Odprowadzenia zapomocą silnego wyciągania, wykonanego siłą kilku ludzi lub też zapomocą maszyn, jak n. p. przyrządu Schneider-Menella, Jarvisa lub Hennequina, jako nieodpowiedniego i niebezpiecznego, nie używamy. Nieodpowiednim jest ten sposób, gdyż siła działa tylko w jednym kierunku i odprowadzenie w najpomyślniejszym przypadku udałoby się tylko po rozległem przerwaniu zrostów, niebezpiecznem z tego powodu, że przy użyciu siły znaczniejszej nad 200 kilogramów, a dochodzącej nieraz do 300

[1]) Lossen. Verletzungen der unteren Extremitäten.
[2]) Duplay Reclus. Tom (III, pag. 217).
[3]) *Archiv f. klinische Chirurgie* 1886, t. XXXIII.
[5]) Lafaurie. (*Thèses de Paris*, 1869).
[6]) Duplay Reclus, T. III p. 138.
[7]) Krönlein (Traumatische Luxationen, pag. 68).
[8]) Duplay Reclus, III. p. 174.

i 400 kilogramów, wydarzały się rozmaite uszkodzenia ciężkie. Najłatwiej pęka skóra, gdyż chcąc działać na kończynę, musimy ją umocować, a punkt zaczepu musi zawsze skóra stanowić. Przy odprowadzaniu w stawie barkowym zapomocą wyciągania o sile 190 kilogramów pękła skóra ramienia w przypadku opisanym przez Malgaignea [9]). Przerwanie mięśni opisał Cooper, Petit, Flaubert i inni. Przerwanie naczyń krwionośnych także się wydarzało, w r. 1884 mógł Cras zestawić trzydzieści przypadków z kazuistyki wybitnych chirurgów. Guerin [10]) opisuje wypadek, w którym przy użyciu siły czterech mężczyzn wyrwał całe przedramię w stawie łokciowym Przerwanie nerwów stosunkowo najrzadziej następowało. Flaubert opisuje trzy przypadki, w których wyrwano cały splot barkowy wraz z jego korzeniami.

Metody podskórnego przecięcia ścięgien lub też zrostów około kończyny zwichniętej rzadko doprowadzały do celu, a operując po omacku, możemy łatwo poprzecinać naczynia i nerwy, a pominąć zrosty. Metodę tę wykonywał w stawie barkowym poraz pierwszy Wutzer [11]), przeciąwszy mięsień kruczobarkowy (coraco-brachialis), następnie Dieffenbach przeciął przyczepy mięśni, odchodzących od grzebienia guzka mniejszego (spina tuberculi minoris), a Polaillon w r. 1882 polecał i wykonywał przecięcie podskórne zrostów.

W stawie biodrowym próbował tej metody bezskutecznie Mac Cormac i Hamilton [12]). W stawie łokciowym Liston i Maisonneuve z dobrym skutkiem. Złamania podskórnego kości zwichniętej, w celu utworzenia stawu wrzekomego, jak to polecał Desprès w stawie barkowym, i jak Richet wykonał niedobrowolnie w przypadku złamania w szyjce chirurgicznej (collum chirurgicum) przy użyciu nadmiernego wyciągania; lub też osteotomii, poleconej przez Desprès w stawie barkowym, a przez Mac Ewena, Bouilly, Wohla i Kocha w stawie biodrowym, nigdy nie wykonaliśmy.

Natomiast stosujemy artrotomię z zasady, a gdy ten zabieg nam się nie udaje bądź z przyczyny znacznych zmian w płaszczyznach stawowych, bądź też z powodu powikłań, (n. p. złamań obok stawu, odczepienia się chrząstek nasadowych), lub też gdy ustalenie stawu jest niemożliwem, przystępujemy do resekcyi.

Artrotomię wykonujemy nawet wtedy, gdy się znajdują małe odłamki kości, tworzących płaszczyzny stawowe. Odłamki te, n. p. odłamany kłykieć zewnętrzny, rzadziej wewnętrzny lub kawałek wyrostka kruczego przy zwichnięciu w łokciu, wciskają się niekiedy między płaszczyzny stawowe i uniemożliwiają wszelkie próby odprowadzenia niekrwawego. Usunięcie ich bywa często uciążliwe nawet po szerokiem otwarciu stawu. Części torebki stawowej lub też części mięśni zakleszczonych w stawie usuwamy dokładnie, i po dokonanem odprowadzeniu zeszywamy części miękie wraz ze skórą kilku szwami węzełkowymi. Gdy artrotomia jest niemożliwą, przystępujemy do resekcyi.

Resekcyę wykonujemy podokostnowo, z kości staramy się utrzymać o ile możności najwięcej, żeby nie otrzymać stawu cepowego (Schlottergelenk) i ażeby zachować kształt prawidłowy kończyny i jej fizyologiczną ruchomość.

W stawie barkowym i biodrowym wykonujemy resekcyę typową podokostnową, w stawie kolanowym o ile możności sposobem Helfericha, a w stawie łokciowym sposobem polecanym w klinice Brunsa, polegającym na odpiłowaniu 4—6 ctm. z kości ramieniowej, bez naruszania kości przedramienia.

W wypadkach opisanych przez Cuhorsta [13]), wynik czynnościowy tej częściowej resekcyi był znakomitym, pro- i supinacya były zupełnie dobrze utrzymane, gdyż więzadła między kością łokciową i szprychową były nietknięte.

W jednym z naszych przypadków usunęliśmy i odłamany wyrostek łokciowy (olecranon) i to nie wywarło żadnego złego wpływu na wynik operacyi, ustalenie kończyny łatwo się udało, przebieg pooperacyjny i czynność przedramienia były zadawalniające.

Resekcyę tę w stawie łokciowym można także bez obawy wykonać u osób młodych, u których kościec jeszcze się rozwija, a nawet i u dzieci, gdyż, jak Ollier w r. 1861 dowiódł i wielu chirurgów następnie potwierdziło, wzrost ramienia jest najsilniejszy przy nasadzie górnej, u dołu odbywa się stosunkowo słabo; przy naruszeniu więc chrząstki nasadowej dolnej zbytniego skrócenia kończyny obawiać się nie potrzebujemy.

Streściwszy zasady, któremi w klinice lwowskiej przy leczeniu zastarzałych zwichnięć się kierujemy, przystępujemy do krótkiego opisu przypadków.

Mieliśmy jeden przypadek zwichnięcia w stawie barkowym, trzy w stawie biodrowym, cztery w stawie łokciowym i jeden w stawie kolanowym.

Luxatio humeri subcoracoidea inveterata.

Rok 1898. Iwan Hupało, wieśniak, lat 60. Między 3 a 5-tym listopada 1898 r. przy ścinaniu drzewa upadł na ziemię, a obalający się pień uderzył go w prawe ramię. Uczuł on natychmiast silny ból, niemożność poruszania ramieniem, następnie wystąpił obrzęk w okolicy prawego barku.

Stan obecny 10 grudnia 1898 r. Bark prawy spłaszczony, płaszczyzna stawowa łopatki daje się wyczuć w znacznej części. Główka kości ramieniowej leży tuż pod wyrostkiem kruczym, od strony pachy można ją dokładnie wyczuć. Ułożenie ramienia w miernej abdukcyi, ruchy czynne zniesione, przy biernych porusza się łopatka. 10 grudnia 1898 r., po upływie pięciu tygodni, odprowadzenie w uśpieniu sposobem Kochera udało się odrazu, po przedwstępnem zastosowaniu taraudage. Założono opatrunek ustalający Desaulta. Po trzech tygodniach zdjęto opatrunek, zastosowano mięsienie, oraz ruchy bierne i czynne. W miesiąc po zdjęciu opatrunku przedstawił się chory. Ruchy czynne w barku mało upośledzone, abdukcya, addukcya i rotacya ramienia prawie prawidłowe, podniesienie do linii poziomej możliwe.

Luxatis coxae inveterata.

Rok 1897. Iwan Sawczyszyn, 36 lat, wieśniak. Z końcem września 1896 r. spadł z drzewa. Po upadku nie mógł wstać o własnych siłach, gdyż stracił władzę w prawej nodze. Wystąpił silny obrzęk w okolicy prawego stawu biodrowego, oraz silna boleśność. Kilka miesięcy przeleżał w łóżku i dopiero po upływie roku zaczął chodzić przy pomocy laski.

Stan obecny 18 grudnia 1897. Mięśnie prawej dolnej kończyny zanikłe, noga skrócona, przybliżona i skręcona ku wewnątrz. Prawy krętarz wielki 6 ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera. Główka kości udowej przesunięta ku górze i ku tyłowi wypukla bardziej prawy pośladek i jest wymacalna. Czynne ruchy w prawem biodrze, zniesione; przy ruchach biernych można wyczuć tarcie główki o kość biodrową;

[9]) III tom Reclus Duplay, pag. 140.
[10]) Bulletin de la Soc. de Chir., 1864, pag. 121.
[11]) Bardenheuer, II. p. 392.
[12]) Duplay Reclus. I, III, p. 220.
[13]) Beiträge zur klin. Chirurgie, t. 20. Zeszyt 3.

ruchy te są bardzo nieznaczne, główka w położeniu nieprawidłowem silnie umocowana.

Leczenie. Z powodu przeszło 15-stomiesięcznego trwania zwichnięcia, zaniechano prób natychmiastowego odprowadzenia. Założono wyciąganie sposobem Volkmanna. Po czterech tygodniach dnia 25 stycznia 1898, w uśpieniu chloroformowem, porozrywano zapomocą taraudage zrosty, odprowadzono główkę i ustalono kończynę sposobem Paciego w opatrunku gipsowym, po założeniu którego chory mógł chodzić.

Po miesiącu zdjęto pierwszy opatrunek, nogę wyprostowano w stawie biodrowym i kolanowym, skręcono nieco ku zewnątrz i założono w tem położeniu drugi opatrunek gipsowy. Przy zmianie opatrunku stwierdzono, że krętarz wielki znachodził się o $2^1/_2$ ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera, odprowadzenie więc nie udało się w zupełności. W kwietniu 1898 przyszedł chory powtórnie do kliniki, w celu zmiany opatrunku. Ruchomość w stawie biodrowym była minimalna, utykał nieco, mógł jednak po zdjęciu opatrunku przy pomocy laski wygodnie chodzić. Miał się jeszcze raz zgłosić do kliniki, nie pojawił się jednak.

R. 1897. Anna Kościuk, 36 lat, żona wieśniaka. Dnia 21 maja 1897 r., po przebyciu jedenastego połogu, gwałtownie się w łóżku obróciła, uczuła silny ból w lewem biodrze, od tej chwili nie mogła się utrzymać na lewej nodze i wystąpił bolesny obrzęk lewego biodra.

Stan obecny. Lewa noga skrócona w nieznacznem zgięciu, addukcyi i rotacyi ku wewnątrz. Lewy krętarz wielki 5 ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera. Główka kości udowej lewej, z powodu wychudnięcia chorej, na kości biodrowej widoczna. Ruchomość czynna i bierna minimalne, tarcie główki o kość biodrową wyczuwalne.

Po upływie 166 dni od urazu spróbowano odprowadzenia niekrwawego w uśpieniu. Po przerwaniu zrostów odprowadzenie się udało, główka jednak bardzo łatwo z panewki się wyślizgała. Następnego dnia wystąpił silny obrzęk w okolicy stawu, boleśnosć i zaczerwienienie skóry w lewej pachwinie. Utworzony krwiak zropiał i po przecięciu oraz wytamponowaniu gazą jodoformową wygoił się po upływie trzech miesięcy. 26 lutego 1898 założono opatrunek gipsowy z żelaznem strzemieniem. Chora w nim mogła chodzić.

R. 1898. Chaskel Stroh, lat 42, zarobnik. Wypadł z wozu przed 7 miesiącami; od tego czasu nie mógł stanąć na lewą nogę. Podać nie umie, czy obrzęk znaczny wystąpił w okolicy biodra. Przez dwa miesiące leżał w łóżku, następnie zaczął chodzić przy pomocy laski, silnie chromając.

Stan obecny. 30 stycznia 1899. Lewa noga skrócona, wyprostowana, nieznacznie przybliżona i skręcona ku wewnątrz. Lewy krętarz wielki 5 ctm. powyżej linii Nélaton-Rosera. Mięśnie lewej dolnej kończyny wychudłe. Lewy pośladek bardziej wypukły, główka ku tyłowi i ku górze przesunięta, wymacalna, przez nowo wytworzone zrosty silnie utwierdzona. Ruchy czynne i bierne minimalne. Chory może chodzić bez pomocy laski, mocno jednak utyka. Ponieważ jest nadzieja, że czynność nogi przez jej używanie się polepszy, nie przystąpiono do zabiegu operacyjnego.

Luxatio cubiti.

R. 1899. Marya Szczerbak, lat 18, córka wieśniaka. Przed dwoma miesiącami wypadła z fury, przyczem sobie prawą rękę w stawie łokciowym zwichnęła.

Stan obecny. Kończyna prawa górna w stawie łokciowym zupełnie wyprostowana. Przedramię prawe w stosunku do ramienia znajduje się w silniejszej niż fizyologiczna abdukcyi. Zgięcie czynne możliwe do 140°, bierne do 120°. Pro- i supinacya przedramienia utrzymane. Przy oglądaniu i obmacywaniu linii stawowej można się przekonać, że wyrostek łokciowy leży o 3 ctm. wyżej. W zgięciu łokciowem wyczuwalna płaszczyzna stawowa kości ramieniowej, kłykcie zewnętrzny i wewnętrzny — prawidłowe.

Leczenie. Po rozerwaniu zrostów zapomocą taraudage, udało się w uśpieniu odprowadzenie metodą Rosera. Ustalono kończynę pod kątem ostrym w stawie łokciowym. Opatrunku nie zdejmowano dwa tygodnie. Po zdjęciu rozpoczęto ruchy bierne i czynne. Po kilku tygodniach przedstawiła się chora w klinice, ruchy w stawie łokciowym były prawidłowe.

Rok 1899. Jaryna Ilusak, lat 43, żona robotnika. Zgłosiła się 28 grudnia 1899 r. do kliniki. Przed 6 tygodniami została przejechana przez wóz. Wśród upadania podwinęła się jej lewa ręka w tył. Wystąpił bardzo bolesny obrzęk ręki w stawie łokciowym, od tej chwili nie mogła jej zgiąć.

Stan obecny. Lewa ręka w stawie łokciowym ustalona pod kątem 160°, ruchy czynne zniesione, bierne w bardzo nieznacznym zakresie możliwe, lecz bolesne. Wyrostek łokciowy leży o dwa palce powyżej linii stawowej. Główka kości sprychowej zwrócona ku tyłowi i zewnątrz, widoczna i wymacalna. Płaszczyzna stawowa ramienia macalna w zgięciu łokciowem. Zarysy obu kłykciów niewyraźne.

Leczenie. Odprowadzenie niekrwawe nie udało się. Przystąpiono więc do otwarcia stawu. Dwa cięcia boczne metodą Olliera ułatwiły przystęp. Przy oglądnięciu stawu przekonano się, że zwichnięcie było powikłane z odłamaniem się obu kłykciów, które następnie przesunęły się ku tyłowi i ku górze i przyrosły na miejscu nieprawidłowem. Wykonano więc resekcyę częściową stawu, z kości ramieniowej odpiłowano kawałek długości 5 ctm., kości przedramienia nie naruszono. Ranę zeszyto i założono opatrunek ustalający ramię w położeniu wyprostowanem. Przy każdym następnym opatrunku ustalano ramię pod kątem coraz ostrzejszym. Po trzech tygodniach rozpoczęto ruchy bierne w stawie łokciowym. Po czterotygodniowem leczeniu w klinice wypisano chorą na jej własne żądanie. Dotąd nie pokazała się w ambulatoryum.

Rok 1899. Fed Bereziuk, lat 11, syn wieśniaka.

Przed trzema i pół miesiącami, potrącony silnie przez drugiego chłopaka, upadł na lewą rękę i od tego czasu zginać jej nie może.

Stan obecny. Lewa ręka wyprostowana. Zgięcie czynne w stawie łokciowym niemożliwe; przy ruchach biernych nieznaczna ruchomość. Pro- i supinacya — upośledzona. Wyrostek łokciowy przesunięty o 2 ctm. powyżej linii stawowej. Główka kości sprychowej sterczy ku zewnątrz i ku tyłowi. Płaszczyzna stawowa kości ramieniowej widoczna i macalna w zgięciu łokciowem. Obrysy kłykcia wewnętrznego bardziej zaokrąglone, niż po stronie prawej, rowku nerwu łokciowego wyczuć niepodobna.

Leczenie. Próbowano w uśpieniu odprowadzenia niekrwawego metodą Rosera. Zapomocą taraudage przerwano zrosty. Przy stopniowem wyciąganiu, zanim doszło do kąta 140°, nastąpiło odłamanie wyrostka łokciowego. Zaprzestano dalszych prób, założono okład wysychający. Po upływie dziesięciu dni przystąpiono do operacyi.

Cięcie podłużne po obu stronach sposobem Olliera. Po otwarciu stawu stwierdzono odłamanie kłykcia wewnętrznego, wyrostka łokciowego i złamanie kości ramieniowej w linii chrząstki nasadowej. Odłamki kości usunięto, powstało skrócenie o 3 ctm., kości przedramienia nie resekowano. Ranę zeszyto i założono opatrunek ustalający.

Po trzech tygodniach przystąpiono do ruchów biernych. Obecnie, to jest po upływie sześciu tygodni, ruchy bierne dają się łatwo wykonywać w zakresie fizyologicznym. Ruchy czynne wykonuje jeszcze w małym zakresie z powodu bolesności.

Rok 1899. Modest Kozak, uczeń gimnazyalny, lat 11. Przed 5-ciu tygodniami przy mocowaniu się upadł na lewą rękę, przywalony przez swego kolegę. Wystąpił silny ból i od tej chwili ręki nie zginał. Zaraz po urazie próbowano zwichnięcie odprowadzić, jednak bezskutecznie.

Stan obecny. Lewa ręka zgięta w stawie łokciowym pod kątem 130°, zgięcie lub wyprostowanie czynne niemożebne. Pro- i supinacya utrzymane. Wyrostek łokciowy wystaje o 2 ctm. powyżej linii stawowej. Płaszczyzna stawowa kości ramieniowej wypełnia zgięcie łokciowe. Główka kości sprychowej przesunięta ku tyłowi i ku wewnątrz. Obrysy obu kłykciów prawidłowe.

Leczenie. Po rozległem rozerwaniu zrostów zapomocą taraudage, udało się odprowadzenie w uśpieniu sposobem Rosera. Rękę ustalono pod kątem ostrym w stawie łokciowym. Chory ma się zgłosić za dwa tygodnie.

Luxatio genus posterior incompleta.

Rok 1897. Daniel Chrzanowski, lat 29, murarz. W roku 1897 dnia 27 sierpnia spadł z rusztowania 2 metry wysokiego. Miał uczucie, jakby mu się coś w kolanie lewem przerwało, od tej chwili nie mógł stanąć na lewą nogę. Wnet wystąpił obrzęk bolesny i zabarwienie sine skóry poniżej i nad kolanem. 24 listopada, t. j. po 91 dniach przybył na klinikę.

Stan obecny. Lewa noga wyprostowana, jej mięśnie wychudłe. Kłykcie kości udowej przesunięte ku przodowi, zewnętrzny bardziej niż wewnętrzny. Rzepka lewa przesunięta ku górze. W zgięciu kolanowem można wymacać tylną zewnętrzną część płaszczyzny stawowej kości

goleniowej. Lewa stopa skręcona nieco na zewnątrz. Ruchy czynne w stawie kolanowym zniesione. Przy ruchach biernych zgięcie i wyprostowanie w małych granicach możliwe, bolesne, abdukcya nieprawidłowa.

Leczenie. Odprowadzenie w uśpieniu udało się tylko niezupełnie, gdyż nie rozerwano więzadła zewnętrznego. Wystąpiły znaczne wynaczynienia i obrzęk w okolicy stawu. Chcąc spróbować powolnego odprowadzenia, zastósowano wyciąganie i przeciwwyciąganie sposobem Volkmanna i podłożono worek z piaskiem poniżej kolana. a drugi cięźki położono na udo powyżej kolana. Z powodu silnych bólów po tygodniu zaniechano tego sposobu i przystąpiono w lutym 1898 r. do resekcyi stawu kolanowego sposobem Guepratta z utrzymaniem rzepki. W kwietniu nastąpiło stężenie kostne, chory opuścił klinikę w opatrunku gipsowym ze strzemieniem. W maju się zgłosił, zdjęto opatrunek gipsowy i założono tutor z organtyny nakrochmalonej. Skrócenie nogi mało widoczne, chód pewny.

VI. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Przyczynek do laparotomii ginekologicznych

podał
Dr. Fr. Slęk
elew kliniki.

Chirurgia jamy brzusznej pozostanie na zawszę bardzo zajmującą dla chirurga. Składa się na to wiele przyczyn, że wspomnę tylko o trudnościach rozpoznawczych i niespodziankach, jakie czasami wikłająca się nieprzewidywanemi trudnościami operacya przedstawiać może. Zaczem przyjmujemy chętnie do naszej kliniki chore z guzami jamy brzusznej wszelkiego rodzaju, a więc i z guzami części rodnych.

Ztąd nagromadził się u nas w przeciągu dwóch lat istnienia kliniki lwowskiej materyał dość pokaźny, na który przypada przeszło 30 operacyj ginekologicznych, a w tem 24 laparotomij, które poniżej mam zamiar rozpatrzyć, oświetlając rzecz ze strony chirurgicznej i kładąc główną wagę na mięśniako-włókniaki macicy, gdyż, jak o tem bieżące piśmiennictwo poucza, niema dotychczas zgody ogólnej, co do wyboru metody operacyjnej w każdym poszczególnym przypadku. Uprzedzam, że nie pokuszę się o to, abym miał wysnuwać ogólne wnioski; zadowolniony będę, jeżeli mi się uda, ilustrując tekst jaknajkrótszymi wyciągami z historyi chorób, obejmującymi tak chore kliniczne, jak i chore z praktyki prywatnej mego Szefa, Pana Radcy Dworu Prof. Rydygiera, skreślić zasady, jakiemi kierujemy się w naszej klinice, a które wydały tak świetny wynik, że na 30 przypadków, z których niektóre były bardzo trudne, nie mieliśmy ani jednego zejścia śmiertelnego. Po skreśleniu zatem ogólnych uwag co do techniki otwarcia jamy brzusznej (których zresztą trzymamy się i w każdym innym przypadku laparotomii), opiszę po kolei włókniako-mięśniaki, oraz raki macicy i zakończę rzecz opisem operacyi torbieli, wychodzących z jajnika i przyjajnika.

I.

W rozprawce, „Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran“ (*Medycyna*, Grudzień, 1898) skreślił Prof. Rydygier szczegółowo zasady naszego postępowania wobec laparotomii. Nie od rzeczy będzie powtórzyć je tu w najogólniejszych zarysach, gdyż jak pouczają prace Trzebickyego, Drobnika i inn., uwagi te były i są na czasie. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zasadniczo nie obstajemy przy tem, aby laparotomie wykonywać w umyślnie do tego celu urządzonych pokojach, klinikach, szpitalach etc. Niektóre owaryotomie i myomektomie wykonywane były w domach prywatnych, wśród bardzo niekorzystnych warunków, rzec można prawie w brudnej komórce pod schodami, a mimo to przebieg pooperacyjny był idealnym. Operowanie wśród takich warunków jest jedynie niewygodnem dla operatora, który ogromnie wytężyć musi uwagę, aby nie popełnić najmniejszego błędu w postępowaniu aseptycznem, w szczególności zaś postarać się o dokładne wyjałowienie pola operacyjnego i wszystkiego tego, co z raną, względnie jamą otrzewnową, ma się stykać. Zatem na dzień przed operacyą każemy chorej wykąpać się w ciepłej wodzie i dokładnie mydłem zmyć powłoki brzuszne. Po kąpieli zakładamy na brzuch okład wysychający z płynu Burowa. Ten działa dostatecznie przeciwgnilnie i dokładnie rozmiękcza powierzchowne warstwy naskórka, nie narażając chorej na zatrucie. Z tych powodów nie używamy do okładów, ani sublimatu, ani formaliny. Gdyż jakkolwiek jesteśmy przekonani o działaniu przeciwgnilnem tych płynów, obawiamy się, aby sublimat wessany nie sprowadził zatrucia, a pary formalinowe, wdychiwane, nie zadrażniły błony śluzowej oskrzeli, czego się obawiamy ze względu na tak częste zapalenia nieżytowe płuc po laparotomiach. Drugi zarzut, jaki formalinie czynimy, jest ten, że nie rozmiękcza naskórka, lecz przeciwnie stwardnia go. Skłonni zaś jesteśmy przypisywać korzystny wpływ wyjaławiający okładów właśnie owemu działaniu rozmiękczającemu naskórek. Kiedy bowiem na następny dzień po dokładnem namydleniu powłok i wytarciu ich wiórami, zbieramy mydło brzytwą, pewni jesteśmy, że równocześnie usuwamy i warstwy powierzchowne naskórka, w których gnieżdżą się bakterye. Zmydlanie to powtarzamy kilkakrotnie, golimy dokładnie włosy na wzgórku łonowym i szczególną uwagę zwracamy na bliznę pępkową, z której mechanicznie wydobywamy obficie zwykle nagromadzony brud. W końcu mydło zmywamy ciepłym roztworem sublimatu (1 : 1000), skórę wycieramy dokładnie eterem i alkoholem, powtórnie zlewamy sublimatem i wreszcie całe pole operacyjne osłaniamy kompresami, maczanymi w sublimacie.

Podaniem olejku rącznikowego na kilkanaście godzin przed operacyą staramy się u mających być operowanemi o dokładne wypróżnienie jelit.

Jamę brzuszną otwieramy w smudze białej i pamiętamy zawsze o tem, aby ku dołowi doprowadzić cięcie aż do spojenia łonowego, ba, nawet nacinamy przyczepy mięśni prostych, względnie piramidalnych, gdzie trzeba operować głęboko w miednicy małej, to bowiem obok położenia pochyłego Trendelenburga znakomicie ułatwia dostęp do niej. Blizna, jaka po tem cięciu pozostaje, nie daje wprawdzie bezwzględnej pewności co do późniejszych przepuklin. Obawiać się ich należy zwłaszcza u kobiet, u których rozstęp mięśni prostych, wywołany poprzedniemi ciążami, do reguły niemal należy. Żadne jednak inne cięcie nie daje tak swobodnego przystępu do guzów, wyrastających z części rodnych wewnętrznych. Kilka razy, idąc za radą Wołkowicza, sta-

raliśmy się odsłonić pochewki mięśni prostych i zeszyć te mięśnie bezpośrednio ze sobą brzegami wewnętrznymi. Nie mogę osądzić, o ile zabieg ten zdoła zapobiedz tworzeniu się przepuklin brzusznych; wiem jednak, że zawsze jest zabiegiem większym i kłopotliwym, a tam, gdzie podściółka tłuszczowa obficie jest rozwiniętą, a mięśnie proste tworzą cienką, jakkolwiek szeroką, wstęgę, prawie niemożliwym do wykonania. Cięcia w innych okolicach, jak zalecane przez Wołkowicza (*Archiv f. klin. Chir.*, T. 57, Z. 4) cięcie równoległe do przebiegu włókien mięśnia prostego lub jeszcze inne, chwalone też przez Becka w New-Yorku, równoległe do więzadła Pouparta i drążące na tępo przez warstwy mięśniowe, niewątpliwie pewniejsze, do tego celu się nie nadają. Starano się dalej niepewność blizny pomniejszyć specyalnem zakładaniem szwów. U nas z czasem wyrobiła się następująca metoda. Przez całą grubość powłok brzusznych, w odstępach 5—6 ctm. zakłada się szwy jedwabne grube, przyczem przestrzegamy przepisów Passavanta i Fritscha, t. j. że w szew zachwytujemy mało otrzewnej, dużo mięśnia i znów mało skóry (Passavant), a igłą przekłówamy od jamy otrzewnowej ku skórze (Fritsch). Fritsch bowiem, jak wiadomo, zwrócił uwagę, że przekłówając igłą od skóry w głąb, natrafić możemy na gruczoł łojowy lub torebkę włosową i z niej zawlec bakterye w głąb przewodu szwu. Szwów tych na razie nie zawiązujemy, lecz poprzednio jeszcze zaszywamy otrzewnę szwem katgutowym ciągłym i, w miarę postępu tego ostatniego, zawiązujemy szew jedwabny, bacząc, by pomiędzy brzegi rany nie wsunęła się sieć lub pętla jelita itp. W końcu zakładamy szew ciągły katgutowy na skórę. Dzięki takiemu postępowaniu wyjątkowo widujemy ropienie w szwach jedwabnych, nigdy katgutowych. Łagodny jednak przebieg ropienia każe się nam domyślać, że chodzi tu w przeważnej części o ropienie bez współudziału swoistych bakteryj, o ropienie wywołane obumarciem miejscowem tkanek, spowodowanem uciskiem przez szew (Poppert). Po wyjęciu nitki, bez dalszych zabiegów, jamka po ropieniu zamyka się w przeciągu kilku dni.

Podczas operacyi osłaniamy jelita okładami, maczanymi w ciepłym rozczynie kw. borowego, chroniąc je przed zakażeniem, oziębieniem i wyschnięciem. Po operacyi przeglądamy dokładnie jamę brzuszną, każde miejsce krwawiące opatrujemy dokładnie podwiązką z jedwabiu (wyjałowionego przez wygotowanie w 5% rozczynie kwasu karbolowego) i jak najskrupulatniej wydalamy skrzepy krwi. Do podwiązek w jamie brzusznej z zasady używamy jedwabiu, a unikamy katgutu. Obawiamy się bowiem, aby ten ostatni, pęczniejąc i stając się oślizłym, nie spełzł z naczynia. Taki bowiem krwotok, trudny potem do zatamowania, może się stać przyczyną śmierci operowanego, a o śmierć z tej przyczyny w pierwszym rzędzie winić należy operującego. Troskliwie zaszywamy w końcu wszelkie luki i szczeliny w ciągłości otrzewnej wyścielającej jamę brzuszną, aby zapobiedz tworzeniu się zaułków i zrostów, które na razie, obniżając odporność otrzewnej, czynią ją skłonniejszą do spraw zapalnych, zakaźnych a w przyszłości przyczynić się mogą do odgięcia, zaciśnięcia, lub uwięźnienia jelita, t. j. sprowadzić niedrożność przewodu pokarmowego.

Mimo rozległego użycia w laparotomiach miejscowego znieczulania sposobem Schleicha, wszystkie operacye ginekologiczne wykonywaliśmy w ogólnem uśpieniu chloroformem.

Do tego postępowania skłaniały nas różne powody. Doświadczenie pouczyło nas, że kobiety wogóle o wiele lepiej znoszą wszelkie zabiegi w jamie brzusznej, niż mężczyźni, a w szczególności o wiele rzadziej u kobiet stwierdzamy zapalenie płuc po laparotomii. I jakkolwiek szczegółowej przyczyny tego nie znamy, pojmujemy rzecz dobrze. Wszakżeż jama brzuszna w życiu płciowem kobiety, specyalnie zaś w akcie rozrodczym, na tyle urazów narażona musiała z czasem uzyskać ogólnie większą odporność, niż u mężczyzn! Potem operacye te bywają albo tak łatwe, jak n. p. niepowikłana owaryotomia, że krótkotrwałe uśpienie zgoła żadnego wpływu szkodliwego w kierunku usposobienia do powstania zapalenia płuc wywrzeć nie może, lub też, gdy są zrosty (np. torbiele jajnikowe zropiałe lub cechy nowotworu złośliwego nabierające włókniako-mięśniaki), to tak rozległe, że uśpienie ogólne, staje się konieczne, jeżeli już nie na to, aby ułatwić operacyę, to aby oszczędzić chorej nadzwyczajnych bólów. Przy wyjmowaniu zaś macicy przez pochwę metoda Schleicha dałaby bardzo nie pewne wyniki. Wszystko to skłania nas do ogólnego stosowania uśpienia chloroformowego i to tem śmielej, że nigdy nie zauważyliśmy żadnego niepomyślnego wyniku dla chorej, któryby choć w najdalszym związku pozostawał z uśpieniem.

Leczenie pooperacyjne, w przypadkach niepowikłanych, jest bardzo proste. Po 24 godzinnym ścisłym poście, którym staramy się zapobiedz przykrym i niepożądanym wymiotom po chloroformie, przez kilka pierwszych dni chora otrzymuje jeno pokarmy płynne, a potem stałe pożywne, lecz lekkostrawne. Stolce w pierwszym tygodniu sprowadzamy lewatywami, potem olejkiem rącznikowym lub wodą gorzką. W 2 tygodnie po operacyi wyjmujemy szwy jedwabne, a w początku czwartego tygodnia chora opuszcza łóżko, otrzymawszy pas na brzuch. Czy takie postępowanie dostatecznie chroni operowane od wytworzenia się przepukliny brzusznej, trudno nam osądzić. Wiemy tylko tyle, że żadna z chorych, w przeciągu dwóch lat w tutejszej klinice operowanych, nie zgłosiła się do nas z przepukliną.

II.

Po tych ogólnych uwagach przystępuję wedle nakreślonego planu do części szczegółowej i rozpoczynam od włókniako-mięśniaków macicy. Z tymi nowotworami przyjęliśmy do kliniki i leczyli chorych 14, a mianowicie:

L. p.	Nazwisko i wiek chorej	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	T. W. 39 lat	Guz wielkości cytryny, wyrastający z tylnej ściany macicy i wrastający w więzadło szerokie lewe. Rozpoznanie: *Fibromyoma.*	Przez laparotomię wyłuszczono guz wielkości pięści z pomiędzy blaszek więzadła. Macicę i części dodatkowe pozostawiono nietknięte.	Po operacyi chora gorączkowała. D. 2-go wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego. które po 2 dobach ustąpiły pod wysokiemi wlewaniami. Opuściła klinikę po 40 dniach.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
2	B. F. 45 l.	Trzy guzy wielkości małego jabłka i kilka mniejszych. Rozp.: *Fibromyomata intramuralia.*	*Exstirpatio uteri et adnexorum per vaginam m. Doyen.*	Przebieg bezgorączkowy i bez zaburzeń. Chora opuszcza klinikę po miesiącu.
3	K. S. 42 l.	Guzy wypełniają całą miednicę. Macica powiększona dosięga szczytem linii przechodzącej przez pępek. Rozp.: *Fibromyomata interstitialia.*	*Exstirpatio uteri myomatosi, per vaginam m. Péan-Richelot - Doyen „par morcellement“.*	Chora już po 10 dniach opuściła klinikę. W d. c. leczyła się poza kliniką. Wyleczona.
4	D. S. 55 l.	*Fibro-myosarcoma uteri, metastases in gland. lymph. inguinum, axillarum et recti.*	*Observatio.*	
5	M. J. 27 l.	Guzek w macicy wielkości orzecha włoskiego. Rozp.: *Fibromyoma uteri intramurale, endometritis et colpitis gonorrhoica, tumor ovarii d. cystitis.*	*Observatio.*	Leczona następnie przez specyalistę metodą Apostolego; włókniak zanikł zupełnie.
6	S. L. 52 l.	Guz wielkości pięści ruchomy, wychodzący z tylnej ściany macicy. Rozp.: *Fibromyoma submucosum.*	*Enucleatio fibromyomatis per vaginam.*	Przebieg bezgorączkowy. Opuściła klinikę po miesiącu.
7	K. R. 29 l.	*Fibromyoma uteri intraligamentosum(?)*	Na proponowaną operacyę nie zgodziła się.	
8	W. K. 49 l.	Macica z guzami sięga do linii pępkowej. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Nie rodziła i nie roniła. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Opuszcza klinikę po 6 tygodniach.
9	M. W. 45 l.	Guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Rozp.: *Fibromyomata subrecosa et intramuralia.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Wypisana z kliniki po 6 tygodniach.
10	M. F. 18 l.	2 guzy wielkości głowy noworodka. Lewy zrośnięty z talerzem biodrowym. Rozp.: *Fibrosarcoma uteri.*	*Casus inoperabilis.*	
11	C. R. 31 l.	*Fibromyoma uteri et cystis dermoidatis parovarii.*	*Exstirpatio uteri et ovariectomia m. Doyen (per vaginam).*	Przebieg bez powikłań. Opuściła klinikę po 4 tygodniach.
12	M. J. 45 l.	Guz przekraczający szczytem linią pępkową. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Exstirpatio uteri m. Freund-Rydygier.* Operacya trudna z powodu zrostów z jelitami.	Przebieg pooperacyjny powikłany przemijającem zapaleniem pęcherza. Po 4 tygod wypuszczona z kliniki. Wyleczona.
13	L. B. 36 l.	Guz wielkości głowy dorosłego człowieka. Rozp.: *Fibromyomata.*	*Exstirpatio uteri m. Freund-Rydygier.* Podczas operacyi znaleziono nadto torbiel jajnikowy.	Po operacyi gorączkowała skutkiem zapalenia w szwach powłok brzusznych i w szwach, jakimi tym razem zaszyto pochwę. Po wyjęciu szwów z pochwy i zapewnieniu swobodnego odpływu ropie, gorączka opadła. Wyleczona.
14	K. K. 35 l.	Guz sięgający powyżej pępka. Rozp.: *Fibromyomata intramuralia.*	*Amputatio uteri supravaginalis m. Péan.*	Ropienie w szwach brzusznych. Wyleczona po 4 tygodniach.

Po odtrąceniu 4 przypadków, w których zabieg operacyjny był albo niemożliwy do przeprowadzenia (p. tabl. Nr. 4 i 10), albo niepotrzebny (N. 5), lub spotkał się z odmową chorej (N. 7), operowaliśmy z powodu włókniakomięśniaków 10 razy i wykonaliśmy: 1) wyłuszczenie samego tylko włókniaka z więzadła szerokiego po otworzeniu jamy brzusznej 1 raz; 2) wyłuszczenie zajętej macicy wraz z częściami dodatkowemi przez pochwę sposobem Doyena 2 razy; 3) *„par morcellement“* m. Péan-Doyen-Richelota 1 raz; 4) wyłuszczenie włókniaka podśluzowego przez pochwę 1 raz; 5) *amputatio supravaginalis uteri myomatosi* m. Péana 3 razy i 6) całkowite wyjęcie macicy z przydatkami sposobem Freund-Rydygiera — 2 razy.

Same liczby mówią za siebie. Jeżeliśmy w 10 przypadkach operowanych użyli 6 różnych metod, najlepszy to dowód, że ściśle indywidualizujemy, zastosowując dokładnie metodę operacyjną do jakości przypadku. I kierujemy się w wyborze metody tem przeważnie, aby, zapewniając operowanej zupełne zdrowie, nie pozbawiać jej bez koniecznej potrzeby możności płodzenia, o ile ta jeszcze u danej osoby istnieje.

Nadużyłbym cierpliwości czytelnika, gdybym chciał szczegółowo wyłuszczać zasady, jakiemi się powodujemy w wyborze sposobu leczenia i metody operacyjnej. Przed kilkoma laty wyłuszczył je Prof. Rydygier *(Pamiętnik VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, Lwów, 1895)*, a w ostatnich czasach pisano o tem szeroko i długo ze stron fachowych, że wymienię tylko Olshausena, Bumma *(Beitr. z. Gbrtshl. u. Gynekol.)* i Küstnera *(Berl. Klinik 125)* i wreszcie treściwy „rzut oka“ na tę sprawę A. Sołowija *(Przgl. lek. 1899, Nr. 16)*. Streszczając się, tyle powiedzieć możemy, że wszędzie tam, gdzie pojedynczy włókniako-mięśniak usadowił się tak, że go łatwo, z zachowaniem całego narządu płciowego, wydalić można, wydobywamy go, czy to przez

pochwę (włókniaki podśluzowe), czy też po wstępnem otwarciu jamy brzusznej (guzy podsurowicze). Gdzie jednak włókniaków jest wiele, zwłaszcza śródmiąższowych i istnieje wskazanie do operacyi, lub też gdzie słusznie podejrzywamy, że nowotwory te przybierają cechę złośliwych, wyjmujemy macicę całą. Pierwszeństwo dajemy operacyom przez pochwę i tą drogą wydobywaliśmy guzy nawet znaczne, bo sięgające do pępka, posługując się rozkawałkowywaniem nowotworu. Kiedy jednak spodziewamy się znaleźć duże trudności podczas zabiegu i gdy mamy do czynienia z chorą niedokrewną, dla której długość trwania uśpienia chloroformowego nie jest rzeczą obojętną, wolimy operować od jamy brzusznej i zastosować albo amputacyę nadpochwową macicy sposobem Péana, lub też całkowite jej wycięcie metodą Freund-Rydygiera. I nie stawiamy pytania tak, jak Küstner: „Totalexstirpation oder supravaginale Amputation?"; lecz staramy się wynaleźć wskazania dla jednej lub drugiej metody. U kobiet, które nie rodziły i u których pochwa jest wązka i mało rozciągliwa i u niewiast bardzo wyniszczonych, gdzie na pośpiechu zależy, wykonywamy histerektomię nadpochwową. Gdzie zaś podejrzywamy, że włókniaki przybrały charakter nowotworów złośliwych, gdzie nowotwory schodzą tak nizko, że niemal szyjkę zajmują i oczywiście w każdym tym przypadku, w którym w szyjce rozwija się rak, wykonywamy całkowite wyjęcie macicy, czy to przez pochwę, czy też sposobem Freund-Rydygiera. W odpowiednim przypadku możnaby zastosować modyfikacyę tej ostatniej metody, podaną przez Sołowija (l. c.).

Z naszych operowanych nie straciliśmy ani jednej. Wszystkie w zupełnie pomyślnym stanie zdrowia opuściły klinikę. Odpowiednio do takiego wyniku i przebieg pooperacyjny był wcale gładkim. W historyach chorób zanotowaliśmy jedynie u chorej W. K. (Nr. 8) nagłe wystąpienie objawów, opisywanych w przebiegu histeryi, w których przeważały częste omdlenia i które skłonni jesteśmy przypisać wydaleniu zupełnemu części rodnych wewnętrznych (byłyby-to zatem t. z. *Ausfallserscheinungen)*, ustąpiły bowiem po kilku dniach wśród podawania tabletek z owaryiny.

Po operacyach przez pochwę, przy których nigdy nie używamy kleszczyków do tamowania krwotoku, lecz zawsze podwiązek jedwabnych, ścian pochwy nie zaszywamy, tylko tamponujemy ją dokładnie gazą jodoformową. Natomiast zaszywamy otrzewnę ponad sklepieniem, choćby tylko kilku szwami. Raz zrobilismy wyjątek z tej reguły u chorej L. B. (Nr. 13) i po operacyi pochwę zaszyliśmy. Po kilku jednak dniach, kiedy chora gorączkowała i nie było można znaleźć w narządach wewnętrznych żadnej zmiany, któraby stan gorączkowy tłomaczyła, wyjęliśmy szwy z pochwy, gojącą się już ranę otworzyliśmy napowrót i znaleźliśmy ropień otorbiony ponad pochwą. Poczem chora przestała gorączkować.

III.

W obec włókniako-mięśniaków biedzić się musimy nad pytaniem, czy trzeba operować, czy nie; a gdy pytanie wypadnie potwierdzająco, czeka nas nowy kłopot, jaką wybrać metodę? W obec raka macicy pytania te odpadają, — operatorowi pozostaje tylko rozstrzygnąć, czy można jeszcze operować? Do wielu skarg, odzywających się ze wszystkich stron świata i my swoją, jednobrzmiącą z tamtemi, dołączyć musimy; czemu chore tak późno zgłaszają się do chirurga z żądaniem pomocy! I nie wiemy kogo winić, czy lekarzy, czy same chore. Zdaje się, że wina ciąży raz po jednej, innym razem znowu po drugiej stronie. Rozpoznanie w samych początkach trudne, nieraz bardzo trudne. Często wątpliwą sprawę rozstrzyga dopiero „mędrzec ze szkiełkiem w oku". Niestety, nie każdy lekarz ma mikroskop i nie każdy posiada dostateczną biegłość w mikroskopowaniu. Nie kusząc się o rozstrzygnięcie tych rzeczy niepewnych i oszczędzając czytelnikowi litanii uwag, jakieby *à propos* tego wypisać można, zaznaczam fakt, że z kilkunastu kobiet, które w klinice szukały pomocy z powodu raka macicy, zaledwie u trzech pokusić się można było o operacyę radykalną, już przed operacyą stawiając bardzo wątpliwe co do nawrotu rokowanie, które zbyt rychło w jednym przypadku się sprawdziło. Wszystkie trzy przypadki dalekimi były od ideału Olshausena. A szkoda. Wiemy bowiem, że w korzystnych przypadkach osiągnąć można trwałe wyleczenie. Dotychczas żyją i dobrem cieszą się zdrowiem pomiędzy innymi trzy dobrze nam znane pacyentki z praktyki prywatnej Prof. Rydygiera, którym wyjął macicę z powodu raka przed 9-ma, 7-ma, względnie 4-ma laty.

Jak już nadmieniłem, operowaliśmy przez przeciąg 2 lat 3 przypadki raka szyjki macicy, t. j.:

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	T. D. lat 37	Owrzodzenie ogranicza się ściśle do części pochwowej Rozp: *Carcinoma cervicis uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*	Wyleczona po 35 dniach
2	H. S. l. 58	Owrzodzenie przechodzi z szyjki na tylną ścianę pochwy Rozp. *Carcinoma uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam* Rak zajmował także przednią ścianę odbytnicy, dochodząc do błony śluzowej.	Wyleczona po 6 tygodniach. Śmierć w 4 miesiące później z powodu miejscowego nawrotu cierpienia
3	O. S. l. 50	Sklepienie boczne lewe węższe niż prawe. Rozp. *Carcinoma cervicis uteri*	*Exstirpatio uteri per vaginam*	Wyleczona po miesiącu.

W technice operacyjnej nie trzymamy się ściśle przepisów Doyena. Na więzadła szerokie zakładamy podwiązki jedwabne, pochwę tamponujemy i oczekujemy póki podwiązki nie wyropieją. Następuje to zwykle po 3—4 tygodniach.

Mała ztąd dla nas pociecha, że wszystkie operowane wyszły gładko i obronną ręką z niebezpieczeństw operacyi. Jedna z nich umarła już w kilka miesięcy z powodu miejscowego nawrotu, a losy 2 innych bardzo niepewne. Sądzimy jednak, że i w takich nie zbyt świetnych przypadkach nie powinno się chorym odmawiać operacyi, kiedy są przekonane, że uleczenia spodziewać się mogą tylko z operacyi. Nieocenioną jest w pewnych warunkach złudna nadzieja, że się znów jest zdrowym!

IV.

Największą liczbę laparotomij ginekologicznych wykonaliśmy z powodu torbieli jajnikowych. Każdej chorej, która zgłosiła się do kliniki z powodu torbiela jajnikowego, proponowaliśmy operacyę i najczęściej spotykaliśmy się ze zgodą chorej. Bo tu nie ma wątpliwości, czy trzeba operować, czy nie. Pozostawiając torbiel w jamie brzusznej, narażamy dotkniętą niepotrzebnie na wielorakie niebezpieczeństwa, ryzyko zaś, jakie chora na siebie bierze, godząc się na laparotomię, obecnie jest tak minimalnem, że nie wahamy się nigdy gorąco zalecać w tych przypadkach operacyi. I nigdy nie mieliśmy sobie z tego powodu nic do zarzucenia, jak o tem świadczy następujące zestawienie.

L. p.	Nazwisko i wiek	Szczegóły ze »stanu obecnego« i rozpoznanie	Operacya i stosunki podczas niej znalezione	Uwagi i przebieg pooperacyjny
1	Z. M. lat 23	*Cystis dermoidalis ovarii dextri*	Owaryotomia. Podczas operacyi znaleziono włókniak wielkości orzecha laskowego na przodkowej ścianie macicy i wycięto go	Wyleczona
2	G. H. l. 15	*Cystis dermoidalis ovarii sinistri*	Owaryotomia. Skręcenie szypuły 2 r. naokoło osi	Wyleczona
3	A. T. l. 34	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariectomia* Szypułę opatrzono sp. Rosnera	Wyleczona
4	K. B. l. 35	*Kystoma ovarii dextri multiloculare*	*Ovariotomia.* Zrosty z jelitami rozdzielono	Wyleczona
5	S. G. l. 33	*Kystosarcoma ovarii sinistri*	*Ovariotomia*	Wyleczona
6	P. C. l. 30	*Kystoma parovarii duplex, hydrosalpinx sinistra*	*Ovariotomia.* Po stronie lewej torbiel wielokomorowy wrastał pomiędzy blaszki krezki jelit	Wyleczona
7	B. K. l. 30	*Kystoma ovarii sinistri; torsio*	*Ovariotomia.* Rozległe zrosty z jelitami. Szypuła okręcona 3 razy. Opatrzono ją sposobem Rosnera	Wyleczona
8	A. K. l. 56	*Kystoma ovarii utriusque; myoma fundi uteri subserosum*	*Ovariectomia duplex. Myomectomia.* Torbiel lewy okręcony $1^1/_2$ razy, zrosły z jelitami i z włókniakiem	Wyleczona
9	M. S.	*Cystis dermoidalis duplex. Torsio cystis sinistrae*	*Ovariectomia duplex.* Szypuła lewego torbiela okręcona $1^1/_2$ r. znaleziono w nim jakoby peruczkę z włosów jasnych. W torbielu prawym warkocz włosów ciemnych i kawałek szczęki z 3 zębami	Wyleczona
10	R. J. l. 58	*Kystoma ovarii dextri ruptum*	*Ovariotomia.* Liczne zrosty z trzewami. Masa płynu galaretowatego, a w nim wiele ciał jakby ze zbitego włóknika, wielkości małych jabłek.	Wyleczona
11	A. N. l. 53.	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariectomia*	Wyleczona
12	J. K. l. 26	*Kystoma ovarii sinistri*	*Ovariotomia.* Zrosty ze ścianami miednicy	Wyleczona
13	P. B. l. 55	*Kystoma ovarii multiloculare*	*Ovariotomia*	Wyleczona
14	R. L. l. 28	*Cystis dermoidalis ovarii sin.*	*Ovariotomia.* W torbielu szczęka z zębami	Wyleczona
15	J. K. l. 49	*Kystoma ovarii utriusque et fibromyoma uteri*	*Ovariectomia duplex, enucleatio fibromyomatis subserosi.*	Wyleczona
16	K. K. l. 21	*Fistula in parietibus abdominis* (?)	*Cystis dermoidalis ovarii dextri.* Liczne bardzo zrosty z trzewami	Wyleczona
17	J. I. l. 12	*Kystoma ovarii dextri*	*Ovariotomia.*	Wyleczona
18	D. R. l. 46	*Kystoma ovarii dextri Torsio*	*Ovariotomia.* Szypuła okręcona 2 razy	Wyleczona

Naliczyliśmy zatem w tych 18 przypadkach 8 razy torbiel jednokomorowy, 2 razy wielokomorowy, 5 razy torbiel skórzasty, 1 raz torbiel wychodzący z *parovarium*, 1 raz torbiel jednokomorowy pęknięty i 1 raz *kystosarcoma*. W 5 przypadkach (na 18) znaleźliśmy szypułę okręconą, czemu towarzyszyły odpowiednie objawy podmiotowe i podczas operacyi znalezione zmiany anatomiczne. Rozpo-

znanie, tak w przeważnej liczbie przypadków łatwe, raz nie małe przedstawiało trudności i wyjaśnionem zostało dopiero podczas operacyi. Mówię o przypadku 16-stym. Mała przetoka w powłokach brzusznych, sącząca płyn ropiasty, wybitnie kałem cuchnący i od czasu do czasu wydobywające się z niej gazy, obok zupełnie niejasnych wywiadów i trudne stosunki przedstawiającego badania przedmiotowego, a bardzo nędznego stanu ogólnego chorej, kazała nam myśleć o przetoce kałowej i to prawdopodobnie na tle owrzodzeń gruźliczych. Dopiero po mozolnem otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że chodzi o torbiel skórzasty, który z niewiadomych przyczyn przebił przez powłoki brzuszne, a skutkiem licznych zrostów z jelitami i dostępu powietrza atmosferycznego, treść jego nabrała woni kałowej i zaczęła gnić.

Operacya sama, z wyjątkiem wyżej nadmienionego przypadku i paru innych, nie była trudną. Utrudniają ją najczęściej zrosty z otoczeniem, rzadziej usadowienie się torbieli w więzadle szerokiem lub wrastanie jej pomiędzy blaszki krezki. Jakkolwiek jednak było, nawet najtrudniejsze przypadki przebiegały po operacyi tak gładko, jak sobie tego tylko życzyć można było. Co do techniki samej operacyi, do tego, cośmy powyżej napisali, dodać tylko tyle mogę, że szypułę najczęściej opatrywaliśmy w ten sposób, żeśmy ją w kilku partyach podwiązywali jedwabiem, pamiętając tylko o tem, aby obie podwiązki brzeżne zabezpieczyć od obsunięcia się przez przeszycie jednego końca podwiązki igłą dośrodkowo od podwiązki. I nie widząc złych następstw po takiem postępowaniu, wyjątkowo tylko (2 razy) zaopatrzyliśmy ją tak, jak to swego czasu zalecał A. Rosner.

Jak wielka różnica między czasami obecnymi, a kilkanaście lat temu wstecz! Owaryotomia, którą dziś uważamy za tak niewinną operacyę i która z powodzeniem wykonywaną bywa nawet przez mniej wprawnych chirurgów, jeszcze z początkiem ery antyseptycznej dla dzielnych i najdzielniejszych chirurgów owego czasu była „octem i żółcią,“ mimo bowiem trosk niebywałych tracili jedną chorą po drugiej.

W końcu niechaj mi wolno będzie serdecznie podziękować Szefowi memu, Panu Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie i pozwolenie ogłoszenia przypadków, leczonych w klinice i w Jego prywatnej praktyce, jak nie mniej za cenne wskazówki.

W roku bieżącym przypada 25-letni okres naukowej działalności Radcy Dworu prof. Dra **Ludwika Rydygiera.** *Asystenci i elewi lwowskiej kliniki chirurgicznej postanowili uczcić tę rocznicę swego szefa, a jednym z widomych znaków tych uczuć jest właśnie dzisiejszy numer „Przeglądu Lekarskiego“, cały wypełniony ich pracami, wykonanemi przeważnie w lwowskiej klinice chirurgicznej. Chętnie oddaliśmy ten numer na taki użytek, bo już samo ofiarowanie naukowego plonu z tej niwy, którą jubilat przez szereg lat uprawiał i siał ziarno, jest, według nas, najszczytniej pojętym jubileuszem i rzetelnie godnym ludzi nauki i wysokiej instytucyi naukowej. Lecz Redakcya „Przegl. Lek. niemniej jest pomną, że jubilat na szpaltach jej organu rozpoczynał piśmienniczą swą działalność i stosunek ten przez 25 lat pielęgnował; pomną jest i wdzięczną, że stworzył instytucyę „Zjazdów chirurgów polskich“, która w ruchu piśmienniczym stale zaznacza swój byt; pomną i wdzięczną za wykształcenie szeregu dzielnych chirurgów i pisarzy, już dziś zespolonych z wydawnictwem naszego pisma. Będziemy wyrazem uczuć nietylko naszych, lecz i naszych czytelników, jeśli na tem miejscu złożymy Czcigodnemu Jubilatowi gorące życzenie, oby w dobrem zdrowiu i swobodzie ducha żył długie lata, żył jak dotąd, zawsze pod nieskazitelnym sztandarem czci i godności osobistej i pod dotychczasowem hasłem pracy i nieograniczonego poświęcenia dla wyższych celów duchowych, na pożytek naszej nauki i chwałę naszego społeczeństwa.*

(Redakcya).

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Przeglądzie chirurgicznym* (Tom IV, zeszyt II): Skłodowskiego J.: O niedrożności przewlekłej kiszki cienkiej. Doc. dr. Ciechanowskiego St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 5: Dr. Flauma M.: O popularyzowaniu medycyny. Likierta N.: Expertyza lekarsko-sądowa (c. d.). Giedroycia F.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce (dok.). W *Medycynie* Nr. 18: Arnsteina F.: O wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej i wskazaniach do stosowania tego środka (dok.). Dr. Funka: W sprawie istoty pryszczycy (eczema) i stosunku jej do innych cierpień skóry. W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 5: Dr. Kolińskiego J.: O wpływie zażywania tabaki na oczy. Dr. Kruschego A.: Kilka słów o znieczulaniu miejscowem. Dr. Wojnicza A.: Dwie postacie zimnicy skrytej. Dr. Łazarowicza: Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich (dok.). Dr. Tumpowskiego: Służba niższa w szpitalach dla obłąkanych. Dr. Sterlinga S.: Z wycieczki do uzdrowisk dla piersiowych (ciąg dal.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 18: Dr. Heimana T.: O chorobie Ménièra. Dr. Józefowicza J.: Przypadek zakaźnego zapalenia wsierdzia pomyślnie zakończony. Grünbauma A.: Trzydzieści pięć przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego (dok.),

Redakcya otrzymała:

— Opis oddziału dla piersiowych przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, kwiecień, 1899).

— Dr. Flatau Ed.: Ueber die Localisation der Rückenmarkscentren für die Musculatur des Vorderarmes und der Hand beim Menschen. (Odbitka z *Archiv für Anatomie und Physiologie*, 1899).

— Dr. Glück Leopold: Rzut oka na dzieje trądu w czasach starożytnych, 1899.

— Tenże: Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen. (Odbitka z *Wien. med. Wochensch.* Nr. 49, 1898 rok).

— Tenże: Ein Fall von Favus am Penis. (Odbitka z *Archiv f. Dermatologie und Syphilis*).

— Tenże: Gabriel d'Ayala über die Syphilis. (Odbitka z *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*).

— Tenże: Ueber die Ursachen und die Bedeutung der Eruptionen im Lepraprozesse. (Odbitka z *Dermatologische Zeitschrift*).

— Dr. Maleszewski Wł.: Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie na podstawie doświadczeń klinicznych. (Odbitka z *Przegl. Lek.*, 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 17 maja, o godzinie 6-tej wieczorem w klinice chirurgicznej posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Kol. Dr. Zoll przedstawi przypadek chorobowy; 2) kol. Dr. Rutkowski przedstawi przypadki chorobowe z kliniki chirurgicznej; 3) Kol. Prof. Pieniążek wygłosi odczyt o leczeniu twardzieli tchawicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych dla okręgu lekarskiego Kraków II z siedzibą w Krakowie, ogłasza się niniejszem konkurs.

Do powyższego okręgu lekarskiego przydzielony jest c. k. urząd ruchu w Krakowie, c. k. zarząd ogrzewalnin w Krakowie, jako też personal zajęty w biurach c. k. sekcyi konserwacyi Kraków I i II. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, w wyżej wymienionych działach służby zatrudnionych, jako też wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1300 złr. i 500 złr. ryczałtu na fiakry rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. opatrzone wnosić należy najdalej do 25 maja b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, a i bliższych dotyczących informacyi zasięgnąć można w tutejszym oddziale I.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1-go lipca 1899 roku.

L. 1326.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w *Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Krzeszowice, Czatkowice, Czerna, Dubie, Filipowice, Miękinia, Młynka, Nowa góra, Nawojowa góra, Paczółtowice, Radwanowice, Siedlec, Żary, Żbik, Rudawa, Brzezinka, Frywałd, Nielepice, Niegoszowice, Pisary, Rudno, Sanka, Tenczynek i Wola filipowska z ludnością 14371 głów według spisu z roku 1890.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr., płatna w ratach miesięcznych z góry z kasy Wydziału powiatowego i ryczałt na koszta podróży 250 złr. w ratach kwartalnych z góry, z funduszów krajowych.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języka polskiego;

5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;

6) dostateczna fizyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Należycie udokumentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 31 maja 1899 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 25 kwietnia 1899 r.

118 Prezes *Wodzicki* m. p.

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitarny *Zabie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny *Pistyń* płaca roczna 500 złr. i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi będą mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wnosić do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej na posadę lekarza okręgowego w *Warężu* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

MARYENBAD (CZECHY) Zdrojowisko światowe

z najsilniejszemi ze wszystkich znanych wód glauberskich, najsilniejszemi z czystych wód żelazistych, ługiem mineralnym najobfitszym w żelazo, odznaczający się swem położeniem wysokiem w górach lesistych.

„Centralbad" i „Neubad" nowo wybudowane, wyposażone bogato w przyrządy do stosowania kąpieli borowinowych, stalowych, parowych — gazowych z gorącego powietrza. Zakład wodoleczniczy. Massaż, gimnastyka. Skuteczne w chorobach żołądka, wątroby, zastoju w układzie żyły bramnej, w cierpieniach pęcherza, w chorobach kobiecych, ogólnych schorzeniach, otyłości, niedokrewności, cukrzycy i t. d.

Nowo zbudowana Kolonada. — Warzelnia soli. — Oświetlenie elektryczne miasta. — Wodociągi.

Teatr. — Tombola. — Reuniony. — Polowanie. — Rybołowstwo. — Klub jazdy konnej i welocypedystów. — Lawn-Tennis. — Telefon śródmiejski.

Pora zdrojowa od 1. Maja do 30. Września.

Frekwencya 18000 (wył. przejezdnych). — Prospekty i broszury darmo otrzymać można w biurze burmistrza.

Do picia wód w domu: Kreuzbrunn, Ferdinadsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn, Karolinenbrunn. Flaszki duże zawierają trzy ćwierci litra.

Naturalna maryenbadzka sól zdrojowa sproszk. i kryst. (0·862 g. sproszk. soli odpowiada 100 g. wody mineralnej). W flakonach po 125 i 250 g. lub w dawkach po 5 g. w kartonach.

Maryenbadzkie pastylki zdrojowe w oryginalnych pudełkach, zobojętniają kwas i rozwalniają śluz.

Dla kąpieli Maryenbadzka ziemia ługowa, mydło zdrojowe, zioła i sól borowinowa. We wszystkich składach wody mineralnej, drogueryach i większych aptekach.

85 **Rozsyłka wód Maryenbad.**



Najobfitsza w bezwodnik węglowy naturalna lecznicza i stołowa **szczawa**

JOHANNISBRUNN na Śląsku

(MELTSCHERWASSER).

Znana od roku 1804

badana przez radcę dworu

Dra Ernesta Ludwiga

w r. 1865 i po raz wtóry w r. 1898.

Zawiera wolnego bezwodniku węglowego 27·909 i 30·474 części.

Nabywać można u

K. Wiszniewskiego i K. Wenzla w Krakowie

lub też wprost z Zarządu zdrojowego dóbr hr. Razumowskyego w Johannisbrunn. 72

Stacya pocztowa i telefoniczna obok Opawy.

Ordynuję od 1-go Maja w Cudowie.

114

Dr. Jan Oświecimski

lekarz chorób kobiecych.

Dr MICHAŁ KAUFMANN

ordynować będzie jak w latach poprzednich przez sezon kąpielowy

W MARYENBADZIE

120 (VILLA LISSA).

W atonii kiszek, nerwobólach i otyłości łączy kuracyę zdrojową z mięsieniem (*Massage*), które sam wykonywa.

Polecone przez Świetne Tow. lek. krak.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest nałatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn

wyrobu 112

Aptekarza D. Matuli w Podgórzu.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej z winem słodkiem. — Na składzie w Krakowie: w Aptece K. Wiszniewskiego i E. Helleza, na prowincyi w każdej większej aptece. Cena 1 złr.

Gips alabastrowy

do celów chirurgicznych

polecony przez Towarzystwo lekarskie krakowskie

wyrabia i sprzedaje 64

Fabryka gipsu M. Amelsena dawniej **Karol Czecz i Spółka w Płaszowie.**

Wyłączne zastępstwo dla Krakowa ma firma Szarski i Syn Rynek gł.

Zarząd Zakładu Kąpielowo-Zdrojowego

W CIECHOCINKU

niniejszem ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu 8-go (20) Maja na przeciąg czasu czterech miesięcy.

Ciechocinek łączy się odnogą kolei żelaznej Warszawsko-Bydgoskiej z pograniczną stacyą Aleksandrów. Komunikacya ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Roczny zjazd kuracyuszów dochodzi do 8.000 osób. Przy kancelaryi Zakładu jest biuro informacyjne, ułatwiające wynajmowanie mieszkań. Prywatny hotel, produkty na miejscu, teatr, park, orkiestra, gazety, wodociąg i inne dogodności.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone, szczególniej są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych i reumatycznych. 105

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 20 Maja 1899. Nr. 20.

Redakcya: przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy wracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie.	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Do dzisiejszego Nru dołącza się:
1) List otwarty Dra M. Cerchy;
2) Broszurkę o Rymanowie.

Rok XXXVIII. Kraków, 20 Maja 1899. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej uniwersytetu Jagiellońskiego pod dyrekcyą Prof. Jordana.**

Przypadek marskości przedsionka sromowego.

(Kraurosis vulvae),

podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Cierpienie to, będąc dosyć rzadkie i mało w piśmiennictwie opracowane, zasługuje na to, aby każdy przypadek tego schorzenia był ogłoszony, zwłaszcza, że sprawa powstawania tej choroby jest prawie zupełnie ciemną, a i obraz zmian anatomicznych, jej towarzyszących, nie doczekał się dotychczas ścisłego, ogólnie przyjętego określenia. Mars[1]) w swej pracy, w której starał się zebrać wszystkie dane z literatury, naliczył zaledwie 55 przypadków opisanych. Dlatego sądzę, że jestem upoważniony do ogłoszenia przypadku marskości sromu, spostrzeganego i leczonego w bieżącym roku szkolnym w klinice krakowskiej.

P. D., l. 60 licząca, l. p. k. 24 (156) leczona w klinice od 9. XI do 20. XI 1898, podaje: Rodziła siedm razy na czasie prawidłowo, ostatni raz przed 17 laty; roniła raz przed dwudziestu kilku laty. Miesiączkowała od 15 r. życia zawsze prawidłowo, od ośmiu lat regularności nie miewa. Od chwili ustania miesiączkowania miała chora atypowe krwawienie, mniej więcej raz do roku przydarzające się, skąpe, do 10 dni trwające. W ostatnim roku podobne krwawienia powtórzyły się kilkakrotnie i były nieco obfitsze, niż w latach poprzednich; ostatnie krwawienie trwało cztery dni i zakończyło się bezpośrednio przed przybyciem chorej do kliniki. Od lat 20 cierpi chora na obfite białe upławy, w ostatnim roku zauważyła, że upławy są obfitsze, niż w latach ubiegłych. Od 7 miesięcy dokucza chorej nieznośny świąd w okolicy sromu, silne bóle i uczucie prężenia w tej okolicy. Dolegliwości te są mimo ciągłego leczenia tak męczące, że chora nocami nie może sypiać i nie może z tego powodu ani siedzieć, ani chodzić. Mocz oddaje prawidłowo, przy oddawaniu odczuwa pieczenie. Przed 7 laty chora przebyła gościec stawowy. Przebyciu kiły stanowczo zaprzecza.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Osoba wzrostu średniego o budowie i odżywieniu dobrem, podściółka tłuszczowa wszędzie u chorej nadmiernie rozwinięta. W płucach znaleziono rozległy nieżyt oskrzelowy, w sercu nad koniuszkiem szmer skurczowy, w innych narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Badanie brzucha wykazało stosunki prawidłowe.

Mocz chorej zawiera białko w ilości 0.01%, cukru zupełnie nie znaleziono.

Oglądaniem sromu stwierdzono: Wargi większe zanikłe, wargi mniejsze w górnym odcinku zaledwie zaznaczone, podobnie łechtaczka. Dolny odcinek warg mniejszych natomiast przerosły, zwisa przed szparą sromu po obu stronach w postaci polipów wielkości i kształtu przypłaszczonej suchej śliwki. Skóra warg większych, mniejszych, przedsionka, okolicy łechtaczki — biaława, sucha, napięta i połyskująca.

Najbardziej jednak biją w oczy zmiany w skórze warg mniejszych; miejscami i to w odcinku górnym warg jest ona brunatnawa, w części zaś przerosłej blada i w całości twardsza, nacieknła, a przytem zasiana drobnemi wysepkami białemi o perłowym połysku, przy dotyku twardszemi od otoczenia. Wysepki te są nieco poniżej powierzchni otoczenia wgłębione. Na skórze przedsionka i w okolicy wędzidełka znaleziono liczne przeczosy większe i mniejsze, dno ich jużto pokryte szarawą miazgą, już też zupełnie czyste. Okolice tych rozpadlin bardzo przy dotyku bolesne. Na wewnętrznej powierzchni części przerosłej warg mniejszych widać kilka powierzchownych owrzodzeń, których dno pokryte szarawą wypociną. Obecność tych właśnie ubytków tkanki sprawia, że rozchylenie warg jest dla chorej bardzo przykre. Srom wogóle ziejący, wejście do pochwy nie bardzo wązkie, wprowadzenie jednakże palca sprawia chorej dotkliwy ból. Błona śluzowa pochwy okazuje wybitne cechy zaniku starczego, powierzchnia jej wygładzona, w odcinku górnym wykazuje zbliznowacenia.

Część pochwowa prawie zupełnie zanikła. Ujście zewnętrzne, dosyć drobne, tworzy szparkę poprzeczną z nielicznymi wrębami. Dalszy ciąg macicy przebiega poziomo, trzon macicy powiększony i twardy; długość jamy macicy wynosi 10 ctm. Sonda w jamie natrafiła na liczne drobne nierówności, odpowiadające przerosłej błonie śluzowej. Po sondowaniu chora nieznacznie krwawi.

Na podstawie tego wyniku badania rozpoznano marskość przedsionka sromowego u chorej, dotkniętej przewlekłem zapaleniem błony śluzowej trzonu macicznego.

Leczenie w tym przypadku postanowiono za radą Martina przeprowadzić drogą operacyi. W tym celu najpierw wyskrobano w uśpieniu chloroformowem błonę śluzową macicy, poczem odcięto obie wargi mniejsze. Najpierw cięciem wrzecionowatem, poprowadzonem na granicy wargi prawej odcięto tę wargę, a potem, po powstrzymaniu nieznacznego krwawienia, zeszyto powierzchnię ranną szwem ciągłym katgutowym. Odcięto w ten sam sposób i wargę lewą.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, rany po obu stronach przygoiły się doraźnie. Swędzenie o mniejszem nasileniu, niż przed operacyą, dokuczało jeszcze chorej chwilami przez pierwsze 3 dni po operacyi, poczem ustąpiło bez śladu.

Rozpadliny skórne przygoiły się zupełnie tak, że chora, opuszczając 20. II klinikę, nie odczuwała żadnych dolegliwości.

Badanie mikroskopowe resztek błony śluzowej macicy, otrzymanych przez wyskrobanie, wykazało zmiany, odpowiadające obrazowi przewlekłego zapalenia międzygruczołowego błony śluzowej.

Każda z wyciętych warg jest na 7—8 ctm. długa, w miejscu przerosłem do 3 ctm. szeroka, a grubość w tem miejscu dochodzi do $1\frac{1}{2}$ ctm. Skóra wyciętych warg jakby marmurkowana, a wrażenie to odnosi się z powodu licznych ognisk barwy perłowo-białej, połyskujących, poniżej otoczenia wciągniętych. Skóra wogóle jest nacieknła, twarda, a zbitość miejsc pozaciąganych jest wybitnie twardsza i odpowiada zbitości blizny.

[1]) Mars: Kilka słów o marskości przedsionka sromu. *(Przegląd lekarski,* rok 1898, Z. 4, 5).

Badanie mikroskopowe w tym przypadku przeprowadzono w ten sposób, że wycinano skrawki z górnego odcinka warg, potem skrawki z miejsca przerosłego i to tak z miejsc mniej, jako też i więcej zbliznowaciałych.

Skóra w skrawkach wyciętych z górnego odcinka warg nie wykazywała wybitniejszych zmian, warstwa przyskórka prawidłowej szerokości, zachowywała się prawidłowo, sama zaś miazdra dawała obraz zupełnie podobny jak miazdra skóry, branej z warg mniejszych zwłok kobiecych rozmaitego wieku.

Skrawki wycięte z miejsc mniej zbliznowaciałych ze skóry dolnego, przerosłego odcinka warg okazywały już wybitne zmiany i to warstwę przyskórka znaleziono rozszerzoną, całą nadzianą ciałkami wypocinowemi. Warstwa rogowa oddzielała się całymi płatami od warstw pod nią leżących; warstwa ta robiła wrażenie, jakby była złożoną z równoległych długich łusek; warstwa ziarnista wyraźnie i dobrze zaznaczona, komórki zaś podstawowe przybłonka swym kształtem przypominały więcej komórki sześcienne. Warstwa przybłonkowa w wielu miejscach oddzieloną była od właściwej skóry przestrzeniami wolnemi, w której widoczne były resztki bezpostaciowej wypociny i nieliczne ciałka wypocinowe.

Warstwa brodawkowa rozszerzona, brodawki miejscami znaleziono smukłe, wysokie, na przekrojach ukośnych widzieć w nich było można światła naczyń otoczone ciałkami białemi; w innych zaś miejscach, zwłaszcza na granicy wysepek skóry więcej zbliznowaciałych, znaleziono brodawki szerokie i przypłaszczone. Budowa właściwej skóry wykazuje jakby dwie oddzielne warstwy; jedna pod przybłonkiem posiada budowę zatartą, przebieg włókien tkanki łącznej nie jest falisty i regularny, naczyń w tej warstwie znaleziono tylko nieznaczną ilość, natomiast zaś obfity nacick drobnokomórkowy. Warstwa zaś druga głębsza właściwej skóry posiada obfitą ilość silnie rozwiniętych naczyń, około nich i pomiędzy niemi liczne ciałka wypocinowe; włókna tkanki łącznej w tej warstwie plączą się z sobą na wszystkie strony ale nie przypominają zupełnie tak zw. rombów Langera. W tej warstwie tu i owdzie napotkano nerwy niezmienione. Gruczołów ani tkanki tłuszczowej nie napotkano w preparatach zupełnie.

Wreszcie badano skrawki z miejsc najwięcej zbliznowaciałych i tu stwierdzono znaczne ścieńczenie warstwy przyskórka, warstwę rogową znaleziono szeroką, a warstwy inne przyskórka tylko niewyraźnie zaznaczone, jakby zatarte. Pomiędzy komórkami przyskórka napotkano nieliczne ciałka wypocinowe. Granica dolna przyskórka nie przebiega pagórkowato, lecz jest zupełnie równą i płaską, a przebieg ten tłómaczyć może tylko znaczne rozpłaszczenie i prawie — powiedzieć można — zanik brodawek. Warstwa brodawkowa skóry właściwej jest znacznie rozszerzona, jakby obrzękła, obrysy jej utkania zatarte, przebieg włókien tkanki łącznej zupełnie atypowy, wytworzył utkanie bliznowate zbite, naczyń prawie że w niej nie napotkano. Warstwa głębsza skóry posiada znacznie mniejszą ilość naczyń, niż w przyległych miejscach mniej bliznowatych, koło naczyń mniej widać ciałek wypocinowych; przebieg włókien tkanki łącznej również zupełnie nieregularny. Gruczołów i tkanki tłuszczowej zupełnie nie napotkano.

Ponieważ zachowanie się tkanki sprężystej w tem schorzeniu odgrywa bardzo ważną rolę, dlatego badałem je również w skrawkach z rozmaitych miejsc danego przypadku, jakoteż w skrawkach, branych z warg mniejszych zwłok kobiet, liczących od 15—60 lat.

Skrawki do tego celu barwiłem według sposobu podanego przez Herxheimera. Przy oglądaniu preparatów z warg mniejszych kobiet rozmaitego wieku uderzały wybitne różnice co do zachowania się włókien sprężystych i tak, gdy u dziewczyny 15-letniej włókna sprężyste stanowiły gęstą sieć, to u kobiety 35-letniej napotkano znacznie mniejszą ich ilość, a jeszcze mniejszą u kobiety 60-letniej. Bez porównania znacznie mniejszą ilość wykazywały skrawki brane z danego przypadku marskości sromu, bo tutaj tylko tu i owdzie zaznaczały się włókna sprężyste w kształcie cienkich luźnych włókienek.

Przy badaniu skrawków zwracałem również uwagę na to, czy nie napotkam gdzie pęczków mięśni, biorących swój początek z naczyń, na które zwrócił uwagę w swej pracy Mars, ale na utkanie mięśni poza naczyniami nigdzie nie natrafiłem.

Jeżelibym w danym przypadku szukał za czynnikiem przyczynowym schorzenia, to nie więcejbym nie mógł odnaleźć, jak długotrwałe upławy, ale i te trudno brać w rachubę, gdyż jeżeli one przez lat 19 nie wywołały żadnej zmiany na skórze sromu, to dosyć dziwnem byłoby ich patologiczne działanie właśnie w roku dwudziestym. To pewne, że w tym przypadku nie było cukrzycy, a i dla kiły nie odnalazłem żadnych danych.

W obrazie klinicznym opisanego przypadku mieliśmy zanik sromu i wogóle cechy typowe zaniku skóry. O tyle przypadek ten nie odpowiada przypadkom, podawanym przez innych autorów, że nie było w nim zupełnego zaniku warg mniejszych, a nawet istniał częściowy ich przerost.

Fakt ten tłómaczę sobie tem, że może u tej chorej wargi mniejsze były wogóle nadmiernie rozwinięte, a sprawa chorobowa jeszcze nie postąpiła daleko, zanik poczynał dopiero brać górę nad pierwotnym przerostem. Twierdzenie powyższe popierałoby największe zaciągnięcie tych miejsc, gdzie mikroskopowo stwierdziłem największe zbliznowacenie.

Badanie mikroskopowe wykazało, że przeważnie w opisanym przypadku marskość przedsionka była w pierwszym okresie rozwoju, a tylko miejsca zaciągnięte biało-perłowe, połyskujące, twardsze, tu i owdzie rozrzucone, dały obraz, odpowiadający drugiemu okresowi schorzenia.

Zapatrywań innych autorów co do postaci, pochodzenia i przebiegu marskości przedsionka nie przedstawiam, gdyż bardzo dokładnie je zestawił w wzmiankowanej pracy Prof. Mars, a od czasu jego pracy nie zaszły żadne zmiany w poglądach na tę sprawę chorobową.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć głębokie podziękowanie Prof. Jordanowi za łaskawe zlecenie dokładnego zbadania danego przypadku.

II. Nowy przyrząd własnego pomysłu do oznaczania astygmatyzmu regularnego.

Podał
Dr. Adam Langie
okulista w Krakowie.

Zanim przystąpię do właściwego opisu mojego przyrządu, pozwolę sobie zrobić wpierw małe zboczenie w dziedzinę optyki fizyologicznej. Przez astygmatyzm regularny ro-

zumiemy wadę optyczną, polegającą na asymetrycznej budowie części łamiących oka, głównie rogówki, rzadziej już soczewki, skutkiem której oko takie okazuje w różnych swych południkach rozmaite załamanie światła (refrakcyę). Wskutek tego promienie świetlne, wychodzące z jednego punktu, nie mogą się skupić na siatkówce w jednym punkcie i ztąd nazwa urobiona z greckiego α *privativum* i στιγμα punkt. Największą różnicę refrakcyi okazują dwa prostopadle na sobie stojące południki, które nazywami południkami głównymi albo osiami astygmatyzmu, podczas gdy różnica ta stanowi jego stopień. Ponieważ każde, nawet zupełnie prawidłowe oko okazuje pewien nizki stopień astygmatyzmu zwanego fizyologicznym, przeto dopiero wtedy astygmatyzm uważamy za patologiczny, gdy obniża wzrok poniżej granicy, za prawidłową przyjętej. W tym ostatnim wypadku oko w każdej odległości widzieć musi niewyraźnie, gdyż albo niektóre promienie zostają skupione na siatkówce, inne przed lub za nią *(Ast. simplex)*, albo wszystkie promienie skupiają się przed lub za siatkówką, ale w rozmaitych od niej odległościach *(As. compositus myopicus* lub *hypermetropicus)*; albo wreszcie jedne promienie skupiają się przed, podczas gdy inne dopiero za siatkówką *(As. mixtus)*. Od stopnia i rodzaju astygmatyzmu zależy w poszczególnym wypadku większe lub mniejsze upośledzenie wzroku. Poprawić wzrok można zupełnie lub w znacznej przynajmniej części zapomocą szkieł cylindrycznych lub cylindryczno-sferycznych, ale do tego trzeba dokładnie poznać kierunek osi, rodzaj astygmatyzmu, równie jak refrakcyę głównych południków. Każdy okulista wie dobrze, jak nieraz mozolnem zadaniem jest właśnie oznaczenie kierunku osi, które, chociaż do siebie zawsze prostopadłe, mogą mieć w różnych oczach różne nachylenie, począwszy od ściśle poziomej aż do ściśle prostopadłej. Dla ułatwienia tego badania służą: jużto tablice z odpowiednio rysowanemi literami Heymana, liniami Beckera, lub wreszcie gwiazdą Snellena; jużteż rozmaite przyrządy jak keratoskop Placido, oftalmometer Javala lub Javal-Schiötza. Posługiwać się też można w tym celu wziernikiem i skiaskopią. Wszystkie jednak wymienione sposoby posiadają pewne wady; jedne są mało dokładne, drugie zbyt zawikłane, inne wreszcie jak n. p. aparat Javal-Schiötza nader kosztowne tak, że w codziennym użytku praktyka-okulisty albo wcale zastósowania znaleźć nie mogą, albo zbyt wiele pochłaniaja czasu. Dlatego też starałem się brak ten uzupełnić i sądzę, że mi się to choć w części udało.

Po dłuższych dochodzeniach teoretycznych wpadłem na sposób łatwy i prosty i obmyśliłem przyrząd niekosztowny, pozwalający w krótkim czasie oznaczyć wszystkie dane, przy badaniu astygmatyzmu konieczne. Za zasadę przyjąłem to prawo optyczne, że jeżeli przed okiem astygmatycznem umieścimy w pewnej odległości na białem np. tle linijkę, składającą się z szeregu białych i czarnych kwadratów, to kwadraty te tylko wtedy jako takie będą widziane, jeżeli obrazy ich padną na siatkówkę. W przeciwnym razie, t. j. gdy na siatkówce utworzą się obrazy rozpierzchłe skutkiem skupienia się promieni przed lub poza siatkówką, kwadraty zlewają się w jednę czarną linię. Pierwszy wypadek ma miejsce, gdy linijka ustawioną jest równolegle do południka o prawidłowej refrakcyi, lub odpowiedniem szkłem poprawionej, drugi — gdy jest równoległą do południka o refrakcyi nieprawidłowej i niepoprawionej. Oczywiście, że niezbędnym przy tem warunkiem jest, aby wielkość pojedynczych kwadratów była do odległości i do bystrości wzroku dobraną, dlatego też potrzeba kilku takich linijek, z których każda podzieloną jest na kwadraty innej wielkości. Jakie mają być te rozmiary, powiem zaraz przy objaśnieniu całego przyrządu.

Na nóżce pionowej, dającej się dowolnie podwyższać i zniżać, przymocowaną jest pionowo tarcza okrągła o średnicy 24 ctm. Przednia powierzchnia tarczy *(Fig. 1)* jest

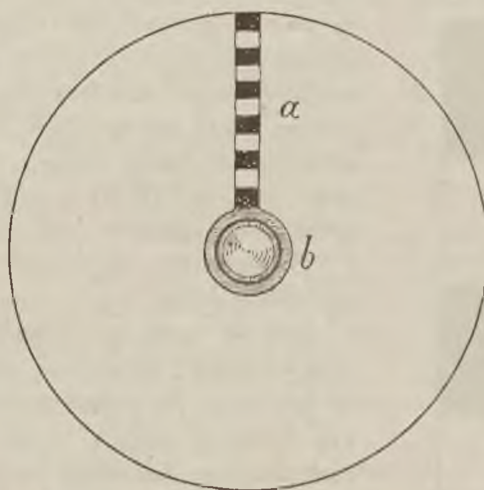


Fig. 1. Tarcza z przodu, z założoną jedną z linijek (*a*) i śrubką, przytrzymującą linijkę (*b*), 1/4 naturalnej wielkości.

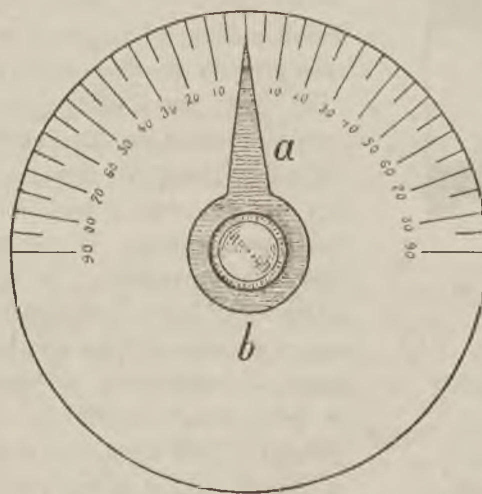


Fig. 2. Tarcza z tyłu ze skalą w górnej połowie: *a* wskazówka, *b* śrubka do kręcenia, 1/4 naturalnej wielkości.

pomalowaną jednostajnie na biało. Na tylnej powierzchni *(Fig. 2)* znajduje się w górnej połowie podziałka na stopnie od pionowej w środku oznaczonej zerem, aż do 90° w obie strony. Poniżej podziałki z lewej i z prawej strony umieściłem napisy, służące do szybkiego oryentowania się w którą stronę dane nachylenie dla każdego oka rozumieć należy. Przez środek tarczy przechodzi w kierunku z tyłu ku przodowi oś, dająca się zapomocą klubki poza tarczą umieszczonej *(Fig. 2 b)*, dowolnie około własnej swej osi obracać. Do osi tej stale przymocowaną została za tarczą wskazówka *(Fig. 2 a)*, która, obracając się razem z osią, wskazuje w każdej chwili stopień nachylenia na podziałce. Przed tarczą z przodu zakłada się na oś jednę z linijek *(Fig. 1 a)* w ten

sposób, że zajmuje ona zawsze położenie równoległe do wskazówki i razem z nią przy obracaniu osi ściśle tesame ruchy wykonywa. Linijkę przyśrubowywa się śrubką, założoną na przedni koniec osi przed tarczą *(Fig. 1 b)*. Linijek takich jest siedm. Z tych pierwszą podzielono na największe kwadraty, odpowiadające swą wielkością dokładnie numerowi 60-temu tablic Snellena. Kwadraty następnej linijki, już mniejsze, odpowiadają numerowi 36-temu i t. d., aż wreszcie ostatnia linijka ma najmniejsze kwadraty, równające się numerowi 6-temu Snellena. Jedną z wymienionych linijek, mianowicie pierwszą, o największych kwadratach, przedstawia w naturalnej wielkości *Fig. 3.* Aby można było robić też próby z białymi kwadratami na czarnem tle, dodałem jeszcze drugą tarczę czarną o tejsamej średnicy, co biała, mającą w środku otwór tak, że daje się w razie potrzeby przed tamtą założyć.



Fig. 3. *a* otwór służący do zakładania na oś przyrządu.

Postępowanie moje przy badaniu jest następujące.

Badany siada w odległości 6 metrów od tarczy, ustawionej na wysokości jego oka. Po poprzedniem oznaczeniu bystrości wzroku w dal na tablicach Snellena zakładam linijkę, odpowiadającą najmniejszemu numerowi, który badany jeszcze rozpoznawał. Jeżeli przytem szkło sferyczne poprawiało wzrok, to pozostawiam je nadal przed okiem. Rozumie się samo przez się, że badać należy każde oko z osobna, podczas gdy drugie jest zasłonięte. Obracając teraz powoli oś przyrządu i wprowadzając temsamem linijkę kolejno we wszystkie południki, zapytuję badanego, czy widzi zawsze równie wyraźnie pojedyncze kwadraty. W takim razie oko niema astygmatyzmu, a raczej tylko minimalny. Jeżeli przeciwnie, przy pewnem ustawieniu oko nie jest w stanie rozróżnić kwadratów, ale widzi je zlane w jedną linię, dowodzi to, że w tym południku jest odmienna refrakcya, niż w innych. Gdyby nawet różnica ta była niewielką, wtedy możliwem jest, że oko rozróżni wprawdzie jeszcze kwadraty, ale będą one zamazane i przerwy między nimi niewyraźne. Wtedy należy użyć następnej linijki o mniejszych kwadratach. Wskazówka poza tarczą wskaże na podziałce stopień nachylenia tego południka. Drugi południk główny jest temsamem już wiadomy, gdyż musi stać do tamtego prostopadle. W ten sposób mamy najważniejszy punkt rozstrzygnięty. Obecnie chodzi tylko o drugie pytanie: jaka jest refrakcya w każdym z południków? W tym celu ustawiwszy linijkę równolegle do jednego z nich, przesuwam przed okiem szkła sferyczne tak długo, dopóki nie natrafię na takie, zapomocą którego badany widzi pojedyncze kwadraty. Następnie powtarzam tosamo w drugim południku. Dla szybkości używam t. zw. „règle du Dr. Parent“, t. j. linii z rączką, na której umieszczone są w dwóch szeregach jedne pod drugiemi, coraz to silniejsze szkła wklęsłe i wypukłe, od 0·5 D. do 10 D.

Najlepiej objaśni to przykład. Badany źle widzi w dal. Badając oko prawe, znajduję przy użyciu — 4·5 D, $v = {}^{6}/_{18}$. Pozostawiwszy szkło — 4·5 D przed okiem, przekonywam się, że gdy linijka, odpowiadająca N owi 18 Snellena, ustawioną jest pod 30° ku skroni, wtedy widzi jedną linię czarną, jeżeli zaś do tamtego szkła dodam jeszcze — 2·5 D, to znowu rozróżnia pojedyncze kwadraty. Obróciwszy oś przyrządu o 90°, a więc ustawiwszy teraz linijkę 60° ku nosowi, znajduję, że rozróżnia kwadraty przy samem szkle — 4·5 D. Znalazłem zatem astygmatyzm złożony, jeden południk główny ma nachylenie 60° ku nosowi i refrakcyę 4·5 D, drugi 30° ku skroni i refrakcyę — 7 D. Stopień astygmatyzmu wynosi — 2·5 D.

Jak z powyższego przykładu widać, można przyrządem tym oznaczyć astygmatyzm, nie mając nawet szkieł cylindrycznych, jedynie przy użyciu sferycznych. Również obejść się można i bez tablicy Snellena, bo tę zastąpić mogą linijki przyrządu, które wystarczy pokazywać kolejno badanemu z odległości 6 metrów i kazać mu policzyć pojedyncze, coraz to mniejsze kwadraty. Można więc w ten sposób oznaczyć też bystrość wzroku w przypadkach niepowikłanych astygmatyzmem.

Używając mojego przyrządu od dłuższego czasu w praktyce, widzę, że oddaje on dobre usługi, dzięki właśnie temu, że badanie idzie znacznie prędzej. Ośmielam się zatem przypuszczać, że przyrząd ten będzie nader pomocnym w gabinecie lekarza praktykującego, albo w razie, gdy chodzi o masowe badanie, np. rekrutów, lub służby kolejowej.

III. Ostre zatrucie kokainą.

Podał

Dr. Władysław Herz.

Kokaina jest bezsprzecznie jednym z najdzielniejszych środków znieczulających miejscowo, a niezbędnym prawie do znieczulania błony śluzowej górnych dróg oddechowych, w którym to celu pierwszy zalecił go w r. 1884 Jelinek, zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi w praktyce okulistycznej przez Kollera. To też mimo licznego i ciągle wzrastającego szeregu przetworów, mających wyprzeć ją z zajętego stanowiska, kokaina utrzymuje się dotychczas na swej wysokości, łącząc z własnością znieczulającą jeszcze inną, bardzo ważną, mianowicie brak drażnienia. Byłaby więc kokaina ideałem w swoim rodzaju, gdyby nie posiadała trzeciej własności, niemniej ważnej jak poprzednie, a podkopującej znacznie wartość środka samego, — gdyby nie była silną trucizną, ulegającą łatwo i szybko wessaniu drogą błon śluzowych.

Równocześnie ze znieczuleniem wywołuje kokaina skurcz powierzchownych naczyń krwionośnych; działanie jednak znieczulające nie pozostaje w związku z tym objawem, lecz zależy od bezpośredniego wpływu leku na zakończenia nerwowe (Dastre). Działanie trujące kokainy, podobnie jak wielu innych leków, jest zależne od wrażliwości chorego, to też mimo ostrożnego podawania jej zdarzają się dość często zatrucia, nawet śmiertelne. Wiek i stan ogólny chorego wpływają na ową wrażliwość, dlatego to prawie wszyscy autorowie polecają szczególną oględność w używaniu kokainy, zwłaszcza u osób nerwowych i niedokrewnych, u starców i dzieci.

Teoretycznie nam znana najwyższa dawka (0,05 grm.) w praktyce niezawsze może być uwzględnioną, bo bardzo często albo nie wywołuje pożądanego znieczulenia, albo też działa zbyt krótko. Z drugiej zaś strony znane są w piśmiennictwie przypadki, w których chorzy znosili olbrzymie dawki (0,2—0,3 grm. kokainy codziennie przez przeciąg kilku miesięcy) (Seifert), co nimniej zmniejsza nieco ostrożność lekarzy w dawkowaniu tego środka. Delbose przytacza cztery przypadki śmierci, w których ilość użytej kokainy wynosiła między 0,80 a 1,50 grm. Są to jednak dawki, których ostrożny lekarz chyba nie użyje w żadnym przypadku. Lermoyez podaje 0,22 grm. kokainy, jako najniższą dawkę, która miała sprowadzić zatrucie śmiertelne; Schmidt uważa mniejwięcej 1 grm. za dawkę śmiertelną, lecz Reclus wymienia dwa przypadki niewątpliwe, w których dawki lecznicze (raz 0,02 grm., drugi raz 0,05 grm.) spowodowały śmierć, a Abadie przytacza przypadek 71-letniej kobiety, która w 5 godzin po zastrzyknięciu 0,04 grm. kokainy w powiekę dolną zmarła skutkiem zatrucia.

Dwadzieścia pięć lat stósowania kokainy w rozmaity sposób i w różnej ilości nie wystarczyło, mimo względnie ścisłych badań, do sformułowania objawów zatrucia tym środkiem i zebrania ich w szemat. Obraz bowiem tego zatrucia nie jest jednostajnym i często się zdarza, że spostrzegamy objawy wprost przeciwne do tych, które według zdania znanych badaczy uważaćby należało za klasyczne, albo brak nam takich, które, jako stale występujące, miałyby nadać rozpoznaniu cechę niezbitej pewności.

Lépine próbuje ułożyć objawy ostrego zatrucia kokainą w szemat, zastrzega się jednak z góry, że się wyjątki zdarzają bardzo często. Dzieli on przypadki zatrucia na: *a)* słabe, połączone z nieznacznym tylko skurczem naczyń; *b)* silniejsze z poważniejszemi zaburzeniami w czynnościach serca i mózgu (utrata przytomności i kurcze mięśniowe, przeważnie pochodzenia korowego); *c)* silne, wśród których przyłączają się do objawów poprzednich zmiany w oddychaniu i śmierć.

Lermoyez dokładniej opisuje przebieg ostrego zatrucia kokainą, porównując początek jego z objawami lekkiego zatrucia wyskokiem (ruchliwość, gadatliwość, nudności). W dalszym ciągu występuje uczucie zimna, bladość twarzy, pot, tętno nitkowate i przyspieszone, w końcu apatya i znaczne osłabienie. Ten przebieg lekkiego zatrucia trwa kilka minut do kilku godzin.

W silniejszem zatruciu spostrzegał on napady omdlenia, wymioty, lęk sercowy, a objawy te utrzymywały się przez przeciąg kilku dni, połączone z bezsennością i bezmoczem (anurya).

Silne zatrucia kończą się według tego autora śmiercią zwykle w przeciągu godziny. Brak przytomności, tętno nieregularne, kurcze z początku tężcowe, potem drgawkowe (przypominające padaczkę), zmiany w oddychaniu i rozszerzenie źrenic są charakterystycznymi objawami tego stanu. I ten opis często nie odpowiada rzeczywistości, spostrzegamy bowiem nieraz tętno zwolnione (Schmidt), co ma zależeć od wysokości dawki (Manquat), ale wobec wspomnianej już różnej wrażliwości chorych na kokainę, ściśle rzecz biorąc, zależność ta nie może być uwzględnioną. Nie mówi Lermoyez o przytaczanej przez autorów grze w mięśniach twarzy, a rozszerzenie źrenic, które on uważa za objaw bardzo niepokojący i przytacza go w obrazie zatrucia śmiertelnego, inni badacze uważają za występujący już w wypadkach lekkiego zatrucia (von Anrep, Pieniążek). Nie wspomina też Lermoyez objawu, który inni autorowie (Pieniążek) uważają za dosyć stały, tj. suchości gardła i jamy ustnej, a który zasługuje na uwzględnienie tembardziej, że mógłby się w danym razie przyczynić do odróżnienia zatrucia kokainą od napadu histerycznego, na które to podobieństwo zwraca uwagę Schmidt.

Niedawno miałem sposobność spostrzegać w szpitalu św. Elżbiety w Antwerpii przypadek ostrego zatrucia kokainą, który mi się wydaje godnym opisu ze względu na wybitność objawów z jednej strony, z drugiej zaś na odmienność przebiegu w porównaniu z wielu ogłoszonymi.

Ambulantka C. B., szwaczka, licząca lat 22, budowy wątłej i w lekkim stopniu niedokrewna, nie przedstawia żadnych zmian w narządach wewnętrznych. Ze strony układu nerwowego nie zauważyła nigdy objawów chorobowych, a badanie fizyczne daje wynik ujemny. W celu usunięcia brodawczaków, usadowionych poniżej strun głosowych, zastósowano znieczulenie kokainą. Środka tego użyto już u tej chorej na parę dni przedtem w ilości około 0.10 grm. w tym samym celu, bez ujemnych następstw.

W zapasie się znajdujący 20%-owy rozczyn kokainy w równych częściach wody i wyskoku okazał się nieskutecznym, prawdopodobnie z tego powodu, że nie był dosyć świeży. Sporządzono więc na poczekaniu inny rozczyn wodny, równie silny. Zastósowano go w postaci zastrzykiwań powierzchownych zapomocą strzykawki o kańce z wygięciem krtaniowem. Operacya trwała blisko pół godziny, w przeciągu której powtórzono zastrzykiwanie dwa razy. W ten sposób zużyto razem z ilością pierwszego rozczynu około 0.30 grm. kokainy. Małą część użytego środka chora wypluła lub odkrztusiła.

Dopiero po ukończeniu operacyi wystąpiły objawy, wzbudzające podejrzenie na zatrucie kokainą, jako to: uczucie zimna w całem ciele, a zwłaszcza w kończynach dolnych, połączone z częstymi dreszczami, osłabienie ogólne, rozszerzenie źrenic. Przytem tętno pełne i prawidłowe, wynosiło 70 uderzeń na minutę, oddychanie przyśpieszone; twarz mimo uczucia zimna bardziej zarumieniona, niż zwykle, i ciepła. Brak nudności, przytomność zupełnie zachowana, był natomiast wybitny niepokój nerwowy, połączony z uczuciem lęku i niewygody.

Wszystkie te objawy w przeciągu dwóch godzin stopniowo ustąpiły, może pod wpływem użytych środków (zwolnienie obcisłej odzieży, ułożenie chorej poziome, wino, potem czarna kawa i 3 krople azotynu amylowego do wdychiwań). Chora czuła się tylko bardzo osłabioną i skarżyła się na zimno, ale nie w takim stopniu jak przedtem. Zbliżywszy więc łóżko do pieca, polecono chorej spokój.

W pół godziny po opisanem ustąpieniu objawów chora zaczęła bez widocznego powodu oddychać nieregularnie, szybko i płytko. Równocześnie wystąpiła znaczna suchość warg, jamy ust i gardła. Niepokój się wzmógł nieco, tętno się przyśpieszyło (100—120), jednak ani rozszerzenie źrenic, ani też uczucie zimna nie wróciło. Natomiast wystąpił obfity pot na twarzy. Stan ten trwał około trzech godzin i mimo wstrzyknięcia pod skórę 0.01 grm. morfiny, jako też mimo powtórnego podania kawy i azotynu amylowego, utrudnienie oddychania wzmagało się ciągle, dochodząc aż do objawów ciężkiej duszności.

Wtedy przeniesiono chorą z sali operacyjnej, gdzie dotychczas leżała, do sali chorych i przepisano rozczyn bromku sodowego 3:150. W 20 może minut potem stan się nieco polepszył; wtedy podano chorej pierwszą łyżkę wspomnianego leku, poczem po upływie 5 minut wszystkie objawy zupełnie i prawie nagle ustąpiły, pozostawiając tylko lekki ból głowy i bezsenność. Nazajutrz rano chora wyszła ze szpitala zupełnie zdrowa.

Widzimy więc, że w tym przypadku brakowało dwóch objawów, którym większość autorów przypisuje znaczenie pierwszorzędne, t. j. bladości twarzy i nudności. Z drugiej zaś strony godnem jest uwagi wystąpienie objawów silniejszego zatrucia bez widocznej przyczyny, w pół godziny po napadzie lekkiego stopnia, który można było uważać już za zupełnie ukończony. Nareszcie zakończenie drugiego szeregu objawów nagłem przejściem ze stanu bardzo ciężkiego do prawie prawidłowego, nie odpowiada regule tak, że się może nasunąć myśl, czy to nie był napad histeryczny, przeciw czemu przemawia przedewszystkiem wysokość dawki kokainy, powtóre owa suchość ust, która górowała obok duszności nad wszystkimi objawami, oraz rozszerzenie źrenic w pierwszej części napadu. W każdym razie potwierdza przebieg tego przypadku wspomniane już spostrzeżenie Schmidta. Arloing wypowiada na podstawie doświadczeń na zwierzętach zdanie, że kokaina działa podobnie jak strychnina. Czyżby więc ciągła obserwacya chorej w sali operacyjnej miała działać jako drażnienie, wywołujące kurcze przepony, które ustąpiły, gdy chora została sama, zdala od tego bodźca? Trudno się zgodzić na to wyjaśnienie wobec tak długo trwającej nieprzerwanej duszności i wobec tego, że doświadczenia (na małpie) wykazały, iż po owych kurczach występują czasowe porażenia, których w tym przypadku był zupełny brak. Zwrócić jednak muszę uwagę na to, że większość autorów poleca lekarzom tajenie przed chorym niepokoju, ponieważ to ma działać szkodliwie na przebieg objawów, — może drogą odruchów.

Działaniu bromku sodowego nie można przypisać polepszenia, ponieważ bardzo tylko małą ilość tego przetworu chora zażyła, a zresztą jeszcze przed zastosowaniem tego leku objawy zaczęły słabnąć. Co do leczenia zatrucia ostrego kokainą, to i tu panuje jeszcze chaos. Bezwzględnej odtrutki na kokainę nie mamy, chociaż niektórzy autorowie, jak Pieniążek, Lermoyez, bardzo chwalą działanie morfiny, a pierwszy uważa ją nawet za środek zapobiegawczy.

Przeglądając liczny szereg środków polecanych przez najrozmaitszych badaczów, nieraz wprost przeciwnych sobie, przychodzimy do wniosku, że ostre zatrucie kokainą dotychczas leczymy, zwalczając tylko pojedyncze objawy; to też kawa, kamfora, piżmo (Schmidt), azotyn amylowy (Manquat i inni), chloral (Mosso) i atropina (Skinner) mogą przynieść ulgę, jak z drugiej znów strony mogą pozostać bez skutku.

Na zakończenie chciałbym jeszcze omówić sposoby stosowania kokainy do znieczulania przedoperacyjnego w praktyce laryngologicznej, ponieważ one bezsprzecznie wpływają na mniej lub więcej łatwe wystąpienie zatrucia. W stanie suchym używa się kokainy albo w postaci kryształków przyczepionych do sondy, celem znieczulenia bardzo małych przestrzeni, albo w postaci proszku zmięszanego z innem ciałem sproszkowanem, obojętnem (cukier mleczny) w rozmaitym stosunku. Pierwszy sposób rzadko bywa używany ze względu na mały zakres działania, podczas gdy drugi, gorąco zalecany przez Schmidta, pozwala nam wprawdzie ściśle dawkować kokainę, ale działanie jego nie jest dosyć energicznem z powodu nierównoczesnego rozpuszczania się ziarenek kokainy.

Ogólnie używane są rozczyny wodne, wyskokowe, lub w obu tych płynach pomięszanych ze sobą w równych częściach. Rozczyny te zawierają rozmaite ilości kokainy, od 1 do 25 na 100. Gorące rozczyny mają posiadać większą siłę znieczulającą, aniżeli zimne, przy tejsamej zawartości kokainy. Ważnem jest spostrzeżenie, że rozczyny kokainy po kilku dniach tracą część swej siły znieczulającej, podczas gdy równocześnie wzmaga się ich własność trująca, a wyskok jest tylko na krótki czas w stanie uchronić je od tej zmiany.

Rozczyny kokainy stosujemy w operacyach laryngologicznych przeważnie w postaci *a)* wstrzykiwań podśluzowych, *b)* nastrzykiwań powierzchownych, *c)* rozpylań, i *d)* pędzlowania. Pierwszy sposób, w którym dawkowanie środka jest najłatwiejszem, posiada tę niedogodność, że sprowadza dosyć łatwo zatrucia, mimo że używamy względnie bardzo małych ilości płynu, a rozczynów słabych, nadto, że po wstrzykiwaniach pozostają częstokroć zgrubienia i stwardnienia, głównie na więzadłach (Pieniążek).

Nastrzykiwanie krtani powierzchowne strzykawką krtaniową lub przyrządem, który na ten cel poleca Schmidt, jest dla lekarza wygodnem i daje mu możność ścisłego oznaczenia ilości użytego płynu, ale posiada tę złą stronę, że mniejsza lub większa ilość rozczynu spływa obok miejsc, mających być znieczulonemi na niższe, skutkiem czego tylko pewna część jego działa znieczulająco, podczas gdy całość rozwija swe działanie trujące. Rozpylanie jest mało używane. Przestrzeń, na którą ono działa, jest znaczna, a więc rozczyny muszą być słabe (1: 100 — 1: 40 — Lermoyez). Pędzlowanie, sposób bardzo rozpowszechniony, wykonywa się zapomocą pędzla lub bawełny nawiniętej na sondę o karbowanym końcu. Drugi sposób jest o tyle lepszy, że za każdym razem używa się świeżej waty, co dla chorego jest przyjemniejszem i bezpieczniejszem. Ścisłe dawkowanie rozczynu jest tu wprawdzie niemożliwem, bo nie można oznaczyć ilości płynu pozostałego na pędzlu, ale wobec możliwości stosowania kokainy na pewne oznaczone miejsce, łatwiej mniejszą ilością użytego roztworu osiągnąć znieczulenie, skutkiem czego niebezpieczeństwo zatrucia jest mniejsze.

Wogóle przy używaniu kokainy należy mieć zawsze na oku jej własność trującą i starać się o ile możności najmniejszą jej ilością dopiąć celu. Zależy to przedewszystkiem od użytego sposobu i wprawy lekarza. Stosując kokainę ze świadomością ilości użytej, poznajemy niebezpieczeństwo zatrucia po wysokości dawki użytej, a nie po wystąpieniu objawów, które często, mimo przerwania znieczulenia, rozwijają się aż do groźnych rozmiarów.

* * *

IV. Oceny i sprawozdania.

Ludwik Teichmann: **Naczynia limfatyczne w sprawach zapalnych błon surowiczych, tudzież płuc i wątroby.** *(Rozprawy Akademii Umiejętności. Wydział matematyczno-przyrodniczy.* Serya II. Tom XIV).

Praca ta jest dalszym ciągiem mozolnych badań w zakresie naczyń chłonnych, których pierwsze wyniki ś. p. Profesor przed laty paru w rzeczy o słoniowacinie — ogłosił.

Badania te rozszerzają znacznie dotychczasowe nasze wiadomości o naczyniach chłonnych i rzucają nowe światło na udział ich w sprawach łącznotkankowych, które się toczą na błonach surowiczych rozmaitych narządów. Dzięki wynalezieniu odpowiedniej masy do wstrzykiwań (masa klejowa, zaprawiana osadem chromianu potasowego), doszedł ś. p. Profesor do wielu odkryć. Jak wiadomo, naczynia chłonne, tworzące na powierzchni narządów naszych najdelikatniejsze siateczki, albo w ich miąższ drążące śladem większych naczyń krwionośnych, bardzo często ulegają sprawom zapalnym, wskutek których z łatwością przychodzi w nich do zakrzepów. Dotknięte zakrzepem naczynie zarasta, gromadząca się zaś naokoło niedrożnego naczynia wysięcina, krzepnąc, tworzy złogi tkanki łącznej. Otóż równocześnie z rozwojem tkanki łącznej, powstają w tych błonach wrzekomych także nowe naczynia chłonne, tworzące w nich gęste sieci. Część tych naczyniek udało się ś. p. Profesorowi T. niejednokrotnie nastrzykać, czem najdobitniej obecność ich stwierdził. I podczas, gdy rozwój taki tkanki łącznej, np. na opłucnej, analogicznie do zmian w tkankach skóry (co zresztą ma za jedną i tę samą sprawę) zwie elephantiasis pleurae, bujanie naczyń chłonnych uważa wprost za nowotwór tych naczyń. Wyświetlając znaczenie naczyń chłonnych i udział ich w zmianach zapalnych błon surowiczych i wskazując na obecność tych naczyń wszędzie tam, gdzie podobne zmiany mają miejsce, zaznaczył ś. p. Profesor T. możność wykluczenia *á priori*, obecności nie wykrytych dotychczas naczyń chłonnych w tych narządach, które zmianom łącznotkankowym nie ulegają (płuco-śledziona).

Kwiatkowski.

Prof. Dr. Alois Monti: **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** I Band, 1899.

Z okazyi 25-letniego jubileuszu istnienia wiedeńskiej ogólnej polikliniki, na życzenie swych uczniów, Prof. Monti postanowił ułożyć podręcznik chorób dziecięcych według swych wykładów. Znani nakładcy Urban i Schwarzenberg wydali pierwszy tom tego podręcznika, obejmującego 676 stronic. Na wstępie podał autor sposoby sztucznego i naturalnego karmienia osesków i wpływ ich na ustrój dziecka; następnie szczegółowo przeszedł pojedyńcze choroby narządu trawienia. Znakomicie został obrobiony dział, traktujący o zapaleniu żołądka i kiszek paciorkowcowem (gastroenteritis streptococcica), oraz o nieżycie zakaźnym żołądka i kiszek (gastroenaterocatarrhus septicus).

Z największą ścisłością klinicznie opracował Monti dział, odnoszący się do badania krwi i jej chorób. Podawszy sposoby oznaczenia ciężaru specyficznego krwi, zawartości w niej hemoglobiny ilości ciałek krwi czerwonych i białych, jako też szczegółową ich histologię, przechodzi autor do zmian krwi w przebiegu pojedyńczych chorób zakaźnych i ustrojowych (konstytucyonalnych). Opis pojedyńczych chorób krwi, jako też dających się wykonać w podręcznej praco-

wni praktycznego lekarza metod badania krwi, tak zostały celowo obrobione przez autora, że dziełu jego nadają pierwszorzędną wartość i stawiają na czele wszystkich podręczników chorób dziecięcych.

Dr. Bolesław Komorowski.

V. Wyciągi.

Blumenfeld. **Przyczynek do statystyki przyczyn raka macicy.** *(Münchener med. Wochs.*, 1899, Nr. 13). B. zebrał dane do swojej statystyki z kliniki położniczej w Monachium, gdzie w ciągu lat 14 leczono 678 przypadków raka macicy. Z danych tych wynika, że wiek, miesiączkowanie (względnie ustanie miesiączki), oraz obcowanie płciowe nie mają między przyczynami raka macicy przypisywanego im dawniej znaczenia. Natomiast pewną rolę zdają się odgrywać przebyte porody lub poronienia; mianowicie z ich częstością wzrasta i usposobienie do raka. Podobny wpływ zdają się mieć także przebyte sprawy zapalne macicy, bądźto popodrodowe, bądź innego pochodzenia. Ciężkość porodów również zdaje się być z rakiem w pewnym związku, gdyż trzecia część chorych na raka rodziła ciężko. W 11% wykazał nadto B. skłonność dziedziczną do raka macicy. Oczywiście wszystkie te sprawy mają znaczenie tylko czynników usposabiających; właściwa przyczyna pozostaje nieznaną. Autor jest zresztą zwolennikiem teoryi pasorzytniczej raka, której żadnymi nowymi dowodami nie popiera. *C.*

Pal. **O śmierci z przyczyn, tkwiących w naczyniach obwodowych.** *(Wiener klinische Rundschau* 1899, Nr. 14). Serce przestaje bić nietylko wówczas, gdy sam mięsień sercowy uległ zmianom chorobowym i nie może sprostać zwykłym oporom krążenia, ale także wówczas, gdy do serca dostaje się zamało krwi. Dzieje się to mianowicie wówczas, gdy krew zalega w naczyniach obwodowych, wskutek zmian chorobowych, znoszących elastyczność i kurczliwość ich ścian, które, jak wiadomo, wielką rolę grają w krążeniu prawidłowem. Możnaby powiedzieć, że chory zakrwawia się wówczas do własnych naczyń. I tak w przypadkach podostrego otrucia fosforem śmierć następuje nietylko wskutek stłuszczenia mięśnia sercowego, ale także, i to może głównie, z powodu porażenia naczyń, względnie stłuszczenia ich ścian. Za życia występują w tych przypadkach objawy sprzeczne ze strony naczyń obwodowych a serca; częstokroć stwierdza się za życia jeszcze wyraźne zwężenie poprzeczne stłumienia serca, a po śmierci serce znajduje się w stanie skurczu, próżne. Ten rodzaj śmierci nazywa Pal „*Gefässtod*". *C.*

Veis. **Głuchoniemota histeryczna.** *(Münch. med. Wochenschrift* 1899, 13). Zboczenie to nie należy do częstych; dotychczas opisano zaledwo kilkanaście przypadków. V. opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący 26 l. rolnika, zresztą nie należącego do „nerwowych". Głuchoniemota wystąpiła w tym przypadku nagle, zrana po obudzeniu się; chory nie okazywał żadnych t. zw. „znamion histerycznych; badanie uszu nie wykazało żadnych nieprawidłowości". Wyleczenie nastąpiło równie nagle zapomocą poddawania; mianowicie przygotowawszy w oczach chorego z pozornym wielkim zachodem i powagą przyrządy do cewnikowania trąbki Eustachiusza, napisał mu Veis na kartce, że natychmiast słuch powróci. W chwili, kiedy wdmuchiwane przez cewnik powietrze dostało się do trąbki, chory zerwał się z okrzykiem, że już słyszy. Dotychczas znane przypadki głuchoniemoty histerycznej dotyczyły wyłącznie mężczyzn w średnim wieku (15—35 lat), często nie okazujących innych objawów histeryi. Przyczyną wywołującą bywał najczęściej silny wstrząs cielesny lub duchowy. Rozpoznanie jest dość trudne, a najczęściej opierało się dotychczas na obecności „znamion" histeryi lub „*ex juvantibus*". Od niemoty poudarowej różni się histeryczna głuchoniemota tem, że nie jest połączona z agrafią ruchową. W leczeniu poddawanie słowne nie da się zastósować, bo chorzy nie słyszą, można się więc uciec do poddawania na piśmie; kilkakrotnie osiągnięto też wyleczenie przez zastósowanie prądu przerywanego na krtań (wewnętrznie lub zewnętrznie). *X.*

W. Bechterew. **O padaczce pląsawiczej.** (Ueber Epilepsia choreatica). *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde.* (Zeszyt 3 i 4-ty r. 1898). Autor spostrzegał przypadek padaczki i pląsawicy u tego samego chorego. Związek, jaki zachodzi w tym przypadku między obydwiema temi chorobami jest bardzo ścisły. Chory, lat 21 liczący, którego ojciec jest nałogowym pijakiem, cierpi od dzieciństwa na napady padaczkowe, które się powtarzały w bardzo znacznych odstępach czasu. Pierwsze objawy pląsawicy wystąpiły około 8-go roku życia. Od tego czasu napady padaczkowe zaczęły występować coraz częściej, początkowo w odstępach trzymiesięcznych, w ostatnich czasach co tydzień. Drgawki pląsawicze wzmogły się również i w nasileniu swem są najznaczniejsze bezpośrednio przed napadem padaczkowym, ustępują zaś po tym zupełnie. Po kilku dniach występują na nowo ze wzmagającem się nasileniem, aż do najbliższego napadu padaczkowego. Autor radzi w tych przypadkach, w których pląsawica występuje nie jako powikłanie padaczki, ale stoi z nią w ścisłym związku, nazywać tę postać chorobową padaczką pląsawiczą (Epilepsia choreatica).

Dr. Mieczysław Świtalski.

Docent C. Haegler. **Bezgnilny czy przeciwgnilny materyał do podwiązek?** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 15, 1899). Obok innych i autor bardzo często spostrzegał ropienie około szwów i podwiązek jedwabnych. Jedwab był wygotowywany w wodzie lub wyjaławiany w parze. Badanie i doświadczenie pouczyły H., że przyczyną ropienia są drobnoustroje, które niemal zawsze znaleźć można w jedwabiu, po przeciągnięciu go między palcami. Bakterye dostają się zatem ze skóry na jedwab. Ropieniu następowemu zapobiedz można jedynie, dodając do jedwabiu jakiś środek przeciwgnilny. Najlepszym okazał się sublimat, z którego rtęć tworzy b. ścisły związek z jedwabiem. I rzeczywiście, odkąd H. zaczął używać jedwabiu odtłuszczonego, wygotowanego wpierw krótko w nasyconym roztworze sublimatu, a potem w tymże rozczynie stale przechowywanego, nie miał ropienia. *Herman.*

J. Strassburger. **Ropne zapalenie przyjądrza jako powikłanie duru.** *(Wiener klin. Wochenschrift* 1899, Nr. 2). St. przytacza historyę choroby 34-letniego mężczyzny, u którego w 3 tygodnie po durze i w stanie zupełnie bezgorączkowym wystąpił nagle przy wstawaniu z łóżka ból w prawem jądrze i znaczny obrzęk. Badanie wykazało zapalenie przyjądrza. Po 4 tygodniach wystąpiło chełbotanie. Próbne nakłócie dało ropę, w której badanie bakteryologiczne wykazało obecność prątków durowych, stwierdzonych hodowlami. Wobec braku innych drobnoustrojów, oraz wykluczenia zakażenia z zewnątrz przez skórę i od strony cewki (brak wypływu ropnego), autor przypisuje powstanie ropnia prątkom durowym. *Dr. Flis.*

Dr. Focke: **Śmierć wskutek tężca ze stanowiska medycyny sądowej.** *(Vjschr. f. g. M. T. XVII, Supplh.* 1899). Śmierć w przebiegu tężca następuje albo z powodu ogólnego wycieńczenia, uduszenia, lub co rzadziej zdarza się wskutek porażenia serca. Wynik sekcyi jest zawsze ujemny; natomiast często wykazać można prątki tężcowe lub ich toksyny; wykazanie toksyn tem łatwiej się uda, im wcześniej będzie przedsięwzięte badanie. Do badania należy użyć kawałka tkanki zranionej lub z nią sąsiadującej. Kawałki wyciętej tkanki, podobnie jak i krew z serca, jakoteż śluz z oskrzeli należy przechować w wyjałowionych naczyniach i poddać możliwie najprędzej badaniu bakteryologicznemu. Rozpoznanie tężca będzie pewnem, jeżeli zwierzę, któremu zaszczepiono części podejrzanej tkanki lub jednę z wspomnianych treści płynnych, padnie w następstwie typowego tężca, oraz jeżeli hodowle z głębokich warstw tkanki wykażą prątki tężcowe, a wywiadami dadzą się stwierdzić drgawki. Niepewnem będzie rozpoznanie, jeśli się będzie opierało na wynikach szczepienia, względnie na wynikach hodowli z po-

wierzchownych warstw tkanki, wydzieliny rany lub na wyniku badania drobnowidowego, które wykaże prątki o znamiennej postaci. Jeżeli przeszczepianie na zwierzęta pozostanie bez skutku, wówczas można wykluczyć tężec, jako przyczynę śmierci. Staranne uwzględnienie wywiadów, wyniku sekcyi i badania bakteryologicznego dozwolą udowodnić, że u zmarłego wskutek tężca choroba była następstwem doznanego uszkodzenia. *Horoszkiewicz.*

Dr. Henryk Pohl. **Nowe tampony pochwowe z 10% ichtyolo-gliceryno-żelatyny.** Autor nie jest wielkim zwolennikiem stósowania ichtyolu w ginekologii i sądzi, że skutecznie działać on może tylko w zapaleniu rzeżączkowem pochwy i przy wypocinach w miednicy małej w okresie przewlekłym. Postać, w jakiej się ichtyol do użytku podaje, nie jest wcale obojętną. I tak gałki, zdaniem autora, nie działają, gdyż tłuszcze, z których są urobione, nie dopuszczają zetknięcia się ichtyolu z błoną śluzową. Tampony, napojone 10% rozczynem ichtyolu w glicerynie, mogą działać tylko wprowadzane przez wziernik, gdyż przy wprowadzaniu palcami wszystek płyn z nich się wygniata. Gałki ichtyolo-gliceryno-żelatinowe źle działają, a jedynie ten przetwór może być skutecznie użyty w postaci tamponów, specyalnie przygotowanych według przepisu autora. Użycie tamponów tych jest analogiczne do użycia tamponów napojonych rozczynem ichtyolu w glicerynie. *St. D.*

Daut: **O związku między „stanem limfatycznym", a przebiegiem błonicy.** *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde,* XLVII, 1898). Już dawniej zwrócił uwagę Escherich na znaczenie pewnej więzi (konstytucyi), zwanej „status lymphaticus" na przebieg błonicy; obecnie ukazała się z tej samej kliniki dziecięcej w Gradcu praca, w której już na całym szeregu przypadków zakończonych śmiercią, a potwierdzonych wynikiem sekcyi, omówioną jest ta sprawa. Ze spostrzeżeń poczynionych w klinice gradeckiej wynika, że dzieci ciastowatego wejrzenia, okazujące ślady krzywicy, powiększenie gruczołów chłonnych i powiększenie mieszków (folikułów) na korzeniu języka i gardle, jednem słowem dzieci okazujące „status lymphaticus", ulegają niesłychanie łatwo błonicy. Dwa objawy występują u tych dzieci nader szybko i groźnie, mianowicie objawy duszenia się przy nawet nieznacznem zajęciu krtani, oraz pojawiające się już w początkach choroby osłabienie serca. Niekorzystny wpływ tej więzi (konstytucyi) objawił się także i w przypadkach następowo po błonicy rozwijających się zapaleń płuc. Wreszcie i ciężkie, tak zw. posoczne, postacie błonicy kończyły się u tych dzieci szybciej śmiercią, niż to z obrazu zmian przypuszczano. Z zestawienia protokołów sekcyjnych wynika, że na 79 przypadków śmierci z błonicy u 23 stwierdzono przy sekcyi „status lymphaticus".

Te fakta każą nam przypuszczać, że dzieci obciążone tak zw. „status lymphaticus" są wyjątkowo usposobione do przyjęcia jadu błoniczego, a więc łatwo na błonicę zapadają, a równocześnie, że są z natury mniej odporne, więc też łatwo błonicy ulegają. *R.*

Schultze. **Przyczynek do nauki o chorobowych zaburzeniach świadomości.** *(Allg. Ztschr. f. Psych. Z. 6, 1899).* Autor opisuje 3 przypadki, które określa jako „automatisme ambulatoire". Przypadki te tyczą się chorych, którzy z powodu chorobliwie zmienionej świadomości nagle porzucają miejsce dotychczasowego pobytu, zajęcie, rodzinę, podejmując odległe podróże. W pierwszym przypadku, opisanym przez autora, jednoroczny ochotnik opuścił swój pułk i odbył podróż do Anglii, stamtąd zaś do Ameryki, odbywszy już raz poprzednio taką bezcelową podróż. U chorego, dziedzicznie obciążonego, dają się z wszelkiem prawdopodobieństwem wykazać objawy padaczki. W dwóch innych opisanych przypadkach przypuszcza S. również padaczkę, jako podstawę zaburzenia świadomości. Cechą charakterystyczną dla podróży podejmowanych przez tych chorych jest ich bezcelowość, a chory nie może się oprzeć przymusowi podróżowania. Stan ten określają z tego powodu także jako „determinisme ambulatoire" zwłaszcza, że nie daje się w nim zauważyć ani zupełna utrata pamięci, ani wybitniejsze zaburzenie przytomności. Przymus do podróżowania jest objawem różnych chorób umysłowych, jak tępoty umysłowej i obłędu histerycznego, zauważyć jeszcze należy, że chorzy tacy, choć nie znoszą zazwyczaj wyskoku, wśród podróży spożywają nawet wielkie jego ilości bez szkody.

S. podnosi podobieństwo tych stanów z opilstwem okresowem, którego napady zalicza również do padaczki. Chorzy Sch. mają pewne właściwości charakteru wspólne z padaczkowymi; jeden z nich jest nadzwyczaj ambitny i lekceważy sobie wszystko i wszystkich, drugi jest złośliwy i gniewliwy. Trzeci zarozumiały, a brak mu wytrwałości w przedsięwzięciach. Przy ocenie sądowo-lekarskiej należy okoliczności te ściśle uwzględnić. *Horoszkiewicz.*

Kühn: **Samookaleczenie w następstwie wprowadzenia do pochwy kryształu siarkanu miedziowego.** *(Vrjschr. f. g. M.* T. XVII. Z. II. 1899). Dziewczyna 23-letnia, głuchoniema, umysłowo słabo rozwinięta, wprowadziła sobie do pochwy kilkugramowy kryształek siarkanu miedziowego, wrzekomo w celu usunięcia zaparcia stolca, na które od dłuższego czasu cierpiała. Kryształek dostał się do tylnego sklepienia i pozostawał tam około 20 godzin. W czasie tym powstało wśród gwałtownych bólów na tylnej ścianie pochwy około 4 mm. głębokie owrzodzenie, obok nadżarcia sąsiednich części błony śluzowej. W miarę zaś rozpuszczania się siarkanu miedziowego płyn spływający działał żrąco na całą tylną część pochwy. Ogólnych objawów zatrucia, zwłaszcza ze strony układu nerwowego ośrodkowego, autor nie zauważył. Badana po kilku dniach powróciła do zdrowia. *Horoszkiewicz.*

Prof. Nothnagel. **Rzekome zapalenie okatnicze.** — *Pseudoperityphlitis. (Wiener klinische Wochenschrift* 1899, Nr. 15), (numer poświęcony XVII Zjazdowi internistów niemieckich w Karlsbadzie). Podobnie, jak istnieje rzekome zapalenie otrzewnej na tle macinniczem *(pseudoperitonitis hysterica),* wydarzyć się też może ograniczone zapalenie.

Taki przypadek, dotychczas jedyny spostrzegał Nothnagel w swojej klinice i ogłasza go w krótkości.

Chory, lat 20 liczący, pomocnik fryzyerski, z rodziny obciążonej chorobami nerwowemi i umysłowemi; w 15 roku życia upadł na głowę z nieznacznej wysokości (z drabinki pokojowej), a odtąd cierpiał na bóle głowy, drżenie rąk, zawroty głowy, osłabienie. Oznak padaczki nie było. Po 6 tygodniach nastąpiło wyleczenie prądem elektrycznym.

Przed 2 laty bez przyczyny wyraźnej rozpoczęły się nagle bardzo silne bóle w prawej pachwinie. Z tego powodu chory został przyjęty do kliniki chirurgicznej, gdzie stwierdzono stan następujący: brzuch na oko prawidłowy; okolica biodrowo-kątnicowa przy ucisku nadzwyczaj bolesna; w głębi ma się nawet wyczuwać guz obły, wielkości orzecha włoskiego, w okolicy wyrostka robaczkowego. W okolicy lędźwiowo-krzyżowej prawej — nadczułość, ostatnie kręgi lędźwiowe i kość krzyżowa przy ucisku tkliwa. Stan bezgorączkowy, tętno 72.

Po 2 tygodniach stan takisam; okłady nieskutkują, stan bezgorączkowy, bólów napadowych brak. Zresztą stan podobny do poprzednio opisanego. Odstąpiono więc od rozpoznania: *perityphlitis,* również od cięcia brzusznego, a chorego wypuszczono.

W domu chory skarży się na stałe bóle w okolicy biodrowo-kątnicowej, zresztą stan bezgorączkowy.

Wskutek nalegań przyjmują go napowrót do kliniki chirurgicznej, a tym razem już domaga się wykonania operacyi, choćby tylko próbnej. W cięciu brzusznem pokazują się najzupełniej prawidłowe stosunki tak przed otrzewną, na powierzchni kości biodrowej i w częściach miękkich, jak również śródotrzewnowo, na kiszce ślepej i wyrostku robaczkowym.

Ani śladu zapalenia, żadnych zlepów lub zrostów. Mimoto odcięto wyrostek, raz *ut aliquid fiat,* powtóre, aby uniknąć kiedykolwiek w przyszłości możliwego zapalenia wyrostka.

Wyrostek wycięty, badany histologicznie, okazał się zupełnie prawidłowym."

Wyleczenie przez rychłozrost, stan bezgorączkowy, bóle tak samoistne jak i pojawiające się przy dotyku zupełnie ustąpiły. Chory wrócił do domu zdrów.

Dwa lata następne przeszły bez jakichkolwiek zaburzeń. Ledwie tylko niekiedy leciuchne uczucia (sensacye) w prawej okolicy biodrowej. Naraz dostaje chory nadzwyczajnych bólów w okolicy omawianej bez wyraźnej przyczyny. Bóle są prawie stałe, gniotące, wiercące, nawet przez noc nie dają spać choremu. Łaknienia przytem niezłe, stolec zaparty, ale nawykowo od 6 lat. Chory przyjęty do I kliniki lekarskiej.

Ze „stanu obecnego" należy podnieść: wyraz twarzy schorzały, bojaźliwy. Chory zatrwożony o swe zdrowie, sprawdza własnym ciepłomierzem pomiary czynione przez posługaczkę. Brzuch nigdzie niewypuklony. Ucisk, nawet lekki, w okolicy biodrowo-tętnicowej ma sprawiać choremu straszny ból. Nic jednakowoż nieprawidłowego nawet w głębi nie można wymacać. Co przecież zadziwia, że fałd skóry na brzuchu najlżej ściskany już ma sprawiać choremu ogromny ból. Zresztą tętno, oddechy, ciepłota, mocz w najzupełniejszym porządku.

Szczegółowe badanie pokazuje, że po całej stronie prawej istnieje ogólna nadczułość na dotyk, ból, ciepłotę. Również odruchy kolanowe znacznie wygórowane, zwężenie pola widzenia współśrodkowe, obustronne, (prawe więcej, niż lewe).

Pobyt w klinice trwał przez dwa tygodnie, stan był ciągle bezgorączkowy. Leczenie odbywało się prądem przerywanym. W końcu opuszcza chory zakład zupełnie zdrów.

Zbierając razem objawy, dochodzi się do następującego wniosku: Chłopak nerwowy, do tego newropatycznie obciążony, przed dwoma laty przebył już raz podobne cierpienie, a wówczas operacya stwierdziła zupełny brak jakiejkolwiek choroby. Obecnie nowe bóle, brak gorączki, wymiotów, brak guza — natomiast nadczułość skórna, jakiej niema nawet w silnem zapaleniu okątnicowem, przytem wygórowane odruchy, zwężenie pola widzenia, szybka poprawa pod wpływem leczenia miejscowego elektrycznością, a zatem brak wszelkich podstaw do rozpoznania zapalenia okątnicowego, — pozostaje tylko możliwość rzekomego zapalenia na tle macinniczem.

Nie można było dowiedzieć się, czy chory przypadkowo przed dwoma laty nie widział jakiego innego chorego na zapalenie okątnicowe. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. L. Szuman (Toruń). **Spostrzeżenia dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, wynikających z przerostu gruczołu krokowego.** *(Nowiny lek.* Nr. 2 i 3, 1899). Pięciokrotnie ponawiane próby leczenia dolegliwości, wywołanych przez stan gruczołu krokowego przez wycięcie przewodów nasiennych, tylko dwa razy dały wynik zupełnie dodatni. U pozostałych trzech chorych dwa razy nastąpiła mała poprawa, polegająca na możności częściowego opróżniania pęcherza; u jednego zaś przewlekłe zupełne zatrzymanie moczu wcale nie uległo zmianie po operacyi. U 2, z tych 5 chorych, zmuszonym był Szuman wykonać nadto cięcie nadłonowe: raz z powodu kamienia, a drugi raz z powodu krwotoku. W pierwszym razie gruczoł krokowy, jednostajnie przerosły, sterczał do pęcherza na kształt rozpulchnionej części pochwowej macicy i w tym razie po przecięciu przewodów nasiennych powróciła zupełnie wydolność pęcherza, a nadto cewnikiem można było wykazać przykrócenie się cewki o 4—5 ctm., a palcem przez odbytnicę — zmniejszenie się wymiarów gruczołu. U drugiego chorego przerosła była przeważnie prawa część gruczołu, i jak się o tem Sz. w $1^1/_2$ roku po resekcyi przewodu nasiennego przekonał, wrastała do pęcherza w postaci dużego guza kulistego i uszypułowanego. Guz pochylał się w stronę lewą i na wzór klapy zamykał ujście wewnętrzne cewki. Tu nie ustąpiło zupełne zatrzymanie moczu nawet wówczas, gdy trzeba było choremu cięciem nadłonowem otworzyć pęcherz z powodu ogromnego krwotoku, i gdy mu przy tej sposobności Szuman odciął guz zupełnie.

Takie wyniki własne i bardzo do tych podobne wielu innych autorów skłaniają Sz., który zdaje się w przewlekłem przekrwieniu upatrywać źródła wszelkich dolegliwości u prostatyków do zmiany pewnej w leczeniu przerostu gruczołu krokowego, a zmiana ta zasadza się na tem, że nad wszystko inne zaleca chorym spokój, dyetę niedrażniącą, chłodne kąpiele nasiadowe, przepłukiwania pęcherza rozczynem kw. borowego lub chinosolem, a punkt ciężkości przenosi do zimnych wstrzykiwań odbytnicy. Ten ostatni zabieg wykonuje przy pomocy dwóch cewników elastycznych francuskich, Nr. 22 i 24. Cewnik pierwszy węższy wprowadza do prostnicy aż do górnej granicy gruczołu krokowego i cewnik ten łączy z naczyniem napełnionem 2 litrami wody zimnej jak lód. Drugi cewnik grubszy, wprowadza nieco wyżej, jak pierwszy i łączy go z rurką, która drugim końcem zwisa do podstawionego kubła. Woda, która przez pierwszy cewnik wpływa do prostnicy, wypełnia ją zupełnie, styka się na szerokiej przestrzeni ze ściankami gruczołu krokowego i odpływa cewnikiem drugim. Po przejściu 2 litrów wody, ściany kiszki tak się ochładzają, że wywołują wrażenie lodowatych. Przepłukiwania te powtarza początkowo dwa razy dziennie, — potem raz na dobę. Kilka już razy w ten sposób osiągnął trwałe wyleczenie. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dioninę, środek mający zastąpić morfinę, stósował Korte *(Therap. Monatsh.*, 1899, Styczeń). Dionina jest to proszek biały, krystaliczny, gorzkiego smaku, w wodzie i wyskoku łatwo rozpuszczalny, — chemicznie jest etylowaną morfiną. Stósowana w przypadkach uporczywego kaszlu w gruźlicy, nieżycie oskrzeli, rozedmie płuc okazała się dobrym środkiem uspokajającym i kojącym, w działaniu podobna do morfiny i kodeiny, odróżnia się przecież od pierwszej, że działa mniej odurzająco i nie wpływa na przewód pokarmowy. Jest silniejszą od kodeiny, a jej działanie trwa dłużej.

Dioninę podaje się kilka razy w ciągu dnia po 0,015, albo na noc 0,03, lub w płynie np.:

Rp.: Dionin 0,30
Aq. destillat 20,0
S. 2—3 razy dziennie po 15 kropli. *jr.*

Hermanni podawał w wymiotach u ciężarnych *orexinum basicum* (Kalle i Spka). Dwa razy w ciągu dnia powtórzona dawka 0,30 tego przetworu usuwała w każdym przypadku w przeciągu najwyżej kilku dni uporczywe wymioty ciężarnych. *(Therap. Monatshefte,* 1899, styczeń). *jr.*

Landrewie zaleca do leczenia raka twarzy, szczególnie nie dającego się operować, wyłyżeczkowanie i pędzlowanie błękitem metylowym, który obok kojenia bólu miał sprowadzać zabliźnienie zupełne. *(Lyon. méd.*, 1898). *F. K.*

Oddawna istnieją próby, aby środki silnie redukcyjne, wywołujące tak często zapalenie skóry, złagodzić lub innymi zastąpić. Kromayer wprowadził przetwory pochodne kw. pyrogalusowego, chrysarobiny i resorcyny, które na chorej skórze rozkładają się na chemiczne składniki, przez co istoty właściwe, pyrogalol, chrysarobin i t. p. działają *in statu nascendi.* Bottstein poddał dla tego te nowe przetwory: eugalol, lenigalol, — lenirobinę, eurobinę, — euresol, ponownym próbom w 92 przypadkach różnych chorób skórnych. *(Ther. Mon.*, 1899, 1). Wyniki były mniej lub więcej pomyślne; lenigalol oddaje bardzo dobre usługi przy wypryskach różnego rodzaju, przewlekłych i podostrych, i to w maściach z początku słabych (3—5% z ciastem (pastą) cynkowem), później stopniowo coraz silniejszych (do 30%): podobnie działa zastósowany na głowę, gdzie chrysarobin lub pyrogalol, skutkiem barwienia włosów, użytymi być nie mogą (łuszczyca). Eugalol dawał pomyślne wyniki tylko w wilku rumieniowym (lupus erythem.), w innych chorobach nie tylko, że nie działał szybciej jak przetwór poprzedni, ale wy-

wolywał nawet znaczne zadrażnienia skóry. Eurobina okazała się w postaci maści i w płynie nader skuteczną w łuszczycy, usuwając ją szybko, nie drażniąc jednak skóry, jak chrysarobina. Lenirobiny nie próbowano wcale, mając w eurobinie już środek zastępczy, nie drażniący. Euresol okazał się w 4 przyp. figówki wcale niepomyślnym. Środki te wymagają naturalnie jeszcze licznych prób, a dokładne wskazania dopiero wykażą, czy niektóre z nich dotąd za nieużyteczne uznane, nie będą jeszcze dla pewnych chorób nader pomyślnymi, inne zaś dotąd dodatnio działające, na większy szereg chorób rozszerzone. *F. K.*

D y n a m o g e n zdobywa sobie ostatnimi czasy wybitniejsze stanowisko między środkami żelezistymi. Jest to przetwór organiczny, żelezisto-hemoglobinowy, zawiera też znaczny odsetek białka i wodników węgla, jest więc równocześnie środkiem żelezistym i odżywczym. Nadaje się szczególnie do podawania ozdrowieńcom jak również chorym niedokrewnym, krzywiczym itd.

Podnieść też należy, że przetwór ten odznacza się przyjemnym smakiem, a przytem jest nie drogi (250 grm. kosztuje 1 złr. 25 ct. *(W. med. Presse,* Nr. 13, 1899). *R.*

L e c z e n i e u r o t r o p i n ą p r z e w l e k ł e g o z a p a l e n i a p ę c h e r z a u d z i e c i poleca H e u b n e r *(Therap. d. Gegenwart,* 1899). Przytacza on 5 przypadków tej choroby u dzieci od 3 do 10 lat. U czterech chorych mocz był alkaliczny i pomimo leczenia innemi metodami i przepłókiwaniem pęcherza, choroba trwała. Zastósowanie urotropiny przez czas dłuższy uzdrowiło zupełnie tych chorych. U piątego chorego, u którego mocz, pomimo sprawy zapalnej w pęcherzu, miał odczyn kwaśny, urotropina była bezskuteczną. H e u b n e r kładzie na to nacisk, ażeby podawanie urotropiny, jeśli ma być skuteczne, trwało długo. Dzieciom poleca się urotropinę cztery razy dziennie po 0,25. *A. Kw.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 kwietnia 1899 r.
Przewodniczący: kol. S i e l s k i. — Członków Obecnych 32.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. L e s ł a w G l u z i ń s k i streszcza jeszcze raz po krótce wyniki swoich doświadczeń i spostrzeżeń o przebiegu grypy (influenzy). W dyskusyi zabiera głos kol. S t a c h i e w i c z, który z wykładu odniósł wrażenie, jakoby prelegent chciał wszystkie choroby, czy to bezpośrednio, czy też pośrednio podporządkować pod grypę (influenzę), której charakterystyki nie podał. Dziś rozpoznaje się grypę, jeśli obok dreszczów, gorączki, często wczesnych potów, wystąpią bóle kostne i mięśniowe przy istniejącej odpowiedzi, lecz i tu pomylić się można, tak, że właściwie możemy na pewno mówić, że była grypa, gdy po dniach kilku gorączka opadła. Prelegent podaje typ 4-dniowy tak dla grypy samej, jako też dla jej powikłań. Na to trudno się zgodzić, gdyż praktyka codzienna co innego wykazuje; grypa nie ma żadnego typu co do czasu, jest najkapryśniejszą ze wszystkich znanych chorób, a w następstwach nieobliczalną. Mowca zgadza się w całości na to, że narządy, dawniej zajęte, przy wybuchłej grypie, zaraz się odzywają; prelegent oświadczył, że u suchotników ze sprawami zabliźnionemi, zapalenie płuc pogrypowe, przebiega nieszkodliwie dla tych ognisk i ma skłonność do stwardnienia; kol. Stachiewicz ze swego doświadczenia tyle powiedzieć może, że niczego tak się nie boi u suchotników, jak zapalenia płuc przy ognisku starem, bo wtedy zazwyczaj wszystko przechodzi w rozpad, działanie podobne do tego, jakie występuje po zastrzyknięciu surowicy Kocha.

III. Z porządku dziennego kol. K r z y s z k o w s k i przedstawia mózg kobiety z wągrem, usadowionym w 4 komorze. Wągr posiada cechy tak zw. w. groniastego *(cysticercus racemosus)*. Pęcherz wągra wielkości małego orzecha włoskiego leżał wolno w rozszerzonej 4 komorze. Na dnie komory stwierdzić można odgraniczone bujanie wyściółki komory mózgowej (ependymy) w postaci płaskiej wyniosłości, mającej około 1 ctm. średnicy. Komory boczne rozszerzone. Kol. F e u e r s t e i n omawia przebieg kliniczny przypadku, który stanowi przedmiot demonstracyi kol. Krzyszkowskiego. Dwudziestokilkoletnia kobieta doznaje od kilku miesięcy bólów głowy, połączonych z zawrotami i wymiotami. Na podstawie objawów klinicznych można z dużem prawdopodobieństwem rozpoznać n o w o t w ó r m ó ż d ż k a (bóle głowy, wymioty, zwolnienie tętna, *ataxia cerebellaris*, tarcza zastoinowa, drgawki ogólne). Prócz tych objawów stwierdzono, że chora stale pochylała głowę ku przodowi, a następnie, że najchętniej przybierała położenie, zwane pozycyą *à la vache*. Każda próba u n i e s i e n i a g ł o w y d o g ó r y, albo też ułożenia chorej n a w z n a k, wywoływała natychmiastowy zawrót i gwałtowne wymioty, przyczem pojawiały się niekiedy krótkotrwałe tężcowe drgawki, albo też występował stan podobny do omdlenia (utrata przytomności, sinica, rozszerzenie źrenic, nikłe tętno).

Po krótkiem omówieniu postaci klinicznych, pod jakiemi przebiega wągr 4 komory, mowca zwraca uwagę, że z przeglądu odnośnej kazuistyki, nawiasowo mówiąc, bardzo ubogiej, można się przekonać, iż w historyach chorób, odnoszących się do takich przypadków wągra 4 komory, które mniej lub więcej przypominały obraz nowotworów tylnej jamy czaszkowej, wspominano kilkakrotnie (nie przypisując temu zresztą żadnego większego znaczenia), o powstawaniu wymiotów pod wpływem pewnych ruchów głowy i tułowia, jako też o stałem utrzymywaniu głowy w pewnych określonych położeniach. Zestawiając własny przypadek z podobnemi spostrzeżeniami, dotyczącemi wpływu położenia ciała na objawy chorobowe, występujące w przebiegu nowotworów móżdżka, mowca wypowiada zdanie (które uzasadni obszerniej na innem miejscu), że na przyszłość przy rozpoznawaniu nowotworów tylnej jamy czaszkowej trzeba się będzie zupełnie poważnie liczyć z wągrem 4 komory w tych wszystkich razach, w których badanie kliniczne wykaże instynktowne pochylanie głowy ku przodowi, albo też przynajmniej wyraźny wpływ przednio-tylnych ruchów głowy na powstawanie wymiotów i zawrotów.

W dyskusyi kol. W ł o d z. S i e r a d z k i wspomina o znalezionym przez siebie wągrze 4 komory w przypadku nagłego zejścia śmiertelnego, nie poprzedzonego żadnymi objawami chorobowymi.

Nadto przemawiali: koll. S k a ł k o w s k i i S z u l i s ł a w s k i.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 19 kwietnia 1899 r.
Przewodniczący: kol. Prezes Prof. P i e n i ą ż e k. — Członków obecnych 25; jako gość kol. Kosiński z Warszawy.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Docent S r o c z y ń s k i przedstawił z praktyki prywatnej rzadki okaz gruźlicy spojówki u mężczyzny 25-letniego, dotkniętego równocześnie naciekiem płuc i przerostową postacią zapalenia jamy nosowej i nosowo-gardłowej. Zmiany zajmowały załamek górny, dolny i fałd półksiężycowy spojówki oka prawego, w postaci wyniosłych nad powierzchnię ognisk polipowatych, pokrytych płytkiem owrzodzeniem, z wybitnymi gruzełkami na dnie i obwodzie. Prątków gruźliczych w wydzielinie wykazać nie zdołano, dlatego zaszczepił prelegent część podejrzanej tkanny królikowi do przedniej komórki oka, celem stanowczego stwierdzenia rozpoznania. Leczenie będzie polegać na wycięciu części chorobowo zmienionych i przypaleniu ubytku galwanokauterem.

III. Kol. prof. P i e n i ą ż e k przedstawił rzadki przypadek porażenia mięśni rozwierających głośnię, połączonego z porażeniem podniebienia miękiego i upośledzeniem czucia w krtani i połyku. Wobec tego, że chory przebył przed rokiem jakieś zapalenie gardła, po którem wystąpiło podwójne widzenie (diplopia), i porażenie ręki prawej, które później ustąpiły, możnaby i obecne porażenie uważać za pobłonicze; przemawia przeciw temu jednak okoliczność, że porażenie utrzymuje się stale. Cierpienie dolega choremu głównie przez utrudnienie oddechania skutkiem zwężenia głośni. Potrzebną być może tracheotomia, po której możnaby myśleć jeszcze o wycięciu strun głosowych przy laryngofisurze; lecz mógłby to być środek obosieczny. Oddechanie mogłoby się niezawodnie poprawić, ale wobec upośledzenia odruchu krtaniowego, mogłyby po zabiegu wpadać do tchawicy pokarmy i wywołać zachłystowe zapalenie płuc.

IV. Kol. prof. R e i s s przedstawił następujące przypadki z kliniki chorób skórnych: 1) Przypadek wrzodu twardego na przedniej powierzchni części pochwowej macicy; gruczoły w pachwinach nie były powiększone. 2) Rzadki przypadek *favus turriformis.* 3) Przypadek *her-*

pes tonsurans vesiculosus. 4) Przypadek kombinacyi wysypki kiłowej z łuszczycą (*psoriasis*). Nad tymi przypadkami rozwinęła się ożywiona dyskusya, w której wzięli udział koll. prof. Zarewicz, Żydłowicz, Boczar i prelegent.

V. Kol. Gliński demonstrował śledzionę z ogniskami zgorzelinowemi, o postaci zatorów i mózg z ogniskiem rozmiękczynowem, pochodzące z chorego, który przed 3 tygodniami przebył włóknikowe zapalenie płuc. Materyału do zakaźnych zatorów nigdzie nie można było wykazać w ustroju.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba Lekarska zachodnio-galicyjska.

Protokół z posiedzenia pełnej Izby z dnia 29 kwietnia 1899 r.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Józef Łazarski.

Członkowie: Drowie: A. Bossowski, L. Cwiklicer, A. Dietzius, J. Gąwlik, S. Jabłoński, T. Kijas, S. Ponikło, W. Świątek, J. Wain, J. Walczyński i R. Trzebicky.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Sprawozdanie Komisyi kontrolującej: Drowie: Gawlik i Dietzius, jako komisya kontrolująca, oświadczają, że znaleźli rachunki zgodne z dowodami i wnoszą udzielenie skarbnikowi absolutoryum z rachunków za rok 1898.

Dr. Dietzius przy tej sposobności zwraca uwagę, że zaległości członków z wkładkami są bardzo znaczne i domaga się od Wydziału energiczniejszego ich ściągania. Dr. Trzebicky sądzi, że za mało energiczne ściąganie wkładek działa tylko demoralizująco na członków; dla tego wnosi, aby Wydział tym kolegom, o których sądzi, że zaległe kwoty ściągnąć nie będzie można, zaległości odpisał; od reszty zaś ściągał wkładki w drodze politycznej egzekucyi przez c. k. Starostwa. Przewodniczący wyjaśnia, że każdy z członków był już upominany o zapłacenie wkładki i następnie zwrócono się do Starostw o ściąganie, w drodze egzekucyi, jednak egzekwowanie to przez Starostwa bardzo opornie idzie; w wielu wypadkach Starostwa nic nie odpowiedziały, lub też, że zalegający nie jest wstanie zapłacić. Dr. Cwiklicer sądzi, że kiedy Izba ma prawo pobierać opłaty, to Starostwa obowiązane są je ściągać; a jeżeli tego energicznie nie czynią, to jest na to sposób żalenia się w c. k. Namiestnictwie, które przynagli Starostwa. Dr. Trzebicky uważa niepłacenie wkładki przez lekarza, który nie najgorzej jest wyposażony, za rzecz nie honorową, która powinna być rozpatrzoną przez Radę honorową; Dr. Dietzius popiera zdanie Dr. Cwiklicera i Trzebickyego i wnosi, aby w tych wypadkach, w których władza polityczna doniesie, że wkładka jest nieściągalną, udać się jeszcze do jednego z zaufanych kolegów o opinię, a na jej podstawie dopiero, zaległości odpisać. Dr. Trzebicky wnosi zamknięcie dyskusyi, — poczem Izba udziela skarbnikowi absolutoryum z rachunków za rok 1898.

III. Prezydent zdaje szczegółowe sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej w I. kwartale 1899.

Przyjęto do wiadomości.

IV. Prośby kilku wdów po lekarzach i jednego z lekarzy o zapomogi, tudzież wniosek Wydziału Izby, aby „zapomogi udzielać tylko lekarzom do Izby należącym, oraz ich wdowom i sierotom Dr. Trzebicky czyni uwagę, że sprawa ta niepotrzebnie jest przedmiotem obrad Izby, gdyż należy do Wydziału; dla tego wnosi, aby wszystkie te prośby przekazać Wydziałowi do załatwienia, pozostawiając mu wolne ręce. Dr. Kijas jest za załatwieniem próśb przez pełną Izbę, a to dla tego, że są koledzy z powiatów, którzy może będą lepiej znali stosunki proszących.

Przewodniczący oświadcza, że prośby te są przeważnie jedne i te same w każdym roku i że z wyjątkiem jednej, wszystkie — według jego zdania — na uwzględnienie zasługują. Dr. Cwiklicer popiera wniosek Dr. Trzebickyego. Dr. Ponikło jest za wnioskiem Dr. Trzebickyego, ale radzi uchwalić zapomogi na pełnej Izbie. Dr. Bossowski wyjaśnia, że sprawa ta przyszła przed pełną Izbę tylko ze względów zasadniczych, a to, czy Wydział ma udzielać lub nie, zapomogi wdowom i sierotom po lekarzach do Izby nienależących, a to tem więcej wobec uchwały Izby lwowskiej. Dr. Trzebicky wychodzi z założenia, że niepowinno się uchwalać reguły, z której mają się znowu robić wyjątki i jest za tem, aby Wydział od wypadku do wypadku według swego uznania postępował. Dr. Dietzius zaznacza, że zasada wyrażona w uchwale Izby lwowskiej, a mianowicie, że prawo do wsparcia mają tylko koledzy do Izby należący, smutnie na niego oddziaływa, przeważna bowiem część biednych jest z czasów, kiedy Izb nie było, dla tego jest zdania przeciwnego i wnosi na wyraźne umocowanie Wydziału do udzielania wsparć w miarę potrzeby i funduszów, bez względu czy proszący byli członkami Izby. Dr. Jabłoński dziwi się uchwale Izby lwowskiej, bo ta jest sprzeczna z statutem. Izba ma zadanie stać na straży godności stanu lekarskiego i niepowinna uważać na to, czy potrzebujący zapomogi był jej członkiem lub nie; jest on zdania, że uchwała Izby lwowskiej, która jest zupełnie nieuzasadniona, nie powinna krępować rąk Wydziałowi, dla tego przyłącza się do wniosku Dr. Dietziusa.

Dr. Walczyński tłómaczy, że ze względu na ilość podań, tudzież tożsamość ich z roku na rok, Wydział Izby, mając na oku fundusze składane przez młodszych kolegów, z uwagi, że prawie wszystkie podania są po nieczłonkach Izby, nie chciał wobec uchwały Izby lwowskiej wziąść na siebie odpowiedzialności i dla tego był za przedstawieniem sprawy pełnej Izbie. Dr. Cwiklicer wnosi: Izba upoważnia Wydział do bezwarunkowego załatwiania podań o zapomogi po członkach Izby; po nieczłonkach zaś udziela dyrektywę, aby w nagłych wypadkach takową udzielił, w mniej zaś nagłych, może sprawę pełnej Izbie przedłożyć.

Prezydent zaznacza, że w tym kierunku właściwie Izba żadnej uchwały nie powzięła, gdyż pozostawiła wydziałowi Izby zupełnie wolne ręce.

V. Dr. Cwiklicer w sprawie o polepszenie bytu lekarzy salinarnych.

Izba przekazuje tę sprawę Wydziałowi Izby.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi — w miesiącu kwietniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 47 osób; w liczbie tej 8 osób pozostałych w leczeniu z m. marca i 13, pozostających nadal w leczeniu na miesiąc maj 1899 r.

Wykaz liczbowy tych 47 osób ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	5	—	5
w kończyny górne	5	16	7	28
w kończyny dolne i tułów	2	8	4	14
w ciało nagie	5	22	6	33
przez ubranie	2	7	5	14
liczby ogólne	7	29	11	47

Zwierzęta kąsające były we wszystkich 47 przypadkach — psy.

Dyrektor Zakładu
O. Bujwid.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 18 maja 1899.

* Towarzystwo Lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem przyjęto w poczet członków czynnych dra Adama Bochenka. Po załatwieniu spraw administracyjnych 1) dr. Gliński okazał i objaśnił zajmujący okaz anatomo-patologiczny. 2) Doc. dr. Sroczyński demonstrował na króliku, któremu zaszczepił cząstkę z wrzodu gruźliczego człowieka, potwierdzenie rozpoznania uczynionego na poprzedniem posiedzeniu. 3) dr. Kędzior przedstawił kilka rzadkich przypadków z krak. kliniki chorób wewnętrznych. 4) Doc. dr. Ciechanowski demonstrował okaz anatomo-patologiczny. 5) Dr. Rutkowski przedstawił kilku chorych, operowanych w krak. klinice chirurgicznej.

* Marszałek krajowy poruczył kierownictwo departamentu sanitarnego w Wydziale krajowym, przez czas choroby dra Hoszarda, członkowi Wydziału, drowi Sawczakowi.

* W Pradze odbyła się ankieta, powołana przez ministeryum spraw wewn., w celu orzeczenia w sprawie leczenia ambulatoryjnego osób zamożnych w zakładach leczniczych. Do tej ankiety wchodzili profesorowie obydwóch uniwersytetów i przedstawiciele obu Izb lekarskich. Ankieta oświadczyła się za tem, ażeby ludziom ubogim udzielać za darmo nie tylko porady lek. lecz i leków, oraz opatrunków. Natomiast, ze względu na podupadanie stanu lekarskiego, chorzy zamożni powinni płacić za udzielaną im poradę, a wymiar tego wynagrodzenia należy urzędownie ustanowić. Jednak sprawy, kogo należy uważać za zamożnego, a kogo za ubogiego, nie zdołano wyczerpująco określić i rozstrzygnąć. Sprawą tą zajmowała się w ostatnich czasach i Izba lek. wiedeńska.

* IV-ty międzynarodowy Kongres dermatologiczno-syfilidologiczny odbędzie się w Paryżu 1900 r., od 2 do 9 sierpnia. Członkiem może być każdy lekarz, przyjęty przez Komitet organizacyjny, który się zgłosi przed 1 czerwca 1900 r. i złoży wpisowe 25 franków. Karty uczestnictwa wydawać będzie biuro Kongresu, za okazaniem pokwitowania ze złożenia wpisowego. Zgłaszać się należy do sekretarza generalnego Zjazdu, lub sekretarza Komitetu poszczególnego kraju. Program zostanie rozesłany członkom przed zebraniem się Kongresu, a obejmie on szczegóły, dotyczące organizacyi posiedzeń, czasu i języka wykładów, referatów i demonstracyj, oraz ostatecznego wydania Sprawozdania z Kongresu.

Ponieważ w tymże samym czasie odbywać się będzie w Paryżu XIII-ty Międzynarodowy Kongres lekarski, przeto nastąpi porozumienie Komitetów obu Kongresów i członkowie Kongresu dermatologiczno-syfilidologicznego staną się członkami Sekcyi dla dermatologii i syfilodologii Kongresu międzynarodowego, bez powtórnego zgłaszania się i wpisywania.

Adres generalnego sekretarza Kongresu: Dr. Georges Thibierge, Paris, rue de Surène, 7. Sekretarzem Komitetu austryackiego jest Doc. Dr. Ed. Spiegler, Wien, I Ebendorferstrasse, 10.

Komitet Kongresu uprasza redakcye pism lekarskich polskich o wydrukowanie w swych organach niniejszego ogłoszenia.

* Jeden z młodych lekarzy wiedeńskich uczęszczał przeszło rok do Instytutu położniczo-operacyjnego prof. Schauty i na tej podstawie wypisał sobie na tabliczce »emerytowany operator«. Władze miejskie, uznając, że tu nie zachodzi podstawa do takiego tytułu, kazały mu tę tabliczkę zdjąć. Lekarz ten przeszedł całą skalę rekursów i wszędzie doznał niepowodzenia; wreszcie udał się do trybunału państwa, który orzekł, że lekarzom wolno jest używać uzasadnionych tytułów, zawiadamiających publiczność o ich specyalności, lecz w przypadku skarżącego to uzasadnienie niema miejsca, gdyż sam on nigdy nie był samoistnym operatorem, a tylko jednym z poświęcających się studyom operacyjnym.

* Fizykat m. Budapesztu wydał regulamin dla przestrzegania zasad higieny w zakładach golarzy i fryzyerów.

* Klinika lekarska w Lipsku obchodziła 11 maja stólecie swego istnienia; uroczystość ta została połączoną z odsłonięciem popiersia Wunderlicha i Wagnera.

* W Wiedniu, nakładem K. Prochaski, wyszedł 6 i 7 zeszyt dzieła: »Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften« prof. Draschego; zeszyty te zawierają rozdział o »Chorobach wenerycznych i skórnych«, oraz dokończenie rozdziału o »Chorobach uszów, nosa, tchawicy i krtani«.

* Fabryka przetworów chemicznych i farb Fr. Bayera i Sp. w Eberfeld, wyrabiająca somatozę, fenacetynę, protargol itd. założyła ostatnimi czasy filię w Wiedniu (I, Hegelgasse, 17), której kierownikiem jest aptekarz Brestowski.

* Docentami położnictwa i ginekologii w lwowskim Uniw. mianowani zostali: Wład. Bylicki i Franciszek Kośmiński, zasłużeni w literaturze specyaliści.

* Konsulentem sanitarnym krakowskiej Dyrekcyi ruchu kolei państwowych mianowany został Dr. Józef Zoll.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiell. otrzymał Kaz. Dłuski, doktor wydziału paryskiego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XVII (od 24 do 30 kwietnia). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 83730. Zawarto w tym czasie małżeństw 16 (9,94); urodzin było 56 (34,78); skonów 67 (41,61). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 22:14, u starozakonnych 11:8.

Mianowania i odznaczenia: Prof. Hildebrandt otrzymał wezwanie do Bazylei, na katedrę opróżnioną przez śmierć Socina. Prof. Esmarch przenosi się z Królewca do Getyngi, jako następca Wolffhügela. Doc. Dr. Sänger przyjął posadę kierownika kliniki położniczej w niemieckim wydziale w Pradze. Nadzwyczajny prof. medycyny wewn. w Strasburgu, dr. Minkowski, wezwany został do zajęcia katedry po Strickerze w Wiedniu.

Nekrologia. Zmarli: Dnia 12 b. m. zmarł w Kołomyi, wskutek duru wysypkowego Dr. Gabryel Sysak, w 45 roku życia. Pochodząc z rodziny niezamożnej, własną pracą i pilnością osiągnął w roku 1880 dyplom na Wszechnicy Jagiellońskiej. Po dopełnieniu studyów w Wiedniu, przyjął obowiązki lekarza kierującego w szpitalu OO. Bonifratrów w Zebrzydowicach. Skąpy zakres działalności w tej miejscowości skłonił ś. p. Dra Sysaka do opuszczenia Zebrzydowic i osiedlenia się w 1885 r. w Kołomyi.

Człowiek czynu, mąż prawości nieskazitelnej, charakteru i woli niezłomnej, a nadto duszą i ciałem Polak, — dał się wkrótce poznać na kresach nietylko jako znakomity lekarz, ale także jako mąż, na którego w każdej chwili i okoliczności społeczeństwo liczyć mogło.

A że tak rzeczywiście było, świadczy o tem wspaniałe własne gniazdo »polskiego Sokoła« w Kołomyi, do którego wzniesienia ś. p. Dr. Sysak głównie się przyczynił; dowodzą tego wznoszące się mury Bursy polskiej; czytelni i szkółki, polskiej szkoły ludowej, Jego zabiegami fundowane; rozkwit czytelni Kraszewskiego w Kołomyi; niezapomniana Jego działalność w Radzie gminnej i powiatowej, w Towarzystwie »pracy kobiet«, Stowarzyszeniu rzemieślniczem »Gwiazda«, Izbie lekarskiej i w Sekcyi kołomyjskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Zmarł w sile wieku! Usunął się z pośród nas kresowców w czasie, w którym zaledwie zaczął zbierać owoce ciężkiej własnej pracy i uznania współobywateli; padł jednak, jako żołnierz, wierny sztandarowi, któremu wierność zaprzysiągł, bo uległ chorobie, której się nabawił, niosąc pomoc choremu na dur wysypkowy!

Za trudy Jego, jako człowieka i lekarza, za bojowanie na kresach, jako szczerego i serdecznego Polaka — niechaj Jego pamięć nigdy nie wygasa między nami, a ta ziemia, daleka od Jego niw rodzinnych, niechaj mu lekką będzie. *Dr. Bolesław Jaworski.*

Dr. Jan Strzałko, zmarł w Mińsku. Dr. Romuald Łatkiewicz — w Baku (Kaukaz). W Darmsztadzie, w 75 r. życia, zmarł prof. L. Buchner, autor głośnego dzieła p. t.: »Kraft und Stoff«. Prof. histologii Dr. T. Hessling — w Monachium. Dr. Jallet prof. położnictwa — w Poitiers. Dr. Zygmunt Januszewski, urodzony w r. 1837, wychowaniec kijowskiego Uniw., zmarł w Manzyrze na Bessarabii.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Nowinach Lekarskich* Nr. 5: Prof. Rydygiera: Drugi rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie. Dr. Chłapowskiego Fr.: O przyczynach stwardnienia tętnic (arteryosklerozy). Dr. Drobnika T.: Uwagi i spostrzeżenia, dotyczące opatrywania ran (c. d.). W *Medycynie* Nr. 19: Grosglika S.: Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottiniego. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 19: Kijewskiego Fr.: Życiorys prof. Ludwika Rydygiera (z portretem). Dr. Bernhardta R.: Wieloliczne samoistne mięsaki barwnikowe skóry.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1326.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Celem nadania posady lekarza okręgowego z siedzibą w *Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim.

Do okręgu tego należą gminy i obszary dworskie: Krzeszowice, Czatkowice, Czerna, Dubie, Filipowice, Miękinia, Młynka, Nowa góra, Nawojowa góra, Paczółtowice, Radwanowice, Siedlec, Żary, Żbik, Rudawa, Brzezinka, Frywałd, Nielepice, Niegoszowice, Pisary, Rudno, Sanka, Tenczynek i Wola filipowska z ludnością 143 1 głów według spisu z roku 1890.

Do posady przywiązana jest roczna płaca 500 złr., płatna w ratach miesięcznych z góry z kasy Wydziału powiatowego i ryczałt na koszta podróży 250 złr. w ratach kwartalnych z góry, z funduszów krajowych.

Chcący otrzymać tę posadę musi posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języka polskiego;

5) najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. Między kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim;

6) dostateczna fizyczna zdatność udowodniona świadectwem c. k. lekarza powiatowego, lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Należycie udokumentowane podania wnosić należy w terminie po dzień 31 maja 1899 r. do Wydziału Rady powiatowej w Chrzanowie.

Chrzanów, dnia 25 kwietnia 1899 r.

118 Prezes *Wodzicki* m. p.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych dla okręgu lekarskiego Kraków II z siedzibą w Krakowie, ogłasza się niniejszem konkurs.

Do powyższego okręgu lekarskiego przydzielony jest c. k. urząd ruchu w Krakowie, c. k. zarząd ogrzewalnin w Krakowie, jako też personal zajęty w biurach c. k. sekcyi konserwacyi Kraków I i II. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, w wyżej wymienionych działach służby zatrudnionych, jako też wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 1300 złr. i 500 złr. ryczałtu na fiakry rocznie. O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. opatrzone wnosić należy najdalej do 25 maja b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, a i bliższych dotyczących informacyi zasięgnąć można w tutejszym oddziale I.

Posada powyższa obsadzoną będzie od 1 lipca 1899 r.

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitarny *Żabie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny *Pistyń* płaca roczna 500 złr. i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi będą mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wnosić do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej na posadę lekarza okręgowego w *Warężu* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie, podania do 15 czerwca br.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 27 Maja 1899. Nr. 21.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 1\0 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Do dzisiejszego Nru dołącza się: 1) List otwarty Dra J. Cholewicza,
2) » » Dra A. Lorentskiego,
3) » » Dra Z. Wąsowicza.

Rok XXXVIII. Kraków, 27 Maja 1899. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Wielokrotny gruczolak żołądka (*Adenocarcinoma multiplex ventriculi*) w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej (*Anaemia perniciosa progressiva*).

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz

prymaryusz.

Rozpoznanie sprawy chorobowej, zwanej niedokrewnością złośliwą postępową napotyka ze strony klinicysty na wiele trudności. Wprawdzie Biermer jeszcze na kongresie lekarzy i przyrodników niemieckich w Dreznie w r. 1868 i następnie na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy kantonu zurychskiego (*Correspondenzblatt für Schweitzer Aerzte. Jahrgang II, Nr. 1)* w r. 1872, na podstawie 15 przypadków, skreślił tak dokładny obraz kliniczny niedokrewności złośliwej postępowej, iż następnie tylko bardzo nieznacznymi szczegółami uzupełniono go, to jednak, mimo to, do dziś dnia, — jak o tem świadczą między innemi i rozprawy odbyte w ubiegłym roku na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie, — zapatrywania na sprawę, kiedy mamy do czynienia z niedokrewnością złośliwą postępową w ścisłem słowa tego znaczeniu, a kiedy z niedokrewnością wtórorzędną, nie są zgodne. Pochodzi to ztąd, iż skoro Biermer uwzględniał tylko przebieg kliniczny, wyłoniły się później różne zapatrywania co do istoty niedokrewności złośliwej postępowej ze strony anatomów patologicznych i klinicystów. Wogóle zaznaczyć mi wypada, iż klinicyści dziś w przeważnej części rozstrzygają o istocie niedokrewności złośliwej postępowej na podstawie etyologii i uważają za niedokrewność złośliwą postępową tylko te przypadki, w których za życia, pomimo najdokładniejszego badania, nie można wykazać żadnego ogniska chorobowego i przy oględzinach pośmiertnych nie znajduje się żadnej takiej zmiany, któraby była zdolną wytłómaczyć tak znaczne zwyrodnienie krwi; również zwracają oni uwagę na charakterystyczny obraz drobnowidowy krwi, który ma się nie wydarzać w przebiegu niedokrewności złośliwych wtórnych.

Ta różnorodność zapatrywań pomiędzy klinicystami ujawnia się już i w samem wyrazownictwie. I tak Lebert zaleca dla niedokrewności złośliwej postępowej nazwę: *Anaemia essentialis;* Pepper — *Anaematosis:* Quincke — *A. perniciosa;* Lepine — *A. progressiva:* a dziś wielu — *A. gravis primaria.*

Obraz kliniczny niedokrewności Biermera daje się skreślić w następujących słowach: Wejrzenie chorego właściwe przy niedokrewności, połączonej z wodnistością krwi; uderzająco blade powłoki zewnętrzne z odcieniem żółtawym; ogólne wynędznienie przy względnie utrzymanej podściółce tłuszczowej; lekkie obrzęki w tkance podskórnej i wewnątrz jam. Ze strony układu nerwowego: majaczenia, zawroty głowy, osłabienie znaczne. Ze strony narządu trawienia: brak łaknienia, słabe trawienie, rzadko biegunki. Ze strony narządu krążenia: szmery sercowe, buczenie nad żyłami szyjnemi, przyśpieszone tętno, rozszerzenie komórek mięśnia sercowego. Od czasu do czasu gorączka i do 40° C. dochodząca z typem nieoznaczonym. Prawie zawsze wynaczynionki na siatkówce lub w innych narządach.

Badanie krwi w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej wykazuje: zmniejszoną znacznie ilość ciałek czerwonych krwi, znacznie pomniejszoną ilość hemoglobiny; różnokształtność (poikylocytosis) ciałek czerwonych krwi i różnobarwność (polychromatophilia); obecność normoblastów i megaloblastów. Pomiędzy różnokształtnemi ciałkami czerwonemi krwi przeważają postacie mikrocytów i makrocytów. Ciałka czerwone krwi bardzo trudno się barwią. Leukocyty są zwykle na szczycie choroby zmniejszone bez wybitnych cech morfologicznych. Według Ehrlicha bez obecności megaloblastów nie można rozpoznawać niedokrewności złośliwej postępowej.

Oględziny pośmiertne stwierdzają w danym przypadku: stłuszczenie mięśnia sercowego, nerek, gruczołów błony śluzowej żołądka i kiszek, tudzież utkanie płodowe szpiku w kościach długich.

W ostatnich czasach miałem na oddziale sposobność spostrzegania klinicznego przypadku chorobowego, który za życia okazywał pod każdym względem przebieg właściwy niedokrewności złośliwej postępowej, a w którym oględziny pośmiertne stwierdziły obecność wielokrotnego gruczolaka złośliwego w żołądku. *(Adenocarcinoma multiplex ventriculi).*

Przypadek ten pokrótce przedstawia się następująco:

Jan K..., l. 37 liczący, żonaty, wyrobnik, leżał poprzednio na kilka zawodów w szpitalu z powodu znacznego stopnia niedokrewności, połączonej z miernymi obrzękami. Ostatnimi czasy pracował w cegielniach. Na dniu 7. XI. 1898 r. został po trzeci raz przyjęty do szpitala św. Łazarza na oddział chorób wewnętrznych z powodu znacznego osłabienia, duszności i obrzęków kończyn dolnych. Stan chorego naówczas przedstawiał się, jak następuje:

Osobnik wzrostu średniego, miernie odżywiony. Skóra woskowoblada, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, zwłaszcza na twarzy. Kościec prawidłowy. W tkance podskórnej na kończynach dolnych mierny okrzęk. Spojówki gałki ocznej blade, z odcieniem żółtawym.

Klatka piersiowa symetrycznie zbudowana; w dolnych częściach przy ruchach oddechowych mniej poruszalna. Wypuk z przodu po stronie prawej w linii sutkowej — jawny do 5-go żebra, poniżej, do 6-go żebra, stłumionobębenkowy; po lewej — do 4-go żebra jawny. Z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej odgłos jawny do 8-go

żebra, a poniżej stłumionobębenkowy. Granice dolne płuc przy wdechu nieznacznie ruchome. Szmery oddechowe na całej powierzchni z przodu i z tyłu — zaostrzone; w dolnych i tylnych częściach płuc przy głębokim wdechu słyszalne skąpe rzężenia średniobańkowe. Liczba oddechów 24 na minutę.

Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niemacalne. Przy pierwszych tonach nad ujściami tętniczemi i żylnemi podmuch; zresztą tony bardzo głuche Tętno drobne, b. słabo napięte, prawie nitkowate. Nad żyłami szyjnemi buczenie. Język lekko obłożony; w jamie ustnej brak oznak przebytej kiły; zęby dość dobrze utrzymane. Brzuch miernie wzdęty, niebolesny; w jamie brzusznej mierna ilość wolnego płynu Żołądek miernie rozszerzony; w jelitach kruczenie na rozległej powierzchni. Wątroba i śledziona miernie powiększone, niebolesne.

Mocz blado-żółty, czysty, o oddziaływaniu kwaśnem, nie zawiera ani białka, ani cukru.

Chory uskarża się na zawroty głowy i ogólne bardzo znaczne osłabienie tak, iż na nogach nie może się utrzymać. Przyczynę choroby odnosi do nieodpowiedniego odżywiania się, tudzież do zatrudnienia swego w ostatnim czasie w cegielniach.

Chory pozostawał na oddziale aż do 15/1 1899 r., w którym to dniu zakończył życie wśród wzmagającej się ciągle niedokrewności, osłabienia i opuchliny ogólnej.

Przez pierwsze cztery tygodnie pobytu w szpitalu t. j. od 8/11 do 9/12, można było stwierdzić u chorego ciągłą gorączkę o torze atypowym, przyczem najwyższe wzniesienie ciepłoty dochodziło do 39·2° C., przeciętnie 38·2° C. już to w porze rannej, już to wieczornej; później zaś aż pod koniec życia ciepłota ciała była zawsze podnormalną, wahała się między 36·1° a 36·8° C. Od samego początku pobytu w szpitalu chory majaczył, zrywał się z łóżka do ucieczki i był czasami tak niespokojny, iż w celu ubezwładnienia trzeba nań było zakładać kaftan; oddawał mocz i kał pod siebie, a tylko chwilami odzyskiwał przytomność i samowiedzę i naówczas skarżył się na ból w kościach, zwłaszcza w kończynach dolnych. Na cztery tygodnie przed śmiercią wystąpiło u niego rozwolnienie, nie dające się przez 10 dni niczem powstrzymać, o charakterze stolców ryżowych i tak obfite, iż nie można było wyspieszyć ze zmianą podkładów. Wymiotów nigdy nie było. Łaknienie mierne i język podsychający. Badanie kilkakrotne stolców na obecność czerwi dawało wynik ujemny; moczu nie można było otrzymać do badania, gdyż chory bezwiednie oddawał go wraz z kałem. Tętno niekiedy w pierwszych pięciu tygodniach, przy odpowiednich środkach leczniczych, poprawiało się co do napięcia i częstości; później było zawsze nitkowate. Równocześnie z poprawą tętna ustępowały i obrzęki na kończynach dolnych i z jam wewnętrznych. W narządach wewnętrznych zmian ważniejszych, prócz opisanych w »status praesens«, nie zauważono; tylko w jamie opłucnowej prawej można było stwierdzić większe nagromadzenie się płynu wolnego, co odnieść należało do ustawicznego leżenia chorego na boku prawym.

Badanie krwi, trzykrotnie wykonane, dało wynik następujący:

Dzień	Liczba c. czerw.	Liczba c. białych	Hg. (Gowers)	Wskaźnik zabar.	C. g.	Leukoc. traw.	Alkal.	Obraz morfologiczny krwi
10/12	1944000	5000	25%	0·6	1·041	6800	426 mg. NaOH	Poikilocyty, makrocyty, skąpe megaloblasty i normoblasty, leukocyty jak zwykle
21/12	1808000	3400	22%	0·6	1·030	4000	319·4 mg. NaOH	dto
8/1	2696000	12000	40%	0·7	1·049	12000	372·7 mg. NaOH	Poikilocyty, makrocyty, normoblasty, leukocytoza neutrofil.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Anaemia perniciosa progressiva. Enteritis chronica. Insufficientia musculi cordis. Hydrops univ. min. gr.*

W dniu 15 stycznia b. r. wykonał Doc. Dr. Ciechanowski w zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. sekcyę na zwłokach Jana K..., a szczegółowy i bardzo dokładny protokół oględzin pośmiertnych, uprzejmie mi użyczony, opiewa jak następuje:

Rozpoznanie anatomiczne: *Adenocarcinoma polyposum multiplex ventriculi cum metastasibus glandularum lymphaticarum. Endocarditis verrucosa valvulae mitralis et parietalis ventriculi sinistri cordis subsequente infarctu lienis et renis dextri. Tumor lienis subacutus. Infiltratio adiposa hepatis. Degeneratio adiposa myocardi.*

Pneumonia crouposa asthenica lobi inferioris pulmonis dextri. Nodi tuberculosi pauci pulmonis utriusque. Anaemia permagna. Hydrops universalis minoris gradus.

Hernia inguinalis dextra accreta.

Budowa: osobnik dość dobrze zbudowany. (Przepuklina pachwinowa prawa, jak niżej opisano). Odżywienie: dość dobre, podściółka tłuszczowa mierna. Skóra: bardzo blada. Tkanka podskórna: na kończynach dolnych, na pośladkach i na grzbiecie nieznacznie obrzękła; po nacięciu wydziela się ciecz przeźroczysta. Kości i stawy: zmian nie okazują; szpik kości długich ciemnoróżowy, nie zawiera przerzutów nowotworowych. Mięśnie: miernie rozwinięte, blade. Naczynia obwodowe: nie okazują zmian. Czaszka: sklepienie symetryczne, ściana czaszki grubości prawidłowej, powierzchnia wewnętrzna nie przedstawia zmian. Podstawa czaszki po zdjęciu opony twardej przedstawia się prawidłowo. Opona twarda: daje się z łatwością oddzielić od czaszki; powierzchnia jej wewnętrzna gładka, lśniąca, blada; zatoka sierpowata próżna. Opony miękkie: cienkie, gładkie, lśniące, blade. Naczynia tętnicze na podstawie mózgu i w zatokach Sylwiusza zmian nie okazują. Mózg: blady, zresztą żadnych zmian nie przedstawia. Komórki mózgowe: nieco rozszerzone, zawierają ciecz przeźroczystą; wyściółka ich gładka, cienka, połyskująca. Móżdżek i rdzeń przedłużony — blade, zresztą nie okazują zmian. Śródpiersie: nie przedstawia zmian. Jamy opłucnowe: w każdej z nich znajduje się około 100 gramów cieczy przeźroczystej, żółtawej. Opłucna: tak prawa, jak i lewa cienka, lśniąca. W obrębie płatu dolnego płuca prawego prześwieca pod opłucną kilkanaście gruzełków prosówkowych, zrzadka rozrzuconych. Płuco prawe: płat górny i średni powietrzne; miąższ tych płatów na przekroju blady, wydziela za uciskiem bardzo mało cieczy pienistej, jasnej, jędrny. W szczycie znajduje się ognisko serowate, wielkości grochu, po części zwapniałe, otoczone tkanką włóknistą. Płat dolny mniej powietrzny, zwłaszcza w częściach dolnych; powierzchnia przekroju miejscami tylko lekko ziarnista, zresztą zaś gładka, zabarwienie miąższu szarawo-różowe; za uciskiem wydziela się z miąższu ciecz słabo pienista, szarawo-różowa, mętna. Miąższ w całym płacie dolnym jędrny. Płuco lewe: w szczycie znajduje się ognisko serowate, po części zwapniałe, wielkości fasoli, otoczone tkanką włóknistą; w miejscu tem jest opłucna zaciągnięta. W płacie górnym, w dolnej jego części, znajduje się ognisko bezpowietrzne, wielkości orzecha laskowego, na przekroju gładkie, barwy szarawej, przeświecające; wśród tego ogniska rozrzucone są drobne guzki serowate, nie przechodzące wielkości soczewicy. W dolnym płacie znajduje się nadto ognisko zwapniałe wielkości grochu, a w dwóch miejscach ogniska wielkości fasoli, złożone z gruzełków i drobnych guzków serowatych. Zresztą zaś miąższ płuca lewego jest wszędzie powietrzny, jędrny, wogóle blady; w płacie górnym miąższ jest suchy, w dolnym wydziela się z miąższu za uciskiem mierna ilość cieczy pienistej, jasnej. Oskrzela: błona śluzowa gładka, blada. Gruczoły oskrzelowe i śródpiersiowe: powiększone, w całości zabarwione czarno od złogów pylicowych. Gardło: błona śluzowa blada, zresztą zmian nie przedstawia. Gruczoł tarczowaty: nie okazuje zmian. Krtań: błona śluzowa gładka, bardzo blada, zresztą nie przedstawia zmian. Tchawica: błona śluzowa gładka, blada, zresztą zmian nie okazuje. Naczynia

płucne: próżne, błona wewnętrzna gładka, blada. Worek osierdziowy: zawiera kilka kropel cieczy przeźroczystej. Osierdzie: gładkie, lśniące. Przysierdzie: cienkie, gładkie, lśniące; w obrębie komory prawej znajduje się pod przysierdziem mierna ilość tkanki tłuszczowej. Serce: w wymiarze poprzecznym lekko powiększone. Mięsień sercowy: jędrny, blady, barwy żółtawej; odgraniczenie mięśnia od tkanki tłuszczowej podprzysierdziowej w obrębie komory prawej wszędzie ostre. Naczynia wieńcowe tętnicze okazują przebieg lekko kręty; ściana grubszych gałęzi w kilku miejscach niejednostajnie zgrubiała, przez co światło w tych miejscach leży odśrodkowo; zresztą światło niezwężone. Komórka lewa: nierozszerzona, ściana jej prawidłowej grubości; pomiędzy beleczkami tkwi kilka małych skrzepów kulistych, odbarwionych, za życia powstałych, do podstawy ściśle przylegających. Przedsionek lewy: nierozszerzony, ściana jego prawidłowej grubości. Zastawki: na tylnym płacie zastawki dwudzielnej w linii zamknięcia znajdują się w trzech miejscach małe, blado-różowe, miękie, brodawkowate wyrośle; zresztą innych zmian zastawka nie okazuje. Zastawki półksiężycowate tętnicy głównej nie przedstawiają żadnych zmian. Komórka prawa i przedsionek lewy: lekko rozszerzone, zawierają mierną ilość skrzepów pośmiertnych, ciemno-czerwonych, wiotkich, soczystych, luźno leżących; ściana komórki i przedsionka nieco cieńsza. Zastawki: tak trójdzielna, jak i półksiężycowate zastawki tętnicy płucnej nie przedstawiają zmian. Tętnica główna: prawidłowej szerokości. W łuku znajduje się w jednem miejscu małe zwapnienie, zresztą błona wewnętrzna gładka, lśniąca, blada. Jama brzuszna: zawiera niewielką ilość cieczy przeźroczystej, lekko żółtawej. Otrzewna: cienka, gładka, lśniąca. Po stronie prawej istnieje przepuklina pachwinowa; w worku przepuklinowym znajduje się duża pętla jelita biodrowego, połączona ścisłymi zrostami ze ścianą worka. Brama przepuklinowa szeroka. Pętla esowata długa, jej krezka wysoka o wąskiej podstawie, zwyrodniała włóknisto; zresztą ułożenie trzew prawidłowe. Śledziona: nieco powiększona; torebka jej zgrubiała. W miąższu zabarwionym ciemnoróżowo i nieco kruchszym znajduje się jedno ognisko klinowate, podstawą do obwodu przylegające, szczytem ku wnęce zwrócone, barwy białawo-żółtej, dość twarde. Nerki: prawidłowej wielkości i zbitości. Torebka oddziela się z łatwością, cienka; powierzchnia gładka; miąższ blady; w nerce prawej jedno ognisko żółte, klinowate, podstawą do obwodu przylegające, szczytem ku wnęce zwrócone, od reszty miąższu dość ostro odgraniczone, nie przekraczające wielkości orzecha laskowego; zresztą rysunek miąższu dość wyraźny. Miedniczki i kieliszki: nie przedstawiają zmian. Nadnercza: nie okazują zmian gołem okiem dostrzegalnych. Trzustka: zmian nie przedstawia. Wątroba: powiększona; brzeg przedni tępy; torebka cienka, gładka, lśniąca. Miąższ na rozkroju jednostajnie żółto zabarwiony, dość jędrny. Przyrząd żółciowy: nie okazuje nieprawidłowości. Przełyk: błona śluzowa gładka, blada; wogóle zmian nie ma. Żołądek: mniejwięcej prawidłowych rozmiarów, nie zawiera treści pokarmowej. Warstwy surowicza i mięsna ściany żołądka nie okazują zmian dostrzegalnych gołem okiem. Z błony śluzowej wznoszą się ku światłu żołądka w kilku miejscach miękie, różowe, osadzone na wąskiej szypule wybujałości, o wejrzeniu kalafiorowatem, powstającem przez to, że na szczycie dzielą się te wybujałści na mnóstwo odnóg, podobnych do kosmków. Największa z tych wybujałości, dochodząca wielkości jaja kurzego, znajduje się na przedniej ścianie żołądka, blisko dna i leży grzebieniasto, równolegle do osi długiej żołądka, w części bliższej odźwiernika; nad nią o jakie $^3/_4$—1 cm. znajduje się na przedniej ścianie żołądka druga mniejsza wybujałość, wielkości orzecha laskowego; trzecia leży około 3 cm. pod nią w dnie żołądka i dochodzi również wielkości orzecha laskowego. Oprócz tego jakby w przedłużeniu największej wybujałości ciągnie się na przedniej ścianie ku części wpustowej niska, płaska, na szerszej podstawie osadzona wyniosłość, złożona z utkania nowotworowego, nieco twardszego, o powierzchni nierównej, jednak już nie kalafiorowatej; piąta podobna płaska wyniosłość, wielkości fasoli, znajduje się na tej samej linii, o 1 cm. bliżej w kierunku wpustu; wreszcie pod tą ostatnią, w dnie żołądka, znajduje się jeszcze jedna, bardzo płaska wyniosłość, wielkości grochu; żadna z tych wyniosłości nie okazuje na powierzchni żadnych ubytków, ani żadnych śladów rozpadu. Reszta błony śluzowej przedstawia wejrzenie nierówne, przypominające szagryn (groszkowanie) i jest blada. Jelito cienkie i jelito grube: Błona śluzowa gładka, blada, surowicze obrzękła. Treść jelit płynna. Gruczoły krezkowe nie przedstawiają zmian, zaotrzewnowe zaś w okolicy żołądka powiększone, miękie, zajęte przerzutowo nowotworem. Naczynia w jamie brzusznej, moczowody, pęcherz i części płciowe: nie przedstawiają zmian.

Badanie mikroskopowe *wyrośli nowotworowych w żołądku wykazuje utkanie gruczolaka (adenoma); w głębszych częściach nowotworu gdzieniegdzie przybłonek, wyścielający nowowytworzone gruczoły staje się wielowarstwowym, tworzy tu i owdzie pasma, łączące przeciwległe ściany gruczołów, a nawet jednolite ogniska rakowe. W powierzchownych częściach nowotworu w świetle nowowytworzonych gruczołów w wielu miejscach nagromadziły się leukocyty; znajdują się one również gdzieniegdzie, dość rzadko rozrzucone, w podściełiskowej tkance łącznej nowotworu.*

Błona śluzowa żołądka, niezajęta nowotworem, okazuje nadmierny rozwój tkanki łącznej międzygruczołowej i zanik gruczołów.

Gruczoły chłonne w sąsiedztwie żołądka zajęte w całości utkaniem rakowem. (Dok. n.)

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza pod kierunkiem prof. Dra Pareńskiego.

Spostrzeżenia kliniczne nad wartością leczniczą heroiny.

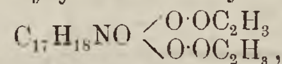
Podał

Dr. Zygmunt Wierzbicki.

Znacznie rozwinięty w ostatnich czasach przemysł farmaceutyczny wytwarza rokrocznie wielką liczbę nowych środków leczniczych, które, wyposażone mniejszą lub większą reklamą, dostają się do pracowni i klinik lekarskich. Jedne z nich nie wychodzą poza zakres teoryi i znikają bezpowrotnie; inne zaś, przeszedłszy zwycięzko krzyżowy ogień licznych badań i spostrzeżeń klinicznych, zajmują należne miejsce w skarbcu terapeutycznym.

Do tych ostatnich należy heroina, — niedawno odkryty lek przeciw kaszlowi.

Jest to podwójny ester acetylo-morfinowy znaku



$$C_{17}H_{18}NO \begin{cases} O\cdot OC_2H_3 \\ O\cdot OC_2H_3, \end{cases}$$

który powstaje przez podstawienie atomów wodoru w grupach wodorotlenowych grupą acetylu. Przedstawia się jako proszek biały, miałki w dotknięciu, bez zapachu, smaku gorzkiego, nierozpuszczalny w wodzie, wyskoku, eterze, rozpuszczalny w kwasach i w chloroformie.

Wyraźne pokrewieństwo chemiczne z morfiną zaciera się nieco w zastósowaniu klinicznem, a raczej uwydatnia się tylko w pewnym specyalnym kierunku kosztem dość znacznego odstępstwa od ogólnego typu działania alkaloidów makowca.

Tym specyalnym kierunkiem jest działanie heroiny na narząd oddechowy, stwierdzone doświadczalnie przez prof. Dresera, który wyniki swych badań farmakologicznych (wraz z krótką kliniczną charakterystyką heroiny Dra Floreta) przedstawił w wyczerpującym artykule w *Therapeutische Monatshefte* Nr. 9 r. 1898.

Wezwany przez prof. Pareńskiego do badań nad heroiną, pozwalam sobie przedstawić w krótkości wyniki do-

świadczeń, czynionych na materyale klinicznym szpitala św. Łazarza.

Celem otrzymania o ile możności najwięcej jasnego obrazu działania podawano chorym (bez ich wiedzy) początkowo przez kilka dni cukier, w postaci zwykłych proszków, zamiast wszelkich innych środków przeciwko kaszlowi zwykle używanych, a następnie przez szereg dni proszki, zawierające 0·005 heroiny, po 3 do 6 dziennie. W końcu, celem porównania, podawano znowu przez kilka dni proszek Dovera.

Badanie odnosiło się do narządu oddechowego w pierwszej linii, narządu trawienia, wydzielniczego, układu nerwowego wogóle, układu krwionośnego, według poniżej przedstawionego wzoru.

dzień	ciepłota	tętno	układ nerwowy	narząd oddechowy: częstość i nasilenie kaszlu	narząd oddechowy: ilość plwociny	narząd oddechowy: jakość plwociny	narząd trawienia	narząd wydzielniczy	towarzyszące objawy	dawka	Uwaga
	37·5	100	—	b. częsty b. nasilony	b. znaczna	plwocina surowicza z kępkami śluz. rop.	brak apetytu	w nocy poty	—		cukier
	38·1	108	—	"	"	"	" stolec rzadki	"	—		
	36·5	104	—	"	"	"	"	"	—		
	38·3	104	—	"	"	"	"	"	—		
	36·7	104	—	"	"	"	"	"	—		
	38·6	108	—	"	"	"	"	"	—		
1.	37·3	102	—	"	"	"	"	"	—	0·005 3 razy dziennie	
	37·7	80	czuje się lepiej	nieco mniej częsty	mniej	mniej plwociny surow.	"	"	drapanie w gardle		
2.	37·3	114	"	"	"	"	"	"	—	0·005 3 razy dziennie	
	38·5	120	czuje się lepiej	"	"	plwocina śluz. rop.	apetyt nieco lepszy, stolec rzadki	"	drapanie w gardle		
3.	37·7	96	nie lepiej	"	znacznie mniej	"	"	"	—	0·005 3 razy dziennie	
	37·9	102	dobrze	znacznie mniej	"	"	"	poty występują nieco później	"		
4.	38·1	108	osłabienie, apatya	w nocy kaszel	mało	"	brak apetytu	"	—	0·005 4 razy dziennie	
	37·6	90	"	b. mało	$^1/_3$ początkowej ilości	"	stolec rzadki	"	—		
5.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0·005 5 razy dziennie	
	37·6	114	dobrze	mało, nasilenie znaczne	mało	"	"	"	drapanie w gardle		
6.	37·2	108	"	mało	"	"	"	w nocy silne poty	—	0·005 5 razy dziennie	
	37·3	120	"	"	b. mało	"	"	—	—		
7.	36·9	108	"	w nocy kaszel	"	"	"	w nocy poty	—	0·005 6 razy dziennie	
	37·1	114	"	b. mało	"	"		—	—		

W przeciągu trzech miesięcy spostrzegano działanie heroiny w kilkunastu przypadkach gruźlicy (w okresie nacieku), nieżytu oskrzeli ostrego, nieżytu oskrzeli przewlekłego u osobników z rozedmą płuc.

Wyniki badań są następujące: jako środek na kaszel przedstawia się heroina w zupełności dodatnio. We wszystkich przypadkach kaszel zmniejszał się tak co do częstości napadów, nasilenia, jak i co do ilości plwociny (zmniejszenie

ilości plwociny odnosiło się tylko do plwociny surowiczej; ilość kłaczków śluzowo-ropnych pozostawała bez zmiany).

Z objawów towarzyszących pojawiało się tylko u niektórych chorych uczucie „drapania w gardle“ i pewnego rodzaju uczucie suchości, na które jednak chorzy, wobec ulgi w kaszlu, mało zwracali uwagi. Na ciepłotę ustroju, układ krwionośny, narząd trawienia heroina, o ile się dało klinicznie stwierdzić, żadnego działania nie wywiera. Tosamo odnosi się do narządu wydzielniczego; — chorzy na gruźlicę, specyalnie wypytywani o działanie „proszków“ na poty nocne, nie znajdowali różnicy przed i po podawaniu heroiny.

Pewne uczucie dogody (euphoria) (szczególniej u chorych na rozedmę płuc), jakie występowało po podaniu tego środka, odnieść należy do zmniejszenia się ilości męczących i przestraszających chorego napadów kaszlu. Zresztą jakiegokolwiek działania znieczulającego (analgetycznego) na układ nerwowy ośrodkowy (w zakresie dawek, wystarczających do zmniejszenia kaszlu) nie stwierdzono, pomimo, iż w małej części przypadków (gruźlica) chorzy uskarżali się na bezsenność, jaka rzekomo po używaniu „proszków“ miała występować.

Większe dawki, 3—4 razy dziennie po 0·02 (doświadczałem na sobie), sprowadzały pewne uczucie znużenia, senność, uczucie suchości w gardle i przełyku, a ztąd znaczne, niedające się ugasić pragnienie, a wreszcie lekkie osłabienie ruchów robaczkowych jelit i zaparcie stolca.

W zestawieniu porównawczem z morfiną tyle tylko stwierdzić się dało, że w przypadkach daleko posuniętej sprawy gruźliczej, chorzy domagali się, pomimo zmniejszenia się kaszlu, proszków dawniejszych, t. j. proszku Dowera; fakt ten odnieść należy do narkotycznego działania morfiny, którego heroina (w dawkach klinicznych) nie okazuje.

Na podstawie wyżej przytoczonych wyników doświadczeń poleca się używanie heroiny szczególnie w przypadkach nieżytu oskrzeli i w początkowych okresach gruźlicy płuc w zastępstwie morfiny, której złowrogi wpływ, występujący przy dłużej trwającem podawaniu (morphinismus chronicus) w zupełności potrzebę tego zastępstwa uzasadnia, a tem samem heroinie, jako środkowi przeciwkaszlowemu, w zupełności przyznaje racyę bytu.

Podawano heroinę w proszkach początkowo po 0·005, później po 0·01, według wzoru:

Rp. Heroini puri 0·01
Sacchari albi 0·25
M. f. pulv. D. tal. dos. Nro X.
S. 3—4 proszków dziennie zażywać.

W rozczynie, jako krople na kaszel, podawać można z małą ilością kwasu octowego, potrzebną do rozpuszczenia:

Rp. Heroini puri 0·20.
Acidi acetici gtt. V—X,
Aquae dest. 10·00.
MDS. 3 razy dziennie po 5—10 kropli.

Do wstrzykiwania podskórnego użyć można tej samej koncentracyi (po poprzedniem jego wyjałowieniu) w ilości $^1/_4$ do $^1/_2$ jedno-gramowej strzykawki Pravaza.

III. W sprawie konserwowania materyałów spożywczych, a zwłaszcza wina, kwasem salicylowym.

Podał
Dr. Juliusz Franzos.

Artykuł prof. Bądzyńskiego p. t. „W sprawie dodawania kwasu salicylowego do środków spożywczych“, zamieszczony w Nrze 6 „Przeglądu Lekarskiego“, — spowodował mnie do napisania kilku słów w tejsamej sprawie.

Kwas salicylowy, jako związek odznaczający się wybitną własnością desinfekcyjną i antyseptyczną, znalazł oddawna zastósowanie przy konserwowaniu środków spożywczych, jakoto: piwa, mleka, jarzyn, mięsa, a szczególnie wina.

Od szeregu już lat jednak podzieliły się zapatrywania chemików i lekarzy co do dopuszczalności kwasu salicylowego do konserwowania materyałów i w tym też duchu walczą nieprzerwanie dwa wręcz przeciwne sobie obozy, chemików i higieników — tak, że niema prawie w dziedzinie higieny sprawy tak aktualnej, a tak spornej, o zdaniach tak podzielonych i tak niezgodnych.

Przedstawiciele jednego obozu, to najzagorzalsi wrogowie kwasu salicylowego. W pierwszym rzędzie należą tu Dubrissay, Brouardel, Vallin i inni, a wszyscy wykazują ujemne działanie kwasu salicylowego na ustrój ludzki.

Według ich doświadczeń, kwas salicylowy, zażyty w większych dawkach, wywołuje szum w uszach, ból głowy, mdłości, wymioty i rozmaite przypadłości żołądkowe. Następnie wykazują oni szkodliwość kwasu salicylowego, zwłaszcza dla ustroju ludzi zupełnie zdrowych, dla których już mała ilość kwasu salicylowego ma być szkodliwa, — wreszcie podają wprost zabójcze skutki jego u ludzi chorych na nerki lub wątrobę.

Ponadto znane są z literatury poszczególne wypadki specyalnych zakłóceń w ustroju, spowodowanych zażyciem kwasu salicylowego, jak np. zwolnienie oddechania, podniecenie wydzielania żółci, pobudzenie wydzielania moczu [1]) i t. d., które prof. Bądzyński w swoim artykule naprowadza.

Na tej też podstawie i opierając się na powyższych doświadczeniach, stwierdzonych klinicznie, dochodzi bardzo wielu chemików i higieników, a między innymi i profesor Bądzyński do zdania, że kwas salicylowy należy uważać za związek szkodliwy zdrowiu, a temsamem nie należy tolerować dodawania go do środków spożywczych, zwłaszcza zaś wina.

Mniej pesymistycznie zapatruje się na całą tę sprawę obóz drugi: Reprezentują go liczni chemicy i fizyologowie, jak profesor Kolbe z Lipska, a dalej Pettenkofer i Lehmann. Wszyscy powyżsi badacze wykonywali przez długi przeciąg czasu szereg doświadczeń bądźto na sobie samych, bądźto na innych ludziach zupełnie zdrowych, którym zadawali bardzo znaczne dawki kwasu salicylowego. I co się okazało? Oto Kolbe, który przez 9 miesięcy codziennie zażywał w rozmaitych napojach conajmniej dziennie 1 gram kwasu salicylowego, nietylko że nie doznał żadnych z powyżej w literaturze wymienionych zakłóceń ustroju, lecz owszem, czuł się zupełnie zdrowym i silnym.

[1]) Wyliczone w Nrze 6 *Przeglądu lek.* od str. 1—7.

Analogiczne doświadczenia, — a mianowicie z piwem. — wykonywał Lehmann. Doświadczenia swoje [1]) wykonywał w ten sposób, że podawał przez dłuższy czas, bo od 23-go listopada 1885 do 22 lutego 1886, dwom zdrowym robotnikom codziennie po $^{1}/_{2}$ litra piwa, zaprawionego 5-cm³ 10% alkoholowego rozczynu kwasu salicylowego: Robotnik A. (49 lat liczący), który pił to piwo salicylowane przez cały powyższy przeciąg czasu z wyjątkiem niedziel i świąt, — zażył więc w przeciągu 75 dni 37·5 grm. kwasu salicylowego. Robotnik B. zaś (37 lat liczący), który również w niedzielę i święta nie pijał, natomiast wynagradzał ubytek w innych dniach powszednich — tak, że w tych dniach spożywał 1 gram kwasu salicylowego w 1 litrze piwa, — zażył przeto w przeciągu 91 dni 45·5 grm. kwasu salicylowego.

Przeciętnie więc używali obaj przez tak długi przeciąg czasu po 0·5 grm. kwasu salicylowego dziennie, a pomimo to nie zauważył Lehmann najmniejszych przypadłości żołądkowych, lub objawów nerwowych, jak np. bólu głowy, mdłości i t. d.

Na podstawie tych doświadczeń dochodzi też Lehmann do wniosku, że kwas salicylowy, zażyty dziennie w dawce po 0·5 grm., absolutnie dla zdrowia szkodliwym nie jest. Na zarzut zaś, jakoby wino lub piwo salicylowane mogło mieć wprost fatalne następstwa dla ludzi chorych na nerki lub wątrobę, odpowiada słusznie Lehmann, że tacy chorzy wogóle w doborze pokarmów muszą być bardzo ostrożni, a zwłaszcza powinni unikać napojów alkoholowych.

Na podstawie tych i innych badań chemików francuskich, postawił Dr. Henryk Vogel [2]) na czwartym kongresie chemików bawarskich w r. 1885 wniosek tej treści, że ilość 5 gramów kwasu salicylowego w hektolitrze, a więc 0·05 grm. w litrze piwa, — powinna być dopuszczalną. A jakkolwiek wniosek ten na razie przepadł, to wznowił go później Dr. Prior w dziełku swojem „Denkschrift betreffs der Verwendung der Salicylsäure in der Bierbrauerei“, w którem wypowiada zdanie, że należy stanowczo zezwolić na dodawanie 0·05 grm. kwasu salicylowego na litr piwa leżakowego, zaś dla piwa, przeznaczonego na wywóz, proponuje jako granicę maksymalną aż 0·2 grm. na 1 litr piwa. Dochodzi on bowiem do tego wyniku na podstawie obliczeń statystycznych, według których przypada przeciętnie na jednego Bawarczyka 2·8—3·5 litrów piwa dziennie, a więc wypadałoby przeciętnie na jednego 0·14—0·175 grm. kwasu salicylowego dziennie, — a taką ilość uważa Prior za nieszkodliwą zdrowiu ludzkiemu.

Wiadomo dalej, że kwas salicylowy i wszystkie jego związki pochodne, (np. salicylan dwusodowy, saliretyna, salol etc.), mające tak rozległe zastósowanie w lecznictwie, jako leki przeciwgnilne i przeciwgorączkowe, a dalej w bólach gośćcowych — bywają zadawane w zdumiewająco wysokich dawkach i to takich, w jakich żadnego innego środka leczniczego wewnętrznie nie podają: I tak przepisują lekarze dzieciom ilości po 0·1—0·2 grm. 3—4 razy dziennie; starszym zaś najmniej po 0·5—1 grm. 3—4 razy dziennie; — wiadomo jednak, że lekarze dochodzą do 2 i 4 grm. na jedną dawkę.

[1]) *Archiv f. Hyg.*, tom V, pag. 483.
[2]) *Arch. f. Hyg.*, tom V, pag. 485.

Objawy otrucia wystąpiły jedynie w 2-ch przypadkach [1]), a mianowicie po zażyciu odrazu na jedną dawkę 15 gramów, względnie 22 gramów salicylanu sodowego.

Biorąc na wzgląd powyższe okoliczności, że dawki kwasu salicylowego są tak znaczne, a mimo to nietylko że zdrowiu nieszkodliwe, lecz owszem bardzo pomocne, — to bezwzględne potępienie i konfiskowanie środków spożywczych, zakonserwowanych zazwyczaj minimalną ilością kwasu salicylowego, wydaje się wprost niesłusznem, tembardziej, że kwasu salicylowego nie dodają wcale w celach oszukańczych, lecz li tylko jako środek, mający na celu przerwanie kiśnienia i umożliwienie przewozu młodego wina.

Ale ponadto wykazały doświadczenia, znane mi z literatury, a wykonywane z mlekiem, że już bardzo małe ilości kwasu salicylowego zapobiegają psuciu się mleka. I tak np. doświadczono, że mleko za dodaniem 0·02% kwasu salicylowego warzyło się dopiero po 60 godzinach, przy 0·04% po 82 godzinach, a przy 0·06% aż po ośmiu dniach. Ponieważ sam zajmuję się od dłuższego czasu sprawą konserwowania wina kwasem salicylowym, przeto, dla upewnienia się o nieszkodliwości kwasu salicylowego, wykonywałem doświadczenia również nad osobą zupełnie zdrową, — a mianowicie nad samym sobą, pijąc przez szereg dni wino, zaprawione kwasem salicylowym codziennie w postępowo zwiększającej się ilości od 0·05 aż do 1-ego grama na litr. Ponadto zażywałem wprost kwas salicylowy w opłatku, również w ilościach od 0·05 aż do 1-ego grama na dawkę. Pomimo to nie doznawałem przez cały ten przeciąg czasu absolutnie żadnych dolegliwości, ani zakłóceń, wymienionych w literaturze.

Czemże więc możemy sobie wytłómaczyć owe objawy chorobowe, występujące przecież po zażyciu kwasu salicylowego, a wymienione w piśmiennictwie na podstawie licznych doświadczeń? Otóż w odpowiedzi na to, musimy przedewszystkiem zaznaczyć, że wszystkie powyżej przez autorów przytoczone wypadki, należy stanowczo uważać za zupełnie odosobnione i wyjątkowe i według zdania mojego wypadków tych uogólniać nie wolno.

Sprawę zaś tych objawów chorobowych i zakłóceń tłómaczy nam bardzo dobrze indywidualność danych osobników, czyli t. zw. zjawisko idyosynkrazyi, które właśnie tak ściśle się łączy z kwasem salicylowym. Wiadomo nam bowiem z toksykologii, że cztery głównie związki chemiczne łączą się ściśle ze zjawiskiem idyosynkrazyi, a mianowicie w pierwszym rzędzie kwas salicylowy, a dalej morfina, połączenia arsenowe i rtęciowe. Wszystkie te związki działają na dane osobniki, mające do nich idyosynkrazyę, tak silnie, że najmniejsza ich dawka, która na innego osobnika wcale nie oddziaływa, wywołuje u nich rozmaite objawy chorobowe, a nawet silne objawy zatrucia. Ciekawy przypadek idyosynkrazyi do kwasu salicylowego, jakoteż do wszystkich jego związków pochodnych, zdarzył się w prywatnej praktyce jednemu z lekarzy krakowskich, — to też chcę go tu w kilku słowach opisać: pacyentka X. dostała po zażyciu 0·5 grm. salicylanu sodowego silnego obrzmienia górnej i dolnej wargi, a na całej prawie twarzy wystąpił wyprysk, podobnie jak po zażyciu bromu. Skoro po pewnym czasie inny lekarz

[1]) *a)* Petersen: *Deut. med. Wochens.*, 1877, Nr. 2. *b)* Weckerling: *Deut. Archiv f. klin. Med.*, 1876.

przepisał tejsamej kobiecie fenacetynę, zmięszaną z 0·25 saliretyny, (a więc znowu związku salicylowego), wystąpiły u tej pacyentki znowu teżsame objawy tak, że musiano zupełnie odstąpić od podawania jej jakichkolwiek połączeń salicylowych.

Z powyższych wywodów i doświadczeń okazuje się przeto, że nie można uważać kwasu salicylowego za związek szkodliwy zdrowiu, a temsamem materyałów nim zakonserwowanych, — za zafałszowane, a poszczególne, w literaturze wymienione wypadki zakłóceń w ustroju należy jedynie tłómaczyć idyosynkrazyą osobników, poddawanych obserwacyi. Mając jednak na uwadze i odwrotną stronę medalu i nie chcąc dać niesumiennym spekulantom pola do rozwoju swych zdolności, należałoby, według zdania mojego, ściśle unormować granicę dopuszczalności kwasu salicylowego do konserwowania środków spożywczych, a zwłaszcza wina.

Sprawa ustanowienia granicy maksymalnej dla kwasu salicylowego, jako środka konserwującego, nie dałaby się jednak łatwo rozstrzygnąć, a rozwiązanie jej nadawałoby się najlepiej przed forum przyszłego, t. j. IV międzynarodowego kongresu chemików, mającego się odbyć w Paryżu, w roku 1900.

Według mojego zdania granica taka dałaby się unormować na podstawie ilości kwasu salicylowego, dotychczas zwykle do wina dodawanych. Z licznych analiz ilościowych, które sam przeprowadzałem, a nadto z dotyczących podręczników przekonałem się, że przeciętnie dodają kwasu salicylowego do piwa w ilości 3—5 gramów na hektolitr, a więc 0·03—0·05 grm. na jeden litr, a do wina w ilości 2—3 gramów na hektolitr, a więc 0·02—0·03 grm. na litr; — w obu razach więc ilości dla zdrowia ludzkiego nieszkodliwe.

Załatwiając przeto ostatecznie sprawę konserwowania wina kwasem salicylowym, możnaby, według mojego zdania granicę tę jeszcze rozszerzyć i przyjąć jako granicę maksymalną dla wina 0·05 grm. kwasu salicylowego na 1 litr, czyli 5 grm. na hektolitr. Uregulowanie tej sprawy miałoby o tyle bardzo doniosłe znaczenie, o ile wino, jako przeznaczone na eksport, zaprawiają kwasem salicylowym już na miejscu, a więc na Węgrzech lub we Włoszech, a z drugiej strony uniemożliwiłoby ustanowienie granicy maksymalnej już naszym domorosłym, — niesumiennym spekulantom, — dodawania znaczniejszych ilości.

IV. Wyciągi.

Dr. H. Luce: **Przyczynek do patologii porażenia połowiczego w przebiegu krztuśca.** *(Deut. Zeitsch. f. Nervenheilkunde.* Zeszyt 3 i 4. 1898 r.) Przypadki porażenia połowiczego u dzieci w przebiegu krztuśca nie należą do wyjątków. Przeważna część neurologów uważa je za następstwo krwotoku śródmózgowego. Dotychczasowe jednak badania sekcyjne przypadków, które zakończyły się zejściem śmiertelnem, wykazały krwotok podoponowy, albo też dały wynik zupełnie ujemny, natomiast nigdy nie znaleziono ogniska krwotocznego w istocie mózgowej. W przypadku, który L. opisuje, wykazano przy sekcyi przekrwienie żylne mózgu, opon mózgowych, rozszerzenie komórek bocznych i zgrubienie ich wyściółki. Badania drobnowidowe mózgu i rdzenia stwardnionego w płynie Müllera i barwionego hematoksyliną, prócz znacznego rozszerzenia naczyń żylnych i włosowatych o prawidłowych ścianach, dało wynik ujemny. Najwyższą część rdzenia przedłużonego badał autor sposobem Marchiego i znalazł nieznaczny stopień zwyrodnienia włókien nerwowych. Zmianie tej nie przypisuje on żadnego znaczenia na czynność rdzenia za życia. Wobec braku zmian, któreby mogły wytłómaczyć objawy porażenia za życia (w danym przypadku), wobec dobrego rokowania, jakie dają połowicze porażenia w przebiegu krztuśca i braku krwotoku śródmózgowego w innych dotychczas znanych przypadkach, uważa je autor albo za porażenia korowe funkcyonalne, lub też za następstwo krwotoku podoponowego. Skutkiem często powtarzających się napadów kaszlu, następuje zastój żylny w mózgu, tem samem powstają gorsze warunki odżywienia kory mózgowej. Nadto CO_2 krwi wywiera szkodliwy wpływ na komórki nerwowe kory mózgowej i wywołuje zawieszenie ich czynności, a tem samem objawy porażenne. Zatem, że porażenia połowicze, o których mowa, są przyrody korowej, przemawiają objawy jej podrażnienia (drgawki).

Dr. Mieczysław Świtalski.

Dr. Teodor Bałłaban: **O mechanizmie powstawania oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego przez uraz** *(Iridodialysis traumatica). Postęp okulistyczny,* 1899, kwiecień. Autor wykazuje na podstawie odpowiedniej literatury, że oderwanie tęczówki od wieńca rzęskowego bez powikłania i to w następstwie skaleczenia przez strzał, bywa rzadszem, aniżeli to zdawaćby się mogło. Ale pominąwszy już rodzaj skaleczenia, przypadki oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego, bez innych ciężkich zmian, są bardzo rzadkie.

Opisawszy, prócz znalezionych w literaturze, 3 przypadki niepowikłanego oderwania siatkówki, z własnej obserwacyi, przychodzi znów do przekonania, że obie teorye, służące do wytłómaczenia powstawania oderwania siatkówki urazowego pochodzenia, a będące ze sobą nawzajem w zupełnej sprzeczności, t. j. teorya Schmidt Rimplera i teorya Förstera, nie zadawalniają nas należycie.

Twierdzi on, że chcąc dokładnie poznać mechanizm oderwania siatkówki, należy się zastanowić najprzód nad sposobem „działającej siły", która musi być błyskawiczną, a działanie jej należy przedstawić sobie, jako linię krzywą, wznoszącą się prawie prostopadle i również tak nagle opadającą w następnej chwili, po osiągnięciu największej wysokości. Prócz błyskawicznej szybkości musi siła działająca trafić w granicę rogówkowo-twardówkową, a wreszcie należy uwzględnić sprężystość twardówki, jak to z młodocianego wieku pacyentów wypływa.

Genezę oderwania siatkówki tłómaczy B. w ten sposób: „Wskutek działania tępej siły o pewnem natężeniu na granicę rogówkowo-twardówkową zostaje ta ostatnia spłaszczona, przez co brzeg rzęskowy tęczówki wciska się ku środkowi oka, równocześnie zaś z tem następuje zwężenie źrenicy. Jeżeli następnie działająca ta siła jest tylko chwilową, błyskawiczną, to granica rogówkowo-twardówkowa wraca natychmiast, dzięki swej sprężystości, nie tylko do swego prawidłowego położenia, ale także poza granicą swej równowagi tak, że skutkiem tego jest ona w miejscu działania siły silniej skrzywioną w przeciwnym kierunku, t. j. na zewnątrz, aniżeli w stanie prawidłowym. Ta okoliczność, jak również i występujące przy urazie, wedle doświadczeń Berlina, zwężenie źrenicy, wraz z odpowiedniem wsunięciem się tęczówki ku środkowi, jest powodem, że tęczówka, której sprężystość jest nader małą, nie może utrzymać równego kroku z twardówką i zostaje silnie szarpniętą. W następstwie tego musi tęczówka, w miejscu najsilniejszego napięcia brzegu rzęskowego tęczówki, które to miejsce odpowiada zarazem jej mniej odpornej części, — oderwać się od wieńca rzęskowego. Przyjście lub nieprzyjście do skutku równoczesnego oderwania się rąbka Zinniusza, lub samo oderwanie się jego, bez oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego, daje się również bez zarzutu wytłómaczyć, przyczem uwzględnić należy różne umiejscowienie działającej siły, jak również rozmaitą rozciągliwość wspomnianych części oka, która u różnych osób jest różną.

J. G.

Dr. H. Oderfeld: **Przyczynek do operacyjnego leczenia wgłobienia jelit.** *(Centralblatt f. Chir.* 1899, Nr. 10). Metoda jaką autor w jednym przypadku wgłobienia jelit z pomyślnym wynikiem zastosował, przedstawia się w wykonaniu następująco: Na jelito doprowadzające i odprowadzające w odległości kilku ctmtr. od szyjki inwaginacyjnej zakłada mocne kleszcze i między niemi podwiązuje krezkę, którą odcina od jelita. Gdy się to stało, przecina poprzecznie jelito w najbliższem sąsiedztwie kleszczy. Tym sposobem resekuje jelito na przestrzeni kilku ctmtr. między kleszczykami, które teraz zdejmuje ostrożnie i nie troszcząc się na razie o część wpukloną, która wsuwa się głębiej i znika z pola operacyjnego, zeszywa okrężnie jelito, lub wszczepia bocznie. Część wpochwioną wydobywa po skończonej operacyi przez odbytnicę. *Herman.*

Dr. Frenkel. **O zmianach w skórze w przebiegu drżączki porażennej.** *(Deutsches Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 14, Heft 5 u. 6, 1899).* Autor zrobił spostrzeżenie, że w przebiegu drżączki porażennej występują zmiany w skórze, których dotychczas jeszcze nigdzie nie opisano, jakkolwiek są objawem bardzo stałym w przebiegu tej choroby. Polegają one prawdopodobnie na zgrubieniu miazdry (corium) i ścisłem jej zrośnięciu z tkanką podścieliskową. (Na poparcie tego przypuszczenia brak jednak dotychczas badań drobnowidowych). Ta ostatnia zmiana może być tak znaczną, że skóry w fałd uchwycić nie można. Zgrubienie, które czasami jest tak znaczne, że czujemy je palcami przy obmacywaniu, wykazuje autor zapomocą pomiarów i znajduje często różnicę o kilka milimetrów. Obok tego spotykamy utratę sprężystości skóry, która objawia się brakiem wyrównania się uchwyconych fałdów. Oprócz powyższych zmian zauważyć czasami można bardzo wyraźne łuszczenie się naskórka i powiększenie gruczołów łojowych. Zmiany te spotykamy zwykle na znacznych przestrzeniach powierzchni ciała, a stopień ich nie stoi zawsze w prostym stosunku do ciężkości choroby. Pieczenie, uczucie gorąca i tym podobne dolegliwości, towarzyszące drżącce porażennej, uważa autor za następstwo schorzenia skóry. Co do patogenezy powyższej choroby wygłasza F. nowe zapatrywanie i sądzi, że wobec opisanych zmian należy się zastanowić, czy drżączka porażenna niema wspólnej etyologii z chorobą Basedowa, obrzękiem śluzakowym (myxoedema) i t. p.

Dr. Mieczysław Świtalski (Wiedeń).

Dr. Schrötter Herman. **Utwory kostne w tchawicy.** *(Wiener klinische Wochenschrift* 1899, Nr. 15). Główną pracę o tym przedmiocie napisał Hammer w r. 1889, w której zebrał 7 przypadków. Wypowiedział on tam przekonanie, że są to wybujałości chrzęstne — *ecchondrosis* — pierścieni tchawicy, przetworzone w tkankę kostną, a nie, jak sądzono dawniej, nowotwory kostne w błonie śluzowej. Zdanie Hammera potwierdził Recklinghausen w r. 1898.

Pod względem klinicznym zwrócił uwagę na tę sprawę pierwszy prof. L. Schrötter.

Tensam przypadek, który prof. L. Schrötter użył za przykład tej sprawy jeszcze w r. 1874, był badany świeżo przez autora, a słuszności zdania prof. L. Schröttera dowodzi to, że stan się zupełnie nie zmienił od czasu pierwszego badania. Autor podaje obraz zmian podług badania wziernikowego. Drugi podobny przypadek, objaśniony również obrazem wziernikowym, był operowany. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka, którego rysunek z preparatu drobnowidowego umieszcza też autor w pracy, potwierdziło przekonanie, wypowiedziane przez Hammera o rodzaju utworów kostnych w tchawicy.

Dr. Eljasz-Radzikowski (Lwów).

Perrin de la Touche. **Wyjątkowy przypadek omdlenia wśród porodu.** *(Annal. d'hyg. publ.* Kwiecień, 1899, Z. 4). Autor, zwracając uwagę na częste tłómaczenie się kobiet oskarżonych o dzieciobójstwo, omdleniem wśród porodu, które im uniemożliwiło udzielić noworodkowi potrzebnej pomocy, opisuje przypadek, w którym podobne tłómaczenie się musiało być uznane za prawdziwe.

Kobieta o lichej budowie, słabowita, źle odżywiona, po raz pierwszy ciężarna, ze stanem swym się jednak nie ukrywająca, została nagle w domu przez poród zaskoczona. Nawoływania jej o pomoc nie odniosły skutku, gdyż sąsiadki wyszły były z domu. Położywszy się na łóżku, wyczuła ręką obecność główki w pochwie; poród mimo wyczekiwania dalej nie postępował. Wówczas opanował ją lęk, a chcąc poród przyspieszyć, starała się rozszerzyć wejście do pochwy. W tym celu wprowadziła pod kontrolą ręki, by nie obrazić główki płodu, nożyce krawieckie pomiędzy główkę a tylną ścianę pochwy, poczem je nagle otworzyła, przecinając w ten sposób międzykrocze aż do rzyci. W tej chwili omdlała, a wróciwszy do przytomności, obaczyła między swemi udami leżące dziecko wraz z łożyskiem Zawiązała pępowinę na węzeł, poczem ją jeszcze nitką podwiązała, okrywając jednak dziecko sukniami, zauważyła, że ono nie żyje.

Sekcya dziecka nie wykazała żadnych śladów gwałtu, natomiast nieco smółki w tchawicy i oskrzelach, jakoteż nieliczne wynaczynionki podopłucnowe. Płuca były powietrzne. Badanie międzykrocza matki wykazało na niem ranę ciętą, ciągnącą się od pochwy aż do rzyci, która nie uszkodziła jednak zdziergacza i odbytnicy. Autor oświadczył się za śmiercią dziecka z uduszenia pomiędzy udami matki, przyjmując zarazem jej tłómaczenie za prawdziwe.

Dr. Horoszkiewicz.

Dr. R. Hölscher. **Przyczynki do obszarowego znieczulania.** *(Münch. med. Wchschr.* 1899. Nr. 8) Po założeniu opaski elastycznej na kończynę na wymaganej wysokości, obwodowo od opaski, lecz w najbliższem jej sąsiedztwie wstrzykuje autor w cały przekrój poprzeczny Nr. 1 płynu Schleicha, tj. 0·2% rozczyn kokainy w roztworze soli kuchennej. Ponieważ jednak dawkę najwyższą kokainy oznaczono i przyjęto na 0·05 grm., więc z rozczynu powyższego nie używa Hölscher więcej nad 25 grm. Gdy ta ilość nie wystarcza do dokładnego nastrzyknięcia całego poprzecznego przekroju kończyny na danej wysokości, używa 0·2% rozczynu chlorku eukainy do nastrzykania pozostającego jeszcze zakresu. Po odczekaniu 10—30 minut od chwili ukończenia nastrzykiwania przystępuje, bez obawy sprawienia choremu bólu, nawet do takich operacyj, jak np. wypiłowanie stawu nadgarstkowego. Próby na sobie i na chorych wykonane pouczyły go, że ze wszystkich zalecanych środków znieczulających kokaina, w tej formie użyta, jest najlepszą.

Herman.

Blum. **Leukopenia w chorobach zakaźnych.** *(Wiener klinische Wochenschrift.* 1899. Nr. 15). Choroby zakaźne wogóle, jak wiadomo, znamionują się leukocytozą. Są jednak w tem prawidle wyjątki. Otóż ta wyjątkowa leukopenia polegać ma podług autora na tej samej podstawie, co brak leukocytozy trawiennej w rozległych schorzeniach narządu gruczołowego w przewodzie pokarmowym. Powodem więc leukopenii w chorobach zakaźnych wogóle ma być zajęcie przewodu pokarmowego.

Autor opiera się częściowo na własnych spostrzeżeniach, a częściowo na literaturze. Z chorób, które miał do rozporządzenia, wyszczególnia najpierw grypę (influencę) i to postać grypy durowej *(influenza typhosa-Strümpell)*: 5 przypadków, które przebiegały wbrew prawidłu z wyraźną leukopenią, z wyjątkiem jednego przypadku ze znaczną leukocytozą, (w którym było powikłanie z zapaleniem płuc). W tych przypadkach obraz krwi przypominał zupełnie dur, a nawet w dwu przypadkach początkowo rozpoznano dur brzuszny, zanim badanie bakteryologiczne plwociny nie ustaliło rozpoznania grypy, co zresztą poparł dalszy przebieg choroby. Co do duru brzusznego wiadomo, że obok leukopenii, występującej z zasady w tej chorobie, zdarzają się też przypadki z leukocytozą, ale w tych zazwyczaj da się wykazać powikłanie z inną chorobą (zapalenie płuc, ropne zapalenie opłucnej, zapalenie gruczołu usznego, ropnie gruczołów zaotrzew-

nowych, zapalenie kości i okostnej). W gruźlicy ilość ciałek bywa rozmaita, najczęściej jednakowoż podają autorowie za znamię tej choroby, przynajmniej w pewnych postaciach, leukocytozę.

Autor w 15 przypadkach posuniętej gruźlicy z gorączką badał stale krew i w 9 znalazł ilości ponad 10 tysięcy. W pozostałych 6 przypadkach liczby były znacznie mniejsze, a nawet była leukopenia, ale równocześnie rzecz uderzająca, iż w tych przypadkach przewód pokarmowy wciągnięty był w schorzenie.

Przypadki powyższe grypy t. zw. durowej miały też podkład w zajęciu przewodu pokarmowego. Postać ta durowa jest to bowiem grypa z objawami brzusznymi. Niestety bardzo mało posiadamy o niej wiadomości pod względem patologiczno-anatomicznym. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

Lassar, podobnie jak Ledermann, przestrzega przed używaniem nieoględnem ortoformu; obaj otrzymali przy wrzodach bolesnych podudzia, które dla uśmierzenia bólu posypano kilka razy ortoformem, zgorzel głęboką, którą z trudem ograniczyć zdołano. *(Derm. Ztsch.* 1899. 1). *F. K.*

Olejek starzęśli *(essentia gaultheriae)* ma być według Dr. Bozzolo znakomitym środkiem przeciw pląsawicy Sydenhama. Skuteczność ta jednak ma się odnosić tylko do tych przypadków pląsawicy, które towarzyszą gośćcowi. Bozzolo przytacza szereg przypadków leczonych i wyleczonych, nieomijając i tych, w których olejek starzęśli nie sprowadził zamierzonego skutku. Stosuje on ten lek zewnętrznie, wcierając raz na dzień równe części olejku starzęśli i waseliny w okolicach bolących stawów i pokrywając te miejsca watą i tkaniną nieprzemakalną. W przypadkach opornych podaje B. olejek starzęśli na wewnątrz, po 3,0 grm. dziennie, w 6 kapsułkach żelatynowych. Po zastósowaniu tego leczenia naprzód ustępuje ból gośćcowy, a objawy pląsawicy łagodnieją i ustają dopiero po kilku dniach. *A. Kw.*

Ichtyol znajduje coraz większe zastosowanie w leczeniu chorób skórnych i kobiecych. Świeżo stosował go Doizy w świerzbiączce sromu *(pruritus vulvae)* i zaleca go nader gorąco, czy to w postaci maści (do 15%), czy plastrów, czy też w postaci obmywań rozczynem wodnym (do 10%). *(Lyon. med.*, 1898). *F. K.*

Wolff omawia nowy rodzaj pręcików cewkowych do leczenia rzeżączki i nazywa je „farmakostil“; wyrabia je firma Stroebe w Karlsruhe. Mają mieć tę wyższość nad antroforami, że nie drażnią cewki, dają się łatwo wprowadzać i to aż do części tylnej cewki moczowej, co chory sam wykonywa raz dziennie, a powleczone żelatyną z ichtyolem (5%) działają szczególnie pomyślnie na przewlekłe zapalenia gruczołów cewki. *(Derm. Ctbl.*, 10, 1898). *F. K.*

Goldberg ogłasza *(Berl. kl. Woch.*, 5, 1899) nader pomyślne wyniki przy używaniu ichtyolu w gruźlicy dróg moczowych, szczególnie pęcherza, miedniczek i nerek. Stan ogólny chorych poprawiał się znacznie, często przybierali na wadze, odzyskiwali łaknienie; miejscowo skutek był także widoczny: krwotoki ustawały, ropienie znacznie się zmniejszało, wreszcie bóle, często przy gruźlicy bardzo znaczne, przeważnie się zmniejszały. G. podawał ichtyol w następujących dawkach: *Ichtyol. sulfoammon., Aqu. destill. aa 20,0 S. 3 razy dnia po jedzeniu 10—70 kropli w dużej ilości wody* — i zaznacza, że jest zupełnie nieszkodliwy, działa dopiero przy wyższych dawkach i używać go należy latami. *F. K.*

Parisot uważa świąd u ludzi starych *(pruritus senilis)* za powien rodzaj samozatrucia, dlatego poleca w takich przypadkach środki przeczyszczające, potem benzonaphtol przy dyecie mlecznej. *(Gaz. hebd.*, 6, 1899). *F. K.*

Jürgens stósował wewnętrznie ichtyol w przewlekłych zaburzeniach przewodu pokarmowego z zaparciem stolca i otrzymywał zawsze zadawalniające wyniki. *(Petersb. m. Woch.*, Nr. 3, 1899). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekarsk. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 21 kwietnia 1899.

Przewodniczący: kol. A Gluziński. — Obecnych członków 36.

I. Kol. A. Bednarski mówił: O wykrywaniu kawałków żelaza lub stali w oku zapomocą sideroskopu Asmusa. Trudne rozpoznanie ciał obcych w oku w przypadkach świeżych staje się w przypadkach zastarzałych jeszcze trudniejszem wskutek zmian następowych, jak zaćma itp. Co do wywiadów, mamy przypadek, gdzie chory nawet pytany w tym kierunku nie był w stanie przypomnieć sobie, żeby mu coś do oka wpadło, zaś co do umiejscowienia wywiady nigdy nie dają pewnych wskazówek. Z objawów klinicznych jedynie małe okienko w tęczówce i kanał widoczny w soczewce przemawiają na pewne o obecności ciała obcego w gałce. Rany twardówki bardzo szybko goją się bez śladu widocznego; zaś inne objawy, jak rany rogówki, zaćma urazowa, krwotoki wewnątrzgałkowe, mogą się zdarzyć i wtedy, gdy ciała obce o gałkę uderzyły i odskoczyły. Tak więc, jeżeli ciała obcego bezpośrednio lub zapomocą wziernika nie widzimy, często z sumy objawów klinicznych możemy stawiać prawdopodobne tylko rozpoznanie, a rozpoznanie pewne jest przecież b. ważne, ze względu na operacyę wyjęcia ciała obcego, która jest zabiegiem poważnym. Asmus podał przyrząd, zwany sideroskopem, polegający na użyciu b. czułej igiełki magnetycznej *ad hoc* urządzonej, zapomocą której możemy nietylko ciała obce stalowe lub żelazne, począwszy od 0·5 mgr., wykryć, ale i do poszczególnych kwadrantów gałki zlokalizować.

Poczem nastąpiła demonstracya przyrządu i przedstawienie 2 chorych: jednego, u którego ciało obce, żelazne, ważące 5 mgr., wykryto i zlokalizowano sideroskopem Asmusa i następnie elektromagnesem Hirschberga wyjęto; drugiego, u którego ciało obce żelazne znajduje się w oku i sideroskopem da się wykryć i zlokalizować. Chory ten ma zaćmę wrodzoną, więc w inny sposób ciała obcego zlokalizowaćby nie można.

II. Kol. Włodz. Sieradzki mówił: O tak zw. *mors thymica.*

W obszernym wykładzie omówił prelegent istniejące zapatrywania na sprawę związku przyczynowego między przerosłą, względnie utrzymaną, grasicą a śmiercią, poddał je wyczerpującej krytyce, oraz streścił obecne wiadomości z zakresu fizyologii i patologii grasicy. Zdaniem prelegenta może powiększona grasica wywołać śmierć skutkiem ucisku na narządy sąsiednie, w szczególności śmierć przez uduszenie z powodu zaciśnięcia tchawicy, tłómaczenie to jednak musi być uzasadnionem przez badanie anatomiczne przy sekcyi; odpowiednie spostrzeżenia dowodzą tego stanowczo. W innych przypadkach stwierdzić się dają w ustroju zmiany określone przez Paltaufa nazwą *constitutio lymphatica*, czyli *status thymicus* i wtedy uważa prelegent za odpowiednie tłómaczyć przyczynę śmierci zmniejszoną odpornością ustroju, chociaż tłómaczenie to nie znalazło jeszcze bliższej naukowej podstawy, gdyż *hyperthymisatio Svehli* wymaga jeszcze większej liczby doświadczeń. W pozostałej gromadzie przypadków, gdzie nie stwierdza się ani ucisku ani *status thymicus*, nie można również wykluczyć związku przyczynowego między śmiercią, a przerostem grasicy, jednak rozpoznania »*mors thymica*« należy używać bardzo oględnie. Prelegent podnosi znaczenie sprawy przerostu grasicy dla nauk lekarskich, a w szczególności dla medycyny sądowej i kończy zdaniem sprawy z własnego spostrzeżenia śmierci nagłej u zdrowej 18 letniej dziewczyny skutkiem przestrachu, w której zwłokach sekcya wykazała wybitny *status thymicus* bez innych zmian chorobowych. Przypadek ten był przedmiotem dochodzenia sądowego i zasługuje na uwagę z tego względu, iż sprawa ta dotąd tak niejasna znalazła swój wyraz w orzeczeniu sądowo-lekarskiem.

W dyskusyi nad tym odczytem przemawiali:

Kol. Obtułowicz dorzuca do wyczerpującego wykładu prelegenta następujące uwagi: Znakomity profesor Hofmann w ostatniem wydaniu swego dzieła (z r. 1895) omawiając powiększenie grasicy i tak zwane »*Asthma thymicum*« podaje, że mimo nader bogatego doświad-

czenia na polu medycyny sądowej, oraz bardzo znacznej liczby obdukcyj dokonanych, na zwłokach noworodków i osesków, nie napotkał nigdy tak mocno powiększonej grasicy, żeby skutkiem tego nastąpiła poważna przeszkoda w oddechaniu.

Również Tamassia wypowiada zdanie oparte na podstawie poczynionych w r. 1894 doświadczeń, że tak zwane »*Asthma thymicum*« nie powstaje skutkiem powiększenia grasicy, lecz jest n e r w i c ą, występującą zwłaszcza u dzieci dotkniętych krzywicą i skazą limfatyczną. Aby wywołać ucisk dostrzegalny na tchawicę noworodków, trzebaby użyć 15 do 20 razy większego ciężaru, niż go posiada prawidłowo rozwinięta grasica. Kol. Obt. również, mimo wieloletniego doświadczenia i znacznej liczby obdukcyj dokonanych na zwłokach noworodków i dzieci, nie napotkał nigdy przypadku uduszenia, gdzieby musiał uciec się do przypuszczenia tak zwanej »*Mors thymica*«, — ale wdzięcznym jest kol. Sieradzkiemu za jego wykład, omawiający tę niejasną jeszcze kartę medycyny sądowej.

Kol. M e r c z y ń s k i wspomina o zwiotczeniu chrząstek tchawicy, jako o możliwej przyczynie śmierci i przytacza z własnego doświadczenia analogiczny przypadek, w którym, z powodu asfiksyi, dokonano tracheotomii. W przypadku tym tchawica była zupełnie zwiotczałą i podobną raczej do gardziela.

Kol. K a d y i radzi, aby nastrzykiwać trupy dzieci formaldehydem, co nie powinno być bez wielkiego znaczenia dla rozpoznawania zmian, a w takim razie na trupie utrwalonym, na przekroju, możnaby widzieć wybitnie zmiany w ułożeniu grasicy.

Kol. K r z y s z k o w s k i zaznacza, że o nastrzykiwaniu formaliną wszystkich trupów dzieci mowy być nie może; należałoby to dla pewności wszelkiej robić w przypadkach z odpowiedniem klinicznem rozpoznaniem, jednak, jeżeli mowa o wklinowaniu powiększonego gruczołu, powstałem wskutek nieprawidłowego ustawienia szyi za życia, to po śmierci, przy manipulacyach różnych z trupem, wklinowanie to jak łatwo powstało, również łatwo może się samo odprowadzić; a skoro nie będzie wybroczyn lub podbiegnięcia krwawego, świadczącego o niem i o śmierci z uduszenia, to ze stanowiska anatomo-patologicznego pozostanie ono zawsze tylko hipotezą.

Prawdą jest, że ustrój na nagły ucisk i zwężenie tchawicy bardzo czuły; jednak powolny i długotrwały ucisk dobrze znosi (świadczą o tem czasem kolosalne guzy śródpiersia przedniego). Przeoczenie zaś zwiotczenia i załamania tchawicy wskutek uciskowego zaniku chrząstek przy pewnej wprawie w sekcyonowaniu jest wprost niemożebnem.

Zarazem kol. Krzyszkowski przytacza, że niedawno sekcyonował 3-letnie dziecko, u którego, w miejscu lewego płatu grasicy, był twardy, serowaty gruczoł, wielkości orzecha włoskiego; zmian uciskowych na tchawicy nie było — dziecko zaś miało czas zejść na ogólną gruźlicę.

W końcu przemawiali jeszcze koll.: W e h r, A. G l u z i ń s k i i p r e l e g e n t.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

I. posiedzenie, dnia 11-go kwietnia przedpołudniem.

Niewydolność mięśnia sercowego. *(Insufficientia musc. cord.).* I. sprawozdawca prof. S c h r o e t t e r (z Wiednia).

Podawszy różnicę w sposobie pracy mięśnia sercowego a mięśni kośćca, w krótkim zarysie przedstawia sprawozdawca mechanizm pracy mięśnia sercowego, przyłączając się w tym względzie do ogólnie przyjętej nauki o samoruchu (automatyzmie) czynności serca. Serce rozporządza pewną s i ł ą z a p a s o w ą, zapomocą której może dokonać nawet wielkiego wysiłku. Ilość tej siły zapasowej jest rozmaita u każdego osobnika, a nieraz już z urodzenia bardzo mała (wrodzona słabość mięśnia sercowego). Niedobór ów można ćwiczeniem wyrównać, ale tylko częściowo. W wysileniu mięśnia sercowego *(Ueberanstrengung, surmenage)* już nie podoła pracy w wielu przypadkach ta siła zapasowa. Wówczas wydarzać się może przerwanie mięśni brodawkowych, zastawek sercowych itp., co poparły niewątpliwe spostrzeżenia.

Niewydolność czynnościowa serca — *(insufficientia functionalis)* — polega na rozmaitych czynnikach etyologicznych. Przedewszystkiem należy do nich w r o d z o n a s ł a b o ś ć s e r c a, występująca niekiedy w całej rodzinie, nietylko już u jednego osobnika. Na zasadzie jej rozwija się czasami p r z e r o s t s e r c a s a m o i s t n y *(hypertrophia idiopathica)* bez właściwej przyczyny. Dla przykładu przytacza sprawozdawca przypadek, w którym, a rozchodziło się o młodzieńca 18-letniego, bez żadnej zmiany na zastawkach i naczyniach, znalazł olbrzymi przerost lewej komórki. W tym więc przypadku serce, z urodzenia słabe, choć wyposażone prawidłowym przyrządem miarkującym, było w stanie sprostać wymaganiom.

Będąc sama dla siebie samoruchową, przecież czynność serca niewątpliwie zależy od wpływu układu nerwowego. Obfity układ nerwowy serca nie może wyłącznie należeć do układu czuciowego, jak w ostatnich czasach przypuszczano, ponieważ człowiek zdrowy prawie zupełnie nie odczuwa czynności serca. Jeżeli zajdą zaburzenia w krążeniu, odpowiada na nie serce raczej zjawiskami ruchowemi, np. przyśpieszeniem i nieprawidłowością w czynności, a tak też należy rozumieć działanie naparstnicy.

Również słabość serca w przebiegu ciężkich schorzeń u ludzi przedtem zdrowych, gdzie niema objawów znaczniejszego zastoju itp., należy tłómaczyć wpływem nerwowym. Objawów zwyrodnienia serca i wpływu toksyn w takich przypadkach dotąd napewno nie udowodniono.

Sprawozdawca przypomina w dalszym ciągu ś m i e r ć z e z ł a m a n e g o s e r c a *(»Tod an gebrochenem Herzen«)*, która rzeczywiście się przydarza, a w takich razach anatom patologiczny nie znachodzi żadnych zmian w sercu i tylko wywiady mogą wyjaśnić rodzaj śmierci. I tak n. p. kobieta najzupełniej zdrowa, silna, doznała wielu wzruszeń podczas pielęgnowania ciężko chorego męża. Gdy ten w końcu umarł i ona uczuła, że musi umierać. Pojawiły się napady przyśpieszenia czynności serca, które w końcu przeszły w stałe bicie serca. Badaniem przedmiotowem nic nie można było wykazać w sercu, a wreszcie, wśród objawów wzrastającej słabości serca, nastąpił skon.

Sprawozdawca przechodzi do omówienia z m i a n a n a t o m i c z n y c h w mięśniu sercowym, będących przyczyną niewydolności jego (H i s, R o m b e r g i inni). Przedewszystkiem podnosi s t w a r d n i e n i e t ę t n i c w i e ń c o w y c h, które sprowadza zmiany bliznowate w mięśniu sercowym. Potwierdziły to też doświadczenia na zwierzętach. Objawy zapalne w mięśniu sercowym występują często wskutek chorób zakaźnych, n. p. ostrego gośćca stawowego. Również w zapaleniu osierdzia i wsierdzia niebezpieczeństwo życia zależy od stanu mięśnia sercowego. Nawet tam, gdzie klinicznie, anatomicznie i mikroskopowo nie można znaleść żadnych zmian, istnieć może nieraz zapalenie mięśnia sercowego miąższowe, a nawet śródmiąższowe *(myocarditis parenchymatosa, m. interstitialis).*

Występują one też samoistnie i to na podstawie komórki lewej, a kończą się wessaniem lub zbliznowaceniem. Tak od rodzaju zmiany patologicznej, jak zwłaszcza od umiejscowienia jej, zależą różnice w stanie chorobowym, które wymagają jeszcze dokładniejszych badań. Zdaje się, że pod względem rokowania niekorzystne są przypadki, w których zajęty jest koniuszek serca.

Prawdopodobnie można wyjaśnić różnicę w rytmie i tonie skurczów serca na podstawie właśnie tego umiejscowienia choroby. N. p. mężczyzna 18-letni podczas całego przebiegu duru miał 58 do 74 uderzeń tętna, atoli, gdy usiadł na łóżku natychmiast dostawał o 20 uderzeń więcej. W okresie zdrowienia zwiększyła się częstość tętna tylko nieznacznie pod wpływem atropiny. Inny przypadek: dziewczynka 8-letnia, u której po przebyciu błonicy pozostało porażenie podniebienia, miała przy ciepłocie ciała 35—36° tętno 32. Dopiero w dniu skonu podniosło się tętno na 116, wobec tylko niewielkiego podwyższenia ciepłoty.

Następnie omawia sprawozdawca z m i a n y u r a z o w e mięśnia sercowego, jak przerwanie itp. ze względu przechodzenia ich w osłabienie serca, dalej wysilenie mięśnia sercowego wskutek przyczyn wewnętrznych, które powodują rozszerzenie jam sercowych w następstwie zastoju nadmiernie zebranej krwi. Z początku wystarcza sercu siły zapasowej, aby przywrócić prawidłowy rozdział krwi po ustroju. Kiedy się jednak sprawa ta nieraz powtarza, następuje trwała rozstrzeń, zwłaszcza jeżeli serce przedtem nie było zupełnie zdrowe. Ulega serce mianowicie w natężających ćwiczeniach sportowych, jak spinanie się po górach, nawet u ludzi zupełnie

zdrowych. Jednakowoż nie zawsze wskutek ćwiczenia następuje wyrównawczy przerost ścian serca. Jedynie tylko dokładniejsze nastawienie przyrządu miarkującego i przyzwanie na pomoc sił zapasowych ratuje równowagę. Zadziwiającą jest rzeczą, że serce nie ma uczucia znużenia, jak mięśnie kośćca. Wysilenie serca okazuje się dopiero zapomocą innych objawów, jak duszność i ogólne osłabienie ciała.

Ze względu na niebezpieczeństwo dla serca nasamprzód idzie chodzenie po górach, po niem następuje jazda na kole, zapasy siłaczy, pływanie długie, wiosłowanie, chodzenie na wyścigi i jazda wierzchem. Nieraz też powstają w następstwie takich zabaw szkody na zdrowiu już nie do powetowania. Siłacze n. p. giną zwyczajnie wskutek słabości serca. Nie jest to żadnym dowodem nieszkodliwości podobnych zabaw przesadnych, że wielu z oddających się im znosi je bez ujemnego wpływu.

W końcu rozbiera jeszcze sprawozdawca sprawę powstawania zaburzeń w wyrównaniu — *(compensatio)* — w wadach zastawkowych. Również zależy to od własności mięśnia sercowego, a przerost równoważący wystarcza tylko na pewien czas. Należy przeto o ile możności jak najdłużej szanować zapasy siły serca we wszystkich schorzeniach mięśnia sercowego, nawet choćby chory czuł się zupełnie dobrze.

II-gi sprawozdawca Martius (Rostock).

Zejście każdej choroby serca, czy z wadą zastawkową, czy bez niej, zależy przedewszystkiem od stanu mięśnia sercowego. Mięsień zdrowy i sprawny długo przezwycięża następstwa wady zastawkowej; natomiast mięsień przedwcześnie zwyrodniały, mimo zupełnie prawidłowych zastawek, ulega bardzo łatwo nawet pod słabym naporem, jaki mu nastręcza natężenie cielesne, grypa *(influenza)* lub coś podobnego.

W większości chorób ostrych i przewlekłych zejście zależy tylko od tego, czy serce wytrzyma. Chory na zapalenie płuc, czy na marskość nerkową, tak jeden jak i drugi, umiera na serce. U obu zawisło rokowanie, tak co do czasu trwania, jak i zejścia choroby, przedewszystkiem od stanu serca.

Pojęcie kliniczne niewydolności serca poraz pierwszy znaleść można w podręczniku Bambergera „O chorobach serca", wydanym w r. 1857. Przecież dopiero O. Rosenbach nadał mu w roku 1881 prawo obywatelstwa klinicznego. Mianowicie Rosenbach żąda, aby lekarz rozpoznawał nie rodzaj uszkodzenia anatomicznego, ale nieprawidłowość w czynności mięśnia sercowego i to przejściową czyli względną lub trwałą czyli bezwzględną niewydolność serca. Przez to wymaganie stanął Rosenbach w zupełnej sprzeczności z panującym kierunkiem jednostronnej nauki o chorobach serca, opartej o anatomię patologiczną.

Od tego czasu pojęcie Rosenbacha zwyciężyło. Należy tylko dokładniej, niż się to zwykle dzieje, rozróżniać niewydolność serca od niewydolności mięśnia sercowego.

Jakież to są bezpośrednie przyczyny, które sprowadzają uszkodzenie mięśnia sercowego, począwszy od nieznacznego utrudnienia w czynności aż do zupełnego zniszczenia jej? Szkoła lipska dowodziła, że niewydolność serca w przebiegu ostrych chorób zakaźnych następuje wskutek samej niewydolności mięśnia sercowego, która znów powstaje na tle ostrego zapalenia anatomicznego. Podług doświadczeń Romberga i Paesslera istotną przyczyną śmierci w ostrych chorobach zakaźnych ma być nie pierwotna niewydolność mięśnia sercowego, ale porażenie nerwów naczynioruchowych, a porażenie to znowu jest toksyczne i ośrodkowe. Bardzo być jednak może, że czynnik szkodliwy, a więc sam drobnoustrój zakaźny, lub jego toksyna, równocześnie uderza w obie strony, t. j. na mięsień sercowy i na ośrodek naczynioruchowy. Porażenie naczynioruchowe Romberga nie wyjaśnia bowiem wszystkich przypadków śmierci sercowej w ostrych chorobach zakaźnych. Ostra rozstrzeń mięśnia sercowego, występująca wcale nie rzadko, nie może być następstwem porażenia naczynioruchowego. Pierwotna niewydolność mięśnia sercowego ma też znaczenie, przynajmniej dla pewnej części przypadków.

Jest prawdopodobnem, że tak jak w ostrych chorobach zakaźnych badanie anatomiczne mięśnia sercowego dało wyniki dodatnie, podobnie w chorobach przewlekłych (wady zastawkowe, tak zw. samoistne choroby mięśnia sercowego itd.), zaburzenia czynnościowe, spostrzegane w przebiegu klinicznym, dadzą się objaśnić też zmianami anatomicznemi. W tym kierunku obok szkoły lipskiej (Krehl, Romberg) pracował też Dehio w Dorpacie ze swymi uczniami. Badacze lipscy osiągnęli wyniki dodatnie i odpowiedzieli na powyższe pytanie stanowczo twierdząco. Podług nich nietylko w wadach zastawkowych, ale też w tak zw. samoistnych przerostach serca znachodzą się tak często i w tak wielkich rozmiarach zmiany w mięśniu sercowym, że ostateczną niewydolność rozszerzonych i przerosłych komórek sercowych należy położyć na karb tych tylko zmian anatomicznych. Przecież przekonanie pierwotne, że w każdym przypadku niewydolności mięśnia sercowego, wykrytej badaniem klinicznem, musi się znaleść odpowiednia temu stanowi zmiana anatomiczna, — nie potwierdziło się.

To też nie udało się obalić szkole lipskiej twierdzenia Bollingera i jego uczniów, że mięsień sercowy w tak zw. samoistnym przeroście serca nie okazuje pod drobnowidem głębszych zmian patologicznych.

Tak więc, nie przecząc z jednej strony, że zmiany czynnościowe mięśnia sercowego opierają się na jego zmianach anatomicznych, należy przecież zdanie to cokolwiek ograniczyć i powiedzieć, że z drugiej strony również w niektórych przypadkach istnieją zaburzenia wyłącznie czynnościowe, wywołane znużeniem i nadmiernem rozciągnięciem mięśnia sercowego.

Dehio uznaje zakaźne zapalenie mięśnia sercowego, kończące się bądź wyleczeniem, bądź wyczerpaniem, bądź też zbliznowaceniem; obok tego atoli odróżnia jeszcze inne schorzenia mięśnia sercowego. Przedewszystkiem należy do nich objaw bardzo częsty u starców, mianowicie rozlany rozrost tkanki łącznej podścieliskowej *(hyperplasia diffusa interstitialis)* w mięśniu sercowym, a stan ten nazywa Dehio: starczem zwyrodnieniem włóknistem mięśnia sercowego — *(myofibrosis senilis)* — i na podstawie tej zmiany objaśnia on powszechną słabość serca u starych ludzi. Taka jednak zmiana może się wydarzyć nieraz w sercach ludzi młodych lub będących w średnim wieku po przebyciu jakiegokolwiek przewlekłego cierpienia sercowego. Ogólnie biorąc należy przypuścić, że przed okresem rozlanego rozrostu tkanki łącznej pomiędzy pęczkami mięśni i w przestworach,— a sprawa ta różni się zasadniczo od znanego ogniskowego zbliznowacenia ściany mięśnia sercowego,— musi istnieć okres przerostu mięśnia sercowego. I dopiero wówczas w sercach przerosłych dochodzi do powstania zwyrodnienia włóknistego większego stopnia, jeżeli do przerostu dołącza się rozstrzeń serca.

Na zasadzie takiego rozumowania wnosi Dehio, że zwyrodnienie włókniste jest objawem dobroczynnym, pewnego rodzaju wyrównaniem (kompenzacyą). Kurczliwe siły komórki mięśniowej zastępują siły sprężyste tkanki łącznej. Więc nie wskutek, ale pomimo tego wyrównania włóknistego w końcu upada serce, jak mniema Dehio. Nasuwa się tedy pilne pytanie: czy istnieje porażenie czynności serca wyłącznie czynnościowe, to znaczy bez większych zmian anatomicznych, a spowodowane jedynie nadmierną czynnością?

Oprócz dawniejszych prac Seitza i Oskara Trentzela, z nowszych doświadczeń w tym kierunku należy wymienić badania Schotta, który poleciwszy ludziom badanym iść w zapasy, wywoływał u nich rozstrzeń serca z wszystkimi objawami przejściowej niewydolności mięśnia sercowego. Tak samo dały podobne wyniki spostrzeżenia, których dokonali Albu i Altschul na zawodowych kolarzach i Mosso na ludziach zdrowych, chodzących po górach. W przypadkach tych rozchodzi się o ostre nadmierne rozciągnięcie mięśnia sercowego, które z ustaniem wysiłku może się szybko wyrównać, a z tego właśnie powodu nie ma mowy o danych anatomicznych.

Nietylko, sztuczne doświadczenia popierają wspomnianą postać chorobową, zdarzają się bowiem podobne przykłady i w codziennej praktyce. N. p. robotnik w cukrowni, przedtem zupełnie zdrowy, nie pijak, w służbie wojskowej bardzo zdatny, miał układać worki z cukrem jeden na drugim, a każdy worek ważył dwa centnary. Wskutek wysilenia podczas dźwigania tych ciężarów powstało nagle nadmierne rozciągnięcie serca, a badaniem można było wykazać powiększenie serca i jego osłabienie.

W przypadkach typowych nadmiernego rozciągnięcia mięśnia sercowego, obok powszechnie znanych objawów jak: duszność, powiększenie stłumienia wypukowego serca, przemieszczenie uderzenia koniuszkowego, przyśpieszenie lub nieprawidłowość uderzeń, wysuwa się naprzód jeszcze jeden objaw znany, ale za mało dotąd ceniony, a mianowicie sprzeczność pomiędzy uderzeniem serca a tętnem.

Chorzy tacy uczuwają bicie serca, a odpowiada temu objawowi podmiotowemu uderzenie serca na szerokiej przestrzeni, zdaleka widzialne, a macalne też wyraźnie jako skurczowy nacisk ku ścianie klatki piersiowej; rozmiarom jednakowoż wstrząśnienia klatki piersiowej i sile uderzenia serca nie odpowiada wcale tętno w tętnicy sprychowej, które jest miękkie, małe i zaledwo wyczuwalne i policzalne. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 maja.

* Dnia wczorajszego rozpoczął swą działalność w Berlinie »Zjazd dla walki z gruźlicą«. Celem tego zebrania nie ma być wiedza, jako taka: szerzenie się gruźlicy szybkie i zgubne uczyniło z tej choroby zło społeczne, do zwalczania którego powołane zostały prócz lekarzy i takie czynniki, jak władza, prasa, zakłady i instytucye zdrowia publicznego i t. d. Do zagadnień Zjazdu berlińskiego ma należeć streszczenie wyników z naukowych badań gruźlicy w klinice, oborze, pracowni anatomicznej i bakteryologicznej i t. d., celem zastósowania tych wyników do codziennego życia. Cel zatem Zjazdu jest nawskroś praktyczny i wchodzi w zakres spraw życiowych i zagadnień społecznych. Przystósować wyniki badań naukowych do ustroju społecznego i państwowego, rozszerzyć światło w tej sprawie wśród rzeszy mieszkańców, wytworzyć samoochronę nietylko w środowiskach wzmożonego życia, lecz w gminach i zagrodach, wszak to zadanie rozległe i wzniosłe, do którego przystąpiły najpoważniejsze umysły i najlepsze serca ludzkie.

Nie bez wewnętrznego zadowolnienia przyprowadzamy sobie na myśl, że i u nas, dzięki początkowaniu Dra Dunina, sprawa zwalczania i leczenia gruźlicy weszła na porządek dzienny usiłowań społecznych.

* W znanej sprawie prof. J. Kosińskiego i Dra Ig. Solmanna sąd okręgowy warszawski wydał, jak to było do przewidzenia, wyrok uwalniający obu od wszelkiej odpowiedzialności.

* W Warszawie, w salonach Resursy kupieckiej, odbędzie się dnia 28 b. m. wieczorem uroczyste zebranie dla uczczenia 35-letniej profesorskiej działalności Dra Juliana Kosińskiego. Uroczystość tę urządzają b. uczniowie i koledzy Szanownego jubilata.

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszem szpitala św. Łazarza Dra Edwarda Szwarcenberg-Czernego.

* Rząd rosyjski przeznaczył 3,000,000 rubli na uporządkowanie zdrojowisk kaukazkich i jednocześnie uchwalił podnieść budżet roczny warszaw. Uniwersytetu o 6,500 rubli, a to w celu ustanowienia katedry pedyatryi, a przytem zarządził, ażeby do katedr higieny, patologii i farmakologii były przywiązane wykłady o epizoocyi, balneologii i bakteryologii.

* W Londynie zebrano na bankiecie 300,000 marek na założenie instytucyj, służących do poznania chorób podzwrotnikowych. Energiczny ruch w tym kierunku w Niemczech i Anglii świadczy o dalszych zamiarach i rozmiarach polityki kolonialnej tych państw.

* W sam czas, bo przed rozpoczęciem w Berlinie kongresu przeciw gruźlicy wyszło dzieło »Etyologia gruźlicy, jako choroby nagminnej i środki jej zapobiegania, z uwzględnieniem sanatoryów dla suchotników po gminach«. Autor tej książki, klinicysta Fryderyk Mosler z Gryfii, skupił treść swej pracy w formie 7 odczytów. Treściwy i jasny wykład tej książki zaleca ją i niezawodnie dziś znajdzie ona licznych czytelników.

* W Brukseli zaprowadzono nocną służbę lekarską w ten sposób, że kto potrzebuje w nocy lekarza, udaje się do najbliższego komisaryatu policyi; tam mu dają agenta policyjnego, który go prowadzi do mieszkania lekarza, pełniącego tej nocy służbę; który następnie obydwom towarzyszy do domu chorego, a po odbytej wizycie odprowadza lekarza do jego mieszkania, doręczając mu 10 franków za wizytę, którą to kwotę zamożni zwracają policyi, za ubogich zaś wydatek ten ponosi fundusz administracyi sanitarnej.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem farmakologii w Kijowie został wybrany Dr. Juliusz Landenbach.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Fr. Gluziński, ojciec kolegów: profesora Antoniego i Dra Lesława, zmarł we Lwowie, w 76 roku życia. Długi swój żywot spędził na pracy zawodowej, a oprócz praktyki lekarskiej, w której towarzyszyło zmarłemu stałe powodzenie, poświęcał czasem wolne chwile piśmiennictwu i pozostawił dwie rozprawy: *Włościanie polscy, uważani pod względem charakteru, zwyczajów, obyczajów i przesądów* (1856 r.) i 2) *Rzecz o wściekliźnie* (1862 r.).

W ciągu ostatnich dni 10-ciu jest to druga śmierć, która nawiedza rodzinę PP. Gluzińskich. Szeroki ogół lekarzy polskich głęboko odczuje bolesną stratę naszych najlepszych i czcigodnych kolegów i podzieli z nimi szczerze żal i smutek po tak dotkliwych ciosach.

Dnia 20 b. m. zakończył życie w Radomiu Dr. Teofil Rewoliński. Zmarły urodził się w r. 1820. Nauki lekarskie odbył w Petersburgu; stopień lekarza otrzymał w r. 1847. Jako lekarz wojska rosyjskiego odbył kampanię węgierską, a następnie krymską. W r. 1853 Rada lekarska Królestwa Polskiego przyznała mu stopień doktora medycyny. Porzuciwszy służbę wojskową w r. 1859, przyjął posadę lekarza powiatu siedleckiego; w r. 1863 przeniesiony został na stanowisko inspektora lekarskiego w Suwałkach, a ztąd w r. 1865 do Radomia, gdzie życia dokonał. W ciągu swej długoletniej karyery napisał 35 rozpraw, głównie odnoszących się do medycyny publicznej, statystyki i epidemiologii, które ogłosił w *Tygodniku Lekarskim.*

Zmarły założył »Gazetę Radomską« i był naczelnym jej redaktorem. Wyborny znawca numizmatyki zebrał 1324 medale historyczne polskie, 117 medalionów z podobizną królów polskich i znakomitych Polaków, 1200 medali religijnych kościoła katolickiego. Dokładny opis tych bogatych zbiorów stanowią cztery tomy, które jednak pozostały w rękopisie.

Cześć pamięci człowieka zasłużonego na tylu polach pracy zawodowej i obywatelskiej.

Dr. Józef Piaszczyński zmarł w Warszawie w 46 roku życia. — W Bukareszcie zmarł Dr. Assaky, profesor ginekologii. W Królewcu. — Dr. S Samuel, profesor ogólnej patologii.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *W Zdrowiu* (zeszyt 164): Dra Tchórznickiego J: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym. Dra Chełchowskiego K.: Sprawa szczepienia ospy u nas (dok.). *W Kronice Lekarskiej* Nr. 9: Sonnenberga E.: Przypadek długiego okresu wylęgania rzeżączki. *W Medycynie* Nr. 20: Grosglika: Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottiniego (c. d.) *W Gazecie Lekarskiej* Nr. 20: Kijewskiego: Kilka uwag o pozostawianiu ciał obcych w jamie brzusznej. Dra Bernhardta R.; Wieloliczne samoistne mięsaki barwnikowe skóry (dok.) Dra Heimana T.: O chorobie Ménièra (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Schill: Ueber Credé's Silbersalze (Itrol und Aetol) sowie lösliches Silber. (Odbitka z *Therapeutische Monatshefte*, zeszyt 3 i 4, 1899).

— Dr. Luxenburg J.: Badania nad morfologią komórki nerwowej w stanie spokoju i wzmożonej jej czynności. (Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.* 1898).

— Biernacki Ed.: Istota i granice wiedzy lekarskiej z przedmową J. Ochorowicza. Warszawa, 1899.

— Dwudzieste szóste Sprawozdanie Towarz. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, wraz ze sprawozdaniem szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie i Kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych w Rabce z r. 1898. Kraków, 1899.

— Dr. Latkowski J.: O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka. (Odbitka z *Przegl. Lekar*, 1899).

— Dr. Bałłaban: Przypadek wągra w ciałku szklanem. (Odbitka z *Przegl. Lekar.*, Nr. 35 i 36, 1898).

— Tenże. Róg skórny powieki. (Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego*, Nr. 16 i 17, 1898).

— Tenże. Cornu cutaneum palpebrae. (Odbitka z *Centralblatt für prakt. Augenheilkunde*, 1898).

— Tenże: Ein Fall von beiderseitiger homonymer Hemianopsie mit Erhaltensein eines centralen Gesichtsfeldrestes. (Odbitka z *Wiener mediz. Wochenschrift* Nr. 48, 1898).

— Tenże: O cewkowatych utworach łącznotkankowych w ciałku szklanem. (Odbitka z *Przegl. Lekar*).

— Isaak Ad.: Ueber neuere Therapie der Genitalgeschwüre. (Odbitka z *Zeitschrift für praktische Aerzte*, 1899).

— Doc. dr. Sroczyński Fr.: Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki. Kraków, 1899 r.

— Rejchman M.: O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu (*Odczyty kliniczne*, zeszyt 3, 1899, Warszawa).

— Dr. Higier H.: Zur pathogenese der motorisch-paralytischen Aequivalente des epileptischen Anfalles. (Odbitka z *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde*)

— Tenże: Przyczynek do patogenezy napadu padaczkowego, oraz porażennych równoważników jego. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

— Tenże: W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. (Odbitka z *Kroniki Lekarskiej* Nr. 3, 1899).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 982.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Andrychowie*, z płacą roczną 500 złr i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. w. a.

Ubiegający się o powyższą posadę, prócz dostatecznej fizycznej zdolności, winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykowania praktyki lekarskiej;

3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Andrychowie należą następujące gminy i obszary dworskie: Andrychów, Inwałd, Frydrychowice, Głębowice, Nidek, Wieprz, Roczyny, Brzezinka ad Andrychów, Targanica, Sułkowice, Rzyki, Zagórnik i Kaczyna.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z 2 lutego 1897, Nr. 10 dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do **31 maja 1899 r.**

Wadowice, dnia 25 kwietnia 1899.

145 Za prezesa: *Dr. Iwański.*

Wydział powiatowy w *Kosowie* rozpisuje konkurs na 2 posady lekarzy okręgowych:

1) okręg sanitarny *Żabie* płaca stała 600 złr. rocznie i ryczałt na objazdy 400 złr.;

2) okręg sanitarny *Pistyń* płaca roczna 500 złr. i ryczałt na objazdy 350 złr.

Lekarze okręgowi będą mieli obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania wnosić do 31 maja b. r.

Wydział Rady powiatowej w Tarnobrzegu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Radomyślu z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego najpóźniej do 31 maja b. r.

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej na posadę lekarza okręgowego w *Waręża* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie, podania do 15 czerwca br.

Wydział Rady powiatowej w Chrzanowie rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Krzeszowicach* w powiecie chrzanowskim. Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 250 złr. Podania wnosić do 31 maja 1899 r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 3 Czerwca 1899. Nr. 22.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38. w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 3 Czerwca 1899. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. prof. Dra Jordana.**

O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika.

Napisał

Docent Dr. L. Świtalski.

Jednem z bardzo ważnych powikłań przy guzach jajnika i przyjajnika (parovarium) jest skręcenie ich szypuły, które nierzadko sprowadza bardzo groźne następstwa.

Jak wiadomo, jajniki w prawidłowych warunkach są tak pomieszczone, że więzadła je podtrzymujące pozwalają na pewną ich ruchomość, która przy rozluźnieniu i wydłużeniu więzadeł się zwiększa, a wtedy jajniki nawet prawidłowej wielkości mogą zmienić swoje położenie i mniej lub więcej się obniżyć.

Wyjątkowo zaś tylko się zdarza, aby więzadła jajnika prawidłowego, stanowiące jego szypułę, uległy skręceniu. Przypadki takie jednak są znane. Rokitansky, który pierwszy zwrócił baczniejszą uwagę na to powikłanie, podaje, że skręcenie może dotyczyć jajnika i trąbki prawidłowej, albo jajnika powiększonego i to wolnego, albo zrośniętego. Opisał on przypadek, w którym u dziecka kilkotygodniowego wystąpiło dwukrotne skręcenie szypuły prawidłowego jajnika prawego wraz z trąbką, częściowo pomieszczonych w prawym worku przepuklinowym. Bardzo podobny przypadek opisał Maas, gdzie u dziewczynki dziesięciomiesięcznej przyszło do dwurazowego skręcenia jajnika wraz z trąbką, leżących w przewodzie przepuklinowym prawym.

U starszej osoby, bo u dziewczyny 18-letniej, spostrzegał Geyl trzykrotne skręcenie jajnika lewego prawidłowego wraz z trąbką prawidłową. W następstwie skręcenia przyszło do przewlekłego obrzęku jajnika, do zwyrodnienia torbielkowatego, do rozrostu tkanki łącznej i naczyń. Za przyczynę skręcenia w tym przypadku uważa Geyl niezwykłą ruchomość jajnika.

O ile jednak skręcenie szypuły jajnika prawidłowego należy do wyjątków, o tyle nierzadkiem jest to powikłanie przy guzach jajnikowych i przyjajnika, a może wystąpić i przy torbielach trąbkowo-jajnikowych, przy guzach trąbkowych, jakoteż i przy włókniakach podsurowiczych uszypułowanych (Dührssen, Schultze, Cuppié).

Korzystając z dosyć obfitego materyału, jaki nagromadził się w klinice ginekologicznej, zebrałem wszystkie przypadki skręceń guzów jajnika i przyjajnika z ostatnich lat, a poczynione spostrzeżenia, dotyczące tego powikłania, poniżej podaję.

Do przypadków skręceń szypuły wliczam podobnie, jak to czyni większość autorów, tylko takie skręcenia, które mogą sprowadzić pewne następstwa, a więc skręcenia przynajmniej o $1/2$ raza (180°). Mniejsze skręcenia nie sprowadzają zwykle żadnych następstw i przebiegają bez objawów. Uwzględniam dalej tylko te przypadki, w których skręcenie zostało podczas operacyi stwierdzonem.

W ostatnich dziesięciu latach operowano w klinice ginekologicznej 148 przypadków guzów jajnika i ośm przypadków guzów przyjajnika, razem 156.

Na 148 przypadków guzów jajnikowych stwierdzono 33 razy skręcenie szypuły (22·3%), a na ośm przypadków torbieli przyjajnika, 2 razy (25%).

Dotychczas najczęściej spostrzegał to powikłanie przy guzach jajnikowych Küstner, który na 33 przypadków znalazł skręcenie 11 razy (33%). Inni autorowie podają mniejszy odsetek skręceń i tak np. Schauta 20%, Stratz 17·7%, Thornton 9·5%, Olshausen 6·5%, Martin i Terillon 6%. Jeżeli uwzględnimy poszczególne rodzaje nowotworów jajnikowych, to zobaczymy, że przy pewnych guzach skręcenie szypuły częściej występuje, przy innych zaś rzadziej.

Na 148 guzów jajnikowych było torbielaków *(Kystoma)* 100, torbieli skórzastych *(embryoma)* 19, torbieli zwykłych 20 i nowotworów stałych 9.

Na 100 przypadków torbielaków wystąpiło skręcenie 23 razy (23%).

Na 20 przypadków torbieli zwykłych wystąpiło skręcenie 2 razy (10%).

Na 19 przypadków torbieli skórzastych wystąpiło skręcenie 6 razy (31%).

Na 9 przypadków nowotworów stałych wystąpiło skręcenie 3 razy (33%).

Najczęściej więc skręceniu ulegają nowotwory stałe i torbiele skórzaste, najrzadziej torbiele zwykłe.

Z guzów stałych raz wystąpiło skręcenie szypuły o $1/2$ raza przy torbielaku zrakowaciałym jajnika prawego, w drugim przypadku dwurazowe skręcenie przy mięsaku jajnika lewego i w trzecim o $2 1/2$ raza przy włókniaku jajnika prawego, wielkości głowy noworodka. W tym przypadku jajnik prawy, wielkości jaja kurzego, przylegał bardzo ściśle do tylnej powierzchni guza. Przy badaniu wydobytego preparatu pokazało się, że włókniak był oddzielony torebką łącznotkankową od miąższu jajnikowego tak, że go można było łatwo od miąższu jajnika odłuszczyć. Na powierzchni jajnika lewego znajdowały się dwa małe włókniaczki, wielkości ziarna prosa.

Na 33 przypadków skręceń guzów jajnikowych 16 razy siedzibą guza był jajnik prawy, 17 razy jajnik lewy. Nie spostrzegaliśmy natomiast przypadku, w którymby guzy obu jajników równocześnie uległy skręceniu, jakkolwiek i takie przypadki są znane (Veit, Röhrig, Thornton).

W trzech tylko przypadkach, przy równocześnie rozwijających się guzach obu jajników, guz po jednej stronie uległ skręceniu. Dwa razy były obustronne torbiele skórzaste, raz torbielaki. We wszystkich trzech przypadkach nastąpiło skręcenie w guzach, wychodzących z jajnika lewego.

Z dwu przypadków skręceń szypuły torbieli przyjajnika, raz była torbiel przyjajnika prawego, a drugi raz lewego.

W przypadkach naszych skręcenie wynosiło najmniej $^1/_2$ raza (180°), najwięcej $2^1/_2$ raza. Skręcenia jednak mogą być znaczniejsze, bo 5-6razowe (Chrobak, Kosiński, Freund), a jedynym w swoim rodzaju jest przypadek Israëla, podany przez Holländera, gdzie szypuła torbiela przyjajnika prawego, długa około 60 ctm., skręconą była 25 razy.

Kierunek, w którym była skręcona szypuła i guz, zanotowano tylko 22 razy: w pięciu guzach, wychodzących z jajnika lewego, było siedem razy skręcenie od strony prawej ku lewej, w pięciu przeciwnie.

Küstner utrzymuje, że skręcenie szypuły guzów jajnikowych nie odbywa się w którymkolwiek bądź kierunku, ale że daje się przytem zauważyć pewne prawidło, a mianowicie, że guzy wychodzące z jajnika prawego skręcają się w stronę prawą, z lewego zaś w stronę lewą, przyczem Küstner określa odmiennie niż inni autorowie, kierunek skręcenia według przebiegu skrętów, podając, „dass die Stiele der linken Tumoren gewöhnlich zu einer rechtsgewundenen. die der rechten zur linksgewundenen Spirale gedreht sind"'

Za przyczynę takiego stałego skręcenia się szypuły uważa Küstner zmianę w położeniu guzów, jaka następuje przy ich wzroście. W większej liczbie przypadków jak długo guz jajnikowy jest mały, leży w miednicy małej poza macicą; skoro guz tak się rozrośnie, że nie znajduje pomieszczenia w miednicy małej, wydostaje się do jamy brzusznej, gdzie opada ku przodowi, ku powłokom brzusznym, przyczem macica zostaje przemieszczoną teraz ku tyłowi. To przemieszczenie guza i macicy wpływa na wytworzenie się nieznacznego skręcenia o jeden kwadrant (90°), na co dokładniejszą uwagę zwrócił Freund i nazwał to skręcenie pierwotnem, w odróżnieniu od skręcenia następowego; Freund utrzymuje, że pierwotne to skręcenie nie może nigdy zostać wyrównanem. Otóż, według Küstnera, skręcenie to o jeden kwadrant, wobec więcej pozaśrodkowego przyczepienia się szypuły do guzów jajnikowych, musi nastąpić wśród prawidłowych warunków w guzach, wychodzących z jajnika lewego na lewo, z prawego na prawo. Skoro teraz przyjdzie do wytworzenia się skręcenia następowego, to musi się ono odbywać w tym samym kierunku.

Wielka część autorów uznaje to prawidło Küstnera, które jednak odnosi się tylko do tych przypadków guzów jajnika, w których występuje powyżej opisany mechanizm wędrowania guzów z miednicy małej do jamy brzusznej.

Ponieważ jednak zboczenia od tego mechanizmu nie tak rzadko występują, więc też i skręcenie szypuły nie zawsze występuje według prawidła Küstnera.

Z naszych 22 przypadków, w 12 nastąpiło skręcenie według prawidła Küstnera, w 10-ciu przeciwnie.

Przyczyny, wywołujące skręcenie szypuł guzów jajnikowych i przyjajnika, nie są dotychczas na pewne znane, a rozmaici autorowie podają różne przyczyny, sprowadzające skręcenie.

Küstner za główną przyczynę, sprowadzającą skręcenie, uważa ruch robaczkowy i wypełnianie się jelit, a odpowiedniemu przemieszczaniu jelit przez guzy jajnikowe przypisuje także wpływ na kierunek, w którym skręcenie powstaje.

Jakkolwiek i inni autorowie (Veit, Thornton, Mundé) przypisują ważną rolę przy powstawaniu skręceń ruchom robaczkowym jelit, to przecież zdaje się być słusznem twierdzenie Olshausena, Caria i Freunda, że sam ruch robaczkowy jelit jest za słaby, aby mógł spowodować skręcenie. Gdyby przyczyną skręceń był sam ruch robaczkowy jelit, to zdaniem mojem skręcenia musiałyby daleko częściej występować. Zdaje się jednak prawdopodobnem, że ruch robaczkowy i wypełnianie się jelit, wywierając pewien wpływ na położenie guza, mogą wśród pewnych warunków ułatwić powstanie skręcenia.

Olshausen, Schauta, Martin utrzymują, że niejednostajny rozrost guzów jajnikowych ma wpływ na powstanie skręceń, za tem zdaje się przemawiać i nasza statystyka, która wykazuje, że guzy jajnikowe, rozrastające się niejednostajnie, częściej ulegają skręceniu, niż zwykłe torbiele jajnikowe jednokomorowe, wypełnione jednolicie płynem i rozrastające się zupełnie jednostajnie.

Klob, Thorn i Aronsohn uważają za przyczynę skręceń zmiany w pojemności pęcherza przy wypełnianiu i opróżnianiu się jego, Fränkel i Cario nagłe i silne zadziałanie tłoczni brzusznej, Fritsch i Schultze zmianę w położeniu ciała.

Znane są przypadki, gdzie skręcenie wystąpiło po nakłóciu guza (Thornton, Malins), jakoteż przy nieoględnem badaniu ginekologicznem (Fränkel, Pfannenstiel).

Opadnięcie macicy ma sprzyjać powstawaniu skręcenia (Martin, Fränkel); z siedmiu jednak naszych przypadków, w których, obok guza jajnikowego, było wypadnięcie macicy, w żadnym skręcenie nie wystąpiło.

Długa szypuła i większa ruchomość guza ułatwiają powstanie skręcenia.

Że ciąża i połóg mają niewątpliwy wpływ na powstawanie skręceń, jak to przeważna część autorów utrzymuje, potwierdza i nasza statystyka. Na ośm przypadków guzów jajnikowych u ciężarnych, w pierwszych czterech miesiącach ciąży, były trzy przypadki skręcenia (37·5%), w siedmiu przypadkach skręcenie na pewne powstało w połogu i to raz bezpośrednio po porodzie, sześć razy w pierwszych tygodniach połogu. Tak, że na 36 przypadków skręceń, 10 powstało w ciąży i połogu (20·8%). Ciąża więc i połóg stwarzają korzystne warunki dla powstawania skręcenia zdaje się przez to, że w tych warunkach następuje ciągła zmiana w położeniu i większa ruchomość guza.

U jednej z naszych chorych przyczyną skręcenia było energiczne masowanie brzucha, dokonywane przez babkę, podczas tego bowiem wystąpiły objawy skręcenia. Kilka pacyentek podawało, że pierwsze objawy skręcenia wystąpiły podczas pracy, przyczem prawdopodobnie do wystąpienia skręcenia przyczyniły się z jednej strony zmiana postawy ciała i silniejsze zadziałanie tłoczni brzusznej. Że zmiana postawy ciała może wpłynąć na wystąpienie skręcenia, to miałem się sposobność przekonać u pewnej chorej w praktyce

prywatnej. Pacyentka zupełnie zdrowa, nie wiedząca nic o istnieniu guza, podczas gry towarzyskiej przechyliła się mocno ku przodowi i dołowi, przyczem nagle dostała bardzo gwałtownych boleści w następstwie jednorazowego skręcenia torbiela jajnikowego, co podczas operacyi stwierdzonem zostało.

Najprawdopodobniej przyczyny skręceń mogą być rozmaite i zdaje się, że obok właściwych przyczyn, które w danej chwili sprowadzają skręcenie, np. zmiana w położeniu ciała, nagłe zadziałanie tłoczni brzusznej, odgrywają pewną rolę okoliczności, które ułatwiają powstanie skręcenia, jak ruch robaczkowy jelit, niejednostajny wzrost guza etc.

W przeważnej ilości przypadków ulegają skręceniu guzy średnich rozmiarów, jakkolwiek i guzy bardzo duże mogą się skręcić. Z naszych przypadków największy guz, który uległ skręceniu o $1^1/_2$ raza, ważył 13,500 grm. Martin spostrzegał dwa razy skręcenie guza, ważącego 18 klg., a Stansbury 21 klgr.

W skład szypuły guzów jajnikowych, która ulega skręceniu, wchodzi więzadło jajnikowo *(lig. ov. proprium)*, górna część więzadła szerokiego i prawie zawsze trąbka. Z naszych przypadków w jednym tylko trąbka nie brała udziału w skręceniu; był to torbiel skórzasty jajnika lewego, skręcony o 180°.

(Dokończenie nastąpi).

II. O leczeniu poddawaniem (sugestyą) przewrotnego popędu płciowego u mężczyzn.

Podał
Dr. Mieczysław Switalski
praktykant kliniki psychiatrycznej prof. dra Kraft-Ebinga w Wiedniu.

W *Centralblatt für Neur. u. Psych.* z lutego b. r. podaje prof. Bechterew z Petersburga dwa przypadki przewrotnego popędu płciowego, które leczył z dodatnim skutkiem w swej klinice poddawaniem (sugestyą) w śnie hipnotycznym. W obydwu razach chodziło o osobniki dziedzicznie obciążone, które od dzieciństwa zdradzały zboczenie w sferze popędu płciowego i oddawały się bardzo długo samogwałtowi. W pierwszym przypadku, bardzo ciężkim, po czterokrotnem zastósowaniu poddawania nastąpiło osłabienie przewrotnego popędu płciowego. Pacyent zaprzestał zupełnie samogwałtu, lecz dalsze leczenie było niemożebnem z powodu wyjazdu tego pacyenta.

Drugi przypadek, leczony w klinice B. przez dra Apopenkę i Laruskiego, od stycznia do kwietnia, dał znacznie lepszy wynik. Już po pierwszym posiedzeniu zaprzestał pacyent samogwałtu, a następne miały ten skutek, że chory opuścił klinikę zupełnie uleczony ze swego zboczenia.

Nawiązując do powyższego sprawozdania zamierzyłem opisać podobny przypadek, uleczony również poddawaniem (sugestyą), który miałem sposobność spostrzegać w klinice psychiatrycznej prof. dra Kraft-Ebinga w Wiedniu.

Grzegórz C., agent handlowy, stanu wolnego. Rodzice chorego mieli być zupełnie zdrowi, pomarli w podeszłym wieku. O stanie zdrowia rodzeństwa bliższych szczegółów chory podać nie umie. Jeden z braci ojca był umysłowo chory. Pacyent rozwijał się prawidłowo, chorób nie przechodził żadnych, z wyjątkiem wrzodu miękiego przed dwunasty laty; od dzieciństwa cierpi na bóle głowy. Spółkować zaczął w szesnastym roku życia, a przytem oddawał się miernie samogwałtowi. W stosunkach płciowych z kobietami zachowywał się zupełnie prawidłowo aż do roku 1896. W tym to roku poznał pacyent kantorzystę L. i zawarł z nim bliższą znajomość; od tego czasu datuje się przewrót w życiu płciowem C. Tracił on coraz bardziej pociąg do stosunków płciowych z kobietami, a natomiast odczuwał skłonność do L. Pacyent zaczął nawiedzać raz w tygodniu L. w jego pomieszkaniu i tam zaspakajali C. i L. wzajemnie popęd płciowy w sposób nienaturalny (*Masturbatio, coitus inter femora, immissio penis in os*). Z powodu podejrzenia o pederastyę zostali obaj zaaresztowani i osadzeni w więzieniu śledczem w Wiedniu; na podstawie jednak orzeczenia lekarskiego, że obaj cierpią na przewrotny popęd płciowy, zostali od odpowiedzialności uwolnieni. W dwa dni po wyjściu z więzienia zjawił się pacyent w biurze lekarzy sądowych i z płaczem żalił się, że nie może się pozbyć uczucia do L. i jest w nim zakochany. W następnych dniach był C. kilkakrotnie u L. z żądaniem odnowienia dawnych stosunków; kiedy jednak ten odmawiał zadość uczynienia żądaniu pacyenta, popadł C. pewnego razu w rozdrażnienie i groził L. zabójstwem. L. doniósł o pogróżkach i natręctwie pacyenta policyi i ta zaaresztowała go 19-go listopada 1898 roku. Na podstawie nowego orzeczenia lekarskiego został pacyent odesłany do kliniki psychiatrycznej »jako człowiek niezupełnie umysłowo prawidłowy i dla otoczenia niebezpieczny«.

Status psychicus 26 I. 1899. Pacyent przychodzi zupełnie swobodnie do kliniki, jest pooryentowany co do miejsca i czasu. Dlaczego został oddany do kliniki psychiatrycznej, wie dokładnie; stan jednak, w którym się znajduje, nazywa »niezwykłym«. Nie zdaje sobie z tego dokładnie sprawy. Nie zdradza żadnych zboczeń inteligencyi. Swego stosunku do L. nie nazywa miłośnym, ale sądzi, że jest to zwykłe przywiązanie. Z dalszych jednak pytań okazuje się, że pacyent symuluje i przyznaje w końcu, że kocha L. On włada wszystkiemi jego uczuciami i jego wolą, mógłby z nim zrobić, coby chciał. Pacyent oświadcza, że chciał nie raz zerwać stosunek ze swoim partnerem, spotykał go bowiem często z dziewczętami i był o niego zazdrosnym, a nadto L. wyzyskiwał go materyalnie; ale przywiązanie i miłość, które czuł do tego człowieka, niepozwalały mu uczynić stanowczego kroku. W listach, które pacyent pisał do L., przebija się miłość; nazywa go: »najdroższym przyjacielem«, »aniołem stróżem«, »czemś najdroższem na ziemi«, »swojem bóstwem«. W roku 1896 i 1897 wiódł proces ze swem rodzeństwem o spadek, który nie wypadł po jego myśli, zawiódł jego oczekiwania i wywarło to na niego bardzo przygnębiające wrażenie. Od tego czasu nadużywa pacyent napojów wyskokowych. Często myślał o samobójstwie. Od czasu poznania się z L. zaprzestał stosunków płciowych z kobietami i odczuwa do nich pewną odrazę. Przyznaje sam, że od czasu, kiedy poznał L., nastąpiła w nim jakaś zmiana, której określić nie umie. Skarży się na brak snu, uczucie ucisku w prawej połowie głowy, upośledzenie pamięci, uczucie niepokoju i bicie serca, zresztą czuje się zupełnie zdrowy.

Status somaticus. Chory wzrostu średniego, dobrze odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń. Czaszka symetryczna, $55^1/_2$ ctm. obwodu. Na czole, po stronie prawej, poniżej granicy włosów, blizna wielkości dziesięciu halerzy, przesuwalna ponad kością (po urazie w dzieciństwie). Drżenie rąk, języka i powiek. Źrenice miernie szerokie, oddziałują na wszystkie bodźce. Odruchy kolanowe miernie zwiększone. Czynność serca przyśpieszona, tętno 108. Podczas całego badania pacyent jest silnie zarumieniony, wogóle przedstawia bardzo znaczną pobudliwość naczyniową.

28. I. Pacyent z sali mężczyzn przeniesiony został do separatki na oddział kobiecy. Od czasu pobytu w klinice śpi lepiej.

31. I. Pierwsza próba hipnozy. Pocieranie czoła ręką i poddawanie snu nie sprowadza pożądanego skutku; dopiero po dłuższym patrzeniu na przedmiot świecący (metalowa nasada ołówka) w odległości 15 ctm. i kilkakrotnem potarciu czoła ręką, następuje sen. Poddanie snu, trwającego jedną godzinę.

1. 2. i 3. II. To samo postępowanie wywołuje coraz prędszy sen. Pacyent cieszy się obietnicą, że zostanie uleczony ze swego zboczenia.

4. 5. 7. i 8. II. W śnie hipnotycznym, który już teraz bardzo prędko występuje, poddawanie przeciw samogwałtowi, uczuciu do L., przeciw przewrotnemu poczuciu płciowemu.

9. II. Pacyent oświadcza, że nie czuje żadnego pociągu płciowego do mężczyzn. Pociąg, który czuł do L., znacznie osłabiony.

10. 11. 12. i 13. II. Hipnoza z poddawaniem tej samej treści, co poprzednio, a nadto przeciwko używaniu napojów wyskokowych.

14. II. Pacyent oświadcza, że nie odczuwa żadnej skłonności do L., jest on mu zupełnie obojętnym.

Do 20. II. pozostawał chory na oddziele kobiecym, codziennie był hipnotyzowanym, a treść poddawania była jak dni poprzednich. Wobec tego, że można było przypuszczać, iż otoczenie mężczyzn nie wywrze na pacyenta ujemnego wpływu, przeniesiony został do sali mężczyzn. Tutaj zachowuje się zupełnie prawidłowo, w stosunkach z chorymi nie przedstawia nic szczególnego. Na kilkakrotne zapytania, czy mężczyźni nie działają na jego sferę płciową, daje odpowiedź przeczącą. Dotychczasowe swoje postępowanie nazywa niemoralnem, ohydnem i czuje do niego wstręt.

26. 27. i 28. II. Hipnoza z poddawaniem treści, jak poprzednio.

3. III. Pacyent, zapytany, jakby postąpił, gdyby L. starał się o nowe nawiązanie stosunków, odpowiada, że nie dałby się do tego nakłonić; a gdyby ten był zanadto natrętnym, użyłby pośrednictwa policyi. Po wyjściu ze szpitala zamierza się ożenić. Do stosunków płciowych z mężczyznami odczuwa wstręt, ma silne postanowienie nie używać napojów wyskokowych.

Wobec tego, że pacyent od dwóch tygodni nie zdradzał żadnych zboczeń w sferze popędu płciowego i zachowywał się zupełnie prawidłowo w towarzystwie mężczyzn, opuścił klinikę dnia 7 marca, jako uleczony.

W tym przypadku mamy do czynienia z nabytym przewrotnym popędem płciowym, na powstanie którego złożyło się wiele przyczyn. Osobnik, którego układ nerwowy *a priori* był mniej odpornym, uległ w dzieciństwie szkodliwemu wpływowi urazu głowy, który jeszcze bardziej zmniejszył odporność układu nerwowego. Na pacyenta działały w dalszem jego życiu coraz to nowe szkodliwości (samogwałt, niepomyślny wynik procesu), następstwem których była neurastenia, objawiająca się: upośledzeniem pamięci, biciem serca, niespokojnym i niedostatecznym snem i t. d. W ostatnich czasach dołącza się szkodliwe działanie wyskoku; największy nacisk muszę położyć na wpływ tej ostatniej szkodliwości i samogwałtu. Praktykowany od szesnastego roku samogwałt zwiększał z jednej strony neurastenię, a z drugiej działał szkodliwie na sferę płciową. Wyskok, używany często w nadmiernej ilości, zwiększał popęd płciowy i wywołał w końcu przeczulicę (hiperestezyę) płciową. Tak przygotowany, pacyent poznał L., cierpiącego na przewrotny popęd płciowy. Stosunki przyjazne zmieniły się w ściślejsze tem bardziej, że L. do nich namawiał. Jak silnie w krótkim czasie rozwinęło się u naszego pacyenta zboczenie, o którem mowa, dowodzi ta okoliczność, że żadnego dodatniego wpływu nie wywarło na niego uwięzienie, śledztwo i kilkomiesięczne niewidzenie się z L.

Wobec bezsilności każdej terapii, stósowanej w tego rodzaju cierpieniach, ostatnią ucieczką była próba leczenia poddawaniem (sugestyą) w śnie hipnotycznym. Temu też postępowaniu zawdzięcza chory uleczenie zboczenia, które go stawiało w kolizyę wobec prawa i społeczeństwa.

Jakkolwiek nie można poddawania uważać za pewny środek przeciwko zboczeniom w sferze płciowej we wszystkich zgoła przypadkach, gdzie one istnieją, nie ulega jednak wątpliwości, że w wielu razach można niem osiągnąć dodatni rezultat. Długotrwałość leczenia zależną będzie od ciężkości danego przypadku i zdolności pacyenta, z jaką przyjmuje poddawanie. Niestety, chorzy ci trudni są do hipnotyzowania, tak samo jak neurastenicy i histerycy. Przyczyny tego szukać należy prawdopodobnie w tem, że ludziom tym bardzo jest trudno w dostatecznym stopniu skupić uwagę, która jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia snu hipnotycznego.

Przy pierwszych posiedzeniach powinniśmy się ograniczyć do osiągnięcia możliwie głębokiej hipnozy, po której polecamy choremu spać jakiś czas. Treść poddawania powinna być w pierwszym rzędzie skierowaną przeciw samogwałtowi, przeciw przewrotnemu poczuciu płciowemu i używaniu napojów wyskokowych. Zakończenie każdorazowego posiedzenia stanowi polecenie snu jednogodzinnego z przyjemnem obudzeniem się.

Postępowanie to z bardzo dodatnim skutkiem połączyć można z leczeniem ogólnem. Powinniśmy się przedewszystkiem starać o dobre odżywienie pacyenta. Dyeta powinna być pożywna, lekkostrawna. Napojów wyskokowych należy zupełnie unikać. Ruch na świeżem powietrzu i gimnastyka szwedzka są bardzo wskazane. Do osiągnięcia dostatecznego snu, gdzie tego zachodzi potrzeba, dopomogą nam środki nasenne, jak: trional, paraldehyd, amylenhydrat, bromidia i t. d. Jako leki skrzepiające, oddają dodatnie usługi: arsen, żelazo, przetwory fosforowe i inne. Kąpiele letnie, około 27° R., zimne nasiadowe, zmywania całego ciała zimną wodą, należy też czasami zalecić. U chorych, którzy często miewają polucye, polecimy sole bromowe (*camphor. monobr.*), lupulinę, kodeinę i t. d. Całe leczenie najlepiej da się przeprowadzić w zakładzie leczniczym.

Jeżeli udało się nam chorego uleczyć, to niepowinniśmy nigdy zapominać o możności nawrotu zboczenia, którego powtórne usunięcie sprawi nam większe trudności. Nawrót jest prawie pewny w tych razach, gdzie pacyent nie usunie się ze swego dawnego towarzystwa i jeżeli będą na niego działać te same szkodliwości, które dały powód do powstania zboczenia. Wyskok jest pierwszym czynnikiem, torującym do tego drogę. W przypadkach, gdzie pacyentowi danem jest wstąpić wkrótce po odbytem leczeniu w związki małżeńskie z sympatyczną mu osobą, będziemy mieli większą pewność, że uleczenie jest stałe. Lepsze również rokowanie dają przypadki nabytego zboczenia i to o tyle, o ile wystąpiły w późniejszych latach, aniżeli te, w których przewrotny popęd płciowy jest zboczeniem wrodzonem.

III. **Wielokrotny gruczolak żołądka** (*Adenocarcinoma multiplex ventriculi*) **w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej** (*Anaemia perniciosa progressiva*).

Podał
Dr. Antoni Krokiewicz
prymaryusz.

(Dokończenie).

Jak widzimy, przypadek nasz chorobowy zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie. Oględziny pośmiertne, prócz zmian chorobowych, uwzględnionych w naszem klinicznem rozpoznaniu, wykazały po jednem ognisku gruźliczem w szczytach płucnych, przeważnie w całości zwapniałem, dochodzącem wielkości fasoli i grochu, wiotkie końcowe zapalenie dolnego płatu płuca prawego, bardzo nieznaczne świeże zmiany ogniskowe na zastawce dwudzielnej, jeden zawał (infarkt) w śledzionie, tudzież wielokrotne wyrośle brodawkowate, szypułkowate, w żołądku.

Wszystkie te jednak zmiany chorobowe, — zdaniem naszem, prócz gruczolakowych tworów w żołądku, mało-

znaczące, — nie mogły za życia być rozpoznane, skoro w ostatnich pięciu tygodniach nie było ani gorączki, ani właściwych wybitnych cech klinicznych. Obrzęk bowiem wątroby i śledziony odnosiliśmy do niedomogi mięśnia sercowego i następowego zastoju żylnego (sekcya wykazała stłuszczenie mięśnia sercowego); szmery nad ujściami — do znacznej niedokrewności (sekcya stwierdziła świeże nieznaczne brodawkowate wyrośle na zastawce dwudzielnej); zmiany w dolnych częściach płuc, zwłaszcza w prawem płucu, — do ucisku przez ciecz przesączynową w jamach opłucnowych (chory leżał przeważnie na boku prawym); wyrośle zaś kalafiorowate, uszypułkowane, usadowione na wązkiej szypułce na przedniej ścianie żołądka blisko dna, tudzież na dnie i tylnej ścianie żołądka w okolicy wpustu, przy braku rozpadu a obecności ustawicznych biegunek — jakby cholerycznych, — usuwały możność rozpoznania klinicznego nowotworu. Nasuwa się atoli pytanie, ażali w naszym przypadku, wobec stwierdzenia gruczolaków złośliwych w żołądku, niedokrewność miała rzeczywiście charakter wtórorzędny, czy też pierwotny ze stanowiska klinicznego?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy bliżej rozpatrzeć się w istocie niedokrewności złośliwej postępowej ze stanowiska klinicznego i anatomicznego.

Jak już na samym wstępie zaznaczyłem, pojęcie sprawy chorobowej, zwanej niedokrewnością złośliwą postępową, nie jest jeszcze ściśle określone: — bądź co bądź jest ono właściwie poniekąd tylko kliniczne. Anatom patologiczny go nie uznaje, gdyż stwierdzić tylko może na stole sekcyjnym objawy znacznej niedokrewności *(anaemia permagna, gravis)* zarówno w przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej, gdzie za życia istniał typowy obraz kliniczny, jak i w przypadkach niedokrewności złośliwej wtórorzędnej, np. po krwotokach, rakach etc. Ztąd też Birch-Hirschfeld (XI. Kongres dla medycyny wewn. 1892) uważa wszelką cięższą niedokrewność jako sprawę pierwotną chorobową i nie podziela zapatrywania niektórych, aby tylko w tych przypadkach rozpoznawać niedokrewność złośliwą postępową, w których dla niedokrewności nie można wykazać na stole sekcyjnym żadnego czynnika etyologicznego. Według niego wszelką niedokrewność, jakiekolwiek byłoby jej tło, należy uważać za ciężką, pierwotną, skoro wśród niej występuje zwyrodnienie i zmniejszenie się ilości erytrocytów, a następnie rozpad białka i stłuszczenie różnych narządów wewnętrznych, zwłaszcza mięśnia sercowego, przyczem prawdopodobnie zwiększony rozpad ciałek czerwonych przy niedostatecznej ich odnowie stanowi główną istotę chorobową. Zalicza tu zatem wszystkie niedokrewności wywołane przez częste krwotoki, zaburzenia w przewodzie pokarmowym, czerwie jelitowe, sprawy zakaźne, kiłę, zakażenie zimnicze, skryte (kryptogene) zakażenie i samozatrucie. Podobnie sądzą i niektórzy klinicyści. Tak np. Strauss: Demonstration eines Falles v. perniciöser Anämie mit Magen-Rückenmarckserscheinungen. *(Berl. kl. Woch.* Nr. 51, r. 1898) utrzymuje, iż odgraniczenie ścisłe pojęcia niedokrewności złośliwej postępowej jest nadzwyczaj trudne i że takowa przez różne czynniki etyologiczne może być wywołane. Według Straussa może być niedokrewność złośliwa postępowa i wtórorzędną, zwłaszcza np. przy zadziałaniu czerwiów. Twierdzenie zaś to opiera na tem, iż często objawy kliniczne za życia były ujemne, a anatom patologiczny przy oględzinach pośmiertnych przychyla się do rozpoznania niedokrewności złośliwej postępowej w znaczeniu klinicznem; na odwrót spostrzegano klinicznie typowe przypadki niedokrewności złośliwej postępowej z charakterystycznym obrazem mikroskopowym krwi (giganto-blasty), które zostały później wyleczone. I tak np. w przypadku Askenazyego, spostrzeganym klinicznie zarówno i przez Ehrlicha, w przebiegu ciężkiej niedokrewności, wywołanej obecnością tasiemca szerokiego *(botryocephalus latus)*, krew okazywała pierwotnie obraz właściwy niedokrewności złośliwej postępowej, t. j. megaloblasty, po spędzeniu zaś tasiemca znikły we krwi megaloblasty, wystąpiły normoblasty i niedokrewność rychło została wyleczoną. Toż też według Lazarusa, Ehrlicha, Zinna rozróżnianie postaci niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej a wtórorzędnej niema dziś ścisłego znaczenia, skoro różne czynniki chorobotwórcze są w stanie wywołać *A. perniciosa progressiva.*

Inni natomiast klinicyści kładą główny nacisk, co do rozpoznawania niedokrewności złośliwej postępowej, na obraz mikroskopowy krwi. Według nich wtedy mamy do czynienia z rzeczywistą niedokrewnością złośliwą postępową, gdy we krwi znajdują się tak zwane megaloblasty. Ehrlich jest twórcą tego kryteryum. Ale i pod tym względem istnieją różnice w zapatrywaniach. I tak Zinn, *(Berl. klin. Woch.* Nr. 51, 1898), przytaczając wspomniany przypadek Askenazyego, sądzi, że w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej we krwi znajdować się mogą obok gigantoblastów i normoblasty i to w tym okresie, gdy krew odzyskuje prawidłowy typ odrodczy. Obraz zatem mikroskopowy krwi, w którym napotykamy gigantoblasty obok normoblastów, nie wyklucza rozpoznania złośliwej niedokrewności postępowej żadną miarą; on wskazuje tylko na dążność do wyleczenia. Wyleczone są te przypadki, w których usuwamy przyczynę, n. p. czerwie; podczas gdy w przypadkach ciemnych co do etyologii, leczenie przeważnie bezskuteczne i bezsilne. Według niego w obu gromadach obraz kliniczny i mikroskopowy ten sam, tylko zejście z wyż wymienionych przyczyn różne. Podobnie Lazarus przyjmuje gigantoblasty i normoblasty, a Ehrlich i Laache czynią niekorzystne rokowanie zależnie od gigantoblastów. Michaelis *(Berl. klin. Woch.*, Nr. 51, r. 1898) zaś żąda, aby we krwi znajdowały się w niedokrewności złośliwej postępowej poikilocyty i gigantoblasty, ale bez normoblastów, skoro wypowiada: „Diese Diagnose (A. perniciosa progr.) können wir nur stellen, wenn wir nur die Gigantoblasten sehen und keine sonstigen kernhaltigen rothen Blutkörperchen Normoblasten gefunden haben. Da wo wir nur Gigantoblasten haben und nicht daneben noch Normoblasten, die noch ein Zeichen der Regenerationsfähigkeit des Blutes sind, können wir die Diagnose perniciöser Anämie stellen. In allen Fällen hingegen, wo wir Normoblasten haben, kann der Krankheitsprocess noch zur Heilung kommen".

Zdaniem Grawitza z samego obrazu mikroskopowego we krwi nie można stawiać rozpoznania klinicznego niedokrewności złośliwej postępowej, gdyż wspomniane postacie morfologiczne erytrocytów we krwi wydarzają się nietylko w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej, ale i w przebiegu innych niedokrewności. Na dowód swego twierdzenia przytacza Grawitz, iż w 2 przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej, zakończonych śmiercią, nie znalazł, pomimo skrzętnego poszukiwa-

nia, megaloblastów. Tożsamo podnosi Jacob, Engel, (Die Zellen des Blutes und der Bildungsorgane bei der perniciösen Anämie verglichen mit denen menschlicher Embryonen. *Congress f. innere Medicin. Wiesbaden 1898)* i inni, iż w niektórych przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej brak megaloblastów we krwi. Według np. Engla nie megaloblasty, ale makrocyty i to pochłaniające barwik pomarańczowy (orangophile) są charakterystyczne dla niedokrewności złośl. postępowej, gdyż one bezpośrednio powstają z wielkich komórek pochłaniających barwik pomarańczowy, a w szpiku kostnym się znajdujących. Jakób i Moxter (Ueber Rückenmarksveränderungen bei perniciöser Anaemie. *Berl. kl. Woch.* Nr. 33, r. 1898) zauważyli w 6 przypadkach niedokrewności złośliwej postępowej zawsze odrębny obraz mikroskopowy krwi.

Że teorya Ehrlicha, jakoby obecność gigantoblastów wpływała na niekorzystne rokowanie w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej, nie zawsze zyskuje potwierdzenie, dowodzi tego, oprócz przypadku Askenazyego, już przytoczonego i przypadek Straussa, gdzie pierwotnie we krwi był brak megaloblastów i normoblastów, później zaś takowe tylko na krótki czas wystąpiły, aby następnie zupełnie zniknąć; przyczem stan chorego pacyenta uległ znacznej poprawie.

Odrębne stanowisko zajmuje Grawitz. (Ueber Begriffsbestimmung, Ursachen und Behandlung der progressiven perniciösen Anämie. *Berl. klin. Woch.* 32, r. 1898). Grawitz uważa niedokrewność złośliwą postępową jako objaw chorobowy, którego przyczyna jest różna. Według Grawitza zmiany we krwi w niedokrewności złośliwej postępowej wynikają z istotnego chorobliwego zaburzenia ciałek krwi, a nie są częściowym objawem wzmożonego ogólnego rozpadu materyi, gdyż na podstawie badań Noordena nie idzie o ogólny nieprawidłowy rozpad materyi, skoro tłuszczowa podściółka jest utrzymana; nieprawidłowy ogólny rozpad materyi występuje natomiast przy wtórorzędnych niedokrewnościach. Istota niedokrewności złośliwej postępowej leży zdaniem Grawitza w trwałem wadliwem tworzeniu się krwi — i znajduje swój wyraz w następującem określeniu: „Der principielle Unterschied der perniciösen progressiven Anämie gegenüber anderen schweren Anämien liegt meines Erachtens überhaupt nicht im Blutbefunde, auch nicht so sehr in der Verschiedenheit der ätiologischen Momente, sondern wesentlich im klinischen Verlaufe. Es lassen sich in den einzelnen Fällen von progressiver perniciöser Anämie bei sorgfältigem Nachforschen fast immer schädigende Momente nachweisen, welche die Entwickelung einer Anämie hervorgerufen haben können; das eigentliche Charakteristische dieser Krankheit aber ist, dass die Anämie nicht ohne Weiteres durch regenerative Processe in den blutbildenden Organen beseitigt wird, wenn das anämisirende Moment beseitigt ist, wie wir es selbst bei schweren Carcinomanämien sehen, wenn z. B. das Pyloruscarcinom exstirpirt ist, oder wenn z. B. bei einem Anchylostomumkranken die Würmer abgetrieben werden, dass vielmehr nach der Beseitigung der Ursache die fehlerhafte Richtung in der Blutbildung bestehen bleibt, die sich in ungenügender Neubildung krankhafter Zellen vielleicht auch dauernd vermehrten Untergange derselben äussert. Es handelt sich demnach bei der progressiven perniciösen Anämie um eine krankhafte Zelltätigkeit, welche mit derjenigen bei anderen Stoffwechselkrankheiten, wie Diabetes und Fettsucht besonders das Gemeinsame hat, dass die Zellbildung mit grosser Hartnäckigkeit in der fehlerhaften Richtung beharrt.

Hält man an dieser durch die klinische Beobachtung begründeten Definition der progressiven Anämie fest, so ergiebt sich, dass man bei einmaliger Untersuchung nicht ohne Weiteres entscheiden kann, ob ein Kranker an dieser oder jener Form schwerer Anämie leidet. So kann z. B. eine Botryocephalusanämie sich als einfache secundäre Anämie darstellen, wenn die pathologische Blutmischung nach Abtreibung des Wurmes ohne Weiteres zur Norm zurückkehrt; sie kann aber trotz der Abtreibung noch lange Zeit bestehen bleiben, oder sogar zum Tode führen, wo die Blutbildung in fehlerhafter Richtung beharrt, eine wahre progressive Anämie vor sich hat".

Różne są zapatrywania i co do etyologii niedokrewności złośliwej postępowej. Grawitz odnosi powstawanie do: 1) zaburzeń długotrwałych w trawieniu, zwłaszcza zaparcia stolca, przewlekłych nieżytów żołądka i kiszek (doświadczenia Sandoza i Huntera); 2) ciąży, 3) ciągłych krwotoków, 4) kiły ustrojowej (kiły kości), 5) wpływów szkodliwych wskutekwadliwego przewietrzania, 6) zatruć gazami i 7) ezerwiów; Hanseman: *(Berl. klin. Woch.* Nr. 32, r. 1898) do przewlekłego zatrucia morfiną, ołowiem; Jacob i Moxter: do raka, kiły i t. d. nadmieniając, że kiła i rak są tylko czynnikami usposabiającymi do wystąpienia ciężkiej choroby krwi. Według nich, jeśli jakie przypadki niedokrewności są uznane za wtórorzędne, bo prawdopodobna przyczyna ich znana, to wątpliwy jest przyczynowy ich związek, gdyż tylu ludzi przebywa n. p. kiłę, a nie przychodzi u nich do niedokrewności złośliwej; natomiast znów, po wyleczeniu kiły, nie usuwa się niedokrewności złośliwej postępowej. Śmierć nastaje nie z powodu niedokrewności, lecz z powodu jeszcze nieznanej jej przyczyny.

Także i wyniki oględzin i badań anatomicznych nie są zgodne. I tak Lazarus (*Berl. klin. Woch.* Nr. 36. r. 1898) podnosi, iż utkanie płodowe szpiku w kościach długich, przy obecności megaloblastów we krwi, wydarza się tylko w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej, a nigdy wtórorzędnej, choćby najcięższej. W najnowszych czasach Hansemann *(Berl. klin. Woch.* Nr. 32, r. 1898) (w 22 przyp.) i Jürgens *(idem)* (w 1 przyp.) zwrócili uwagę na zanik pierwotny gruczołów błony śluzowej żołądka, a w ogóle całej ściany *(Anadenia)* bez rozwoju tkanki łącznej, podczas gdy Ewald (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 36) (w 6 przyp.) stwierdził znów zanik gruczołów przy zwyrodnieniu włóknistem ściany żołądka w niedokrewności pierwotnej postępowej.

Wracając do naszego przypadku, nie możemy zaprzeczyć, iż tak przebieg kliniczny, jak i obraz drobnowidowy krwi odpowiadał zupełnie, zgodnie z zapatrywaniami przeważnej liczby klinicystów, niedokrewności złośliwej postępowej pierwotnej. Można bowiem było zauważyć zbiór przypadków chorobowych charakterystyczny dla niedokrewności Biermera prawie we wszystkich szczegółach, skoro w czasie spostrzegania klinicznego nie stwierdzono jedynie tylko wynaczynień, który to objaw jednak nie jest stały; a i krew okazywała wszelkie cechy, bo obecność poikylocytów, zwłaszcza megaloblastów i makrocytów. Tak więc i warunek wymagany przez Ehrlicha, t. j. pojawienie się we krwi me-

galoblastów, a według Engla — makrocytów, konieczny do rozpoznania pierwotnej niedokrewności złośliwej postępowej — był utrzymany. Natomiast przy sekcyi znaleziono w żołądku wielokrotny gruczolak złośliwy, która to okoliczność znów przemawiałaby za niedokrewnością wtórną.

Zważywszy atoli rzecz bliżej, nie możemy się zgodzić, abyśmy z powodu gruczolaka złośliwego wielokrotnego w żołądku nie mieli w danym przypadku do czynienia z niedokrewnością pierwotną postępową, lecz z wtórną. Pierwotnie bowiem i to przez dłuższy czas, — jak za tem przemawia badanie drobnowidowe, — wyrośle okazywały charakter zupełnie dobrotliwy zwykłych gruczolaków i dopiero na bardzo krótki czas przed zejściem śmiertelnem do dobrotliwej sprawy nowotworowej przyłączyła się sprawa złośliwa, t. j. tworzenie się ognisk rakowych W protokóle bowiem sekcyjnym na odpowiedniem miejscu czytamy: „Badanie drobnowidowe wyrośli nowotworowych w żołądku wykazuje utkanie gruczolaka *(adenoma)*; w głębszych częściach nowotworu gdzieniegdzie przybłonek, wyścielający nowowytworzone gruczoły, staje się wielowarstwowym, tworzy tu i owdzie pasma, łączące przeciwległe ściany gruczołów, a nawet jednolite ogniska rakowe. W powierzchownych częściach nowotworu w świetle nowowytworzonych gruczołów w wielu miejscach nagromadziły się leukocyty; znajdują się one również gdzieniegdzie, dość zrzadka rozrzucone, w podścieliskowej tkance łącznej nowotworu. Błona śluzowa żołądka nie zajęta nowotworem, okazuje nadmierny rozwój tkanki łącznej międzygruczołowej i zanik gruczołów“.

Okoliczność ta dowodzi, iż w myśl teoryi Rokitańsky'ego, na tle nowotworu dobrotliwego, rozwijać się począł w sprzyjających warunkach nowotwór złośliwy. Przemawia za tem w danym przypadku i zachowanie się krwi, skoro krew badana na dniu 10/12 i 21/12 1898 r. wykazywała megaloblasty i leukopenję, a na 7 dni przed śmiercią leukocytozę. Wszyscy bowiem dotychczasowi autorowie zgadzają się, że w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej na szczycie choroby istnieje leukopenia, — jak również, że w przebiegu raka żołądka występuje zawsze leukocytoza. Zdaniem naszem zatem, zmiany przewlekłe w przewodzie pokarmowym w postaci zwyrodnienia włóknistego błony śluzowej żołądka (i zaniku gruczołów), które w niektórych miejscach przybrało charakter wybujałości polipowatych — i zaniku błony śluzowej jelit, wywołały niedokrewność złośliwą postępową, a następnie i zniesienie równowagi fizyologicznej tkanek i dopiero, wskutek tej niedokrewności złośliwej postępowej i zniesionej równowagi fizyologicznej tkanek, komórki przybłonkowe gruczolakowe poczęły w częściach podstawowych bujać i tworzyć zawiązek ognisk rakowych. W zapatrywaniu naszem, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia rzeczywiście z pierwotną niedokrewnością złośliwą postępową, utwierdza nas i obecność szpiku płodowego w kościach długich, co według Lazarusa, wobec megaloblastów we krwi, nigdy się nie wydarza w przypadkach nawet najcięższej niedokrewności wtórorzędnej.

A skoro w naszym przypadku mamy właściwie tylko z niedokrewnością pierwotną złośliwą do czynienia, co utrzymywać jesteśmy uprawnieni po dokładnem rozważeniu, — to widzimy, jak z niedokrewności złośliwej pierwotnej może łatwo rozwinąć się niedokrewność złośliwa wtórorzędna, zarazem, jak trudne jest odgraniczenie obu tych postaci chorobowych od siebie. Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, iż w razie dłuższego jeszcze życia chorego byłby u niego rozwielmożnił się w całej pełni nowotwór złośliwy rakowy żołądka, z wszelkiemi następstwami. Przypadek nasz poucza, iż o niedokrewności złośliwej pierwotnej nie rozstrzyga obraz mikroskopowy krwi, ale przebieg kliniczny; u chorego naszego bowiem pod koniec życia zniknęły we krwi megaloblasty, a pojawiły się normoblasty, zwiększyła się ilość ciałek czerwonych krwi, hemoglobiny i ciężar gatunkowy krwi, czyli wystąpiły objawy, przemawiające za poprawą krwi, — a mimo to nastąpiło zejście śmiertelne. To też teorya Grawitza najlepiej nam tłómaczy istotę niedokrewności złośliwej postępowej; należałoby ją tylko zdaniem naszem o tyle rozszerzyć, iż na tle niedokrewności złośliwej pierwotnej w pewnych warunkach może się wytworzyć następowo obraz niedokrewności wtórorzędnej; że zatem ścisłe rozróżnienie kliniczne między obiema postaciami niedokrewności niekiedy się zupełnie zaciera.

IV. Wyciągi.

Schlagenhaufer. **Dwa przypadki nabłoniaka kosmówki.** *(Wiener klinische Wochsft.* 1899. Nr. 18). Złośliwy nowotwór kosmówki, noszący nazwy rozmaite, jak: *chorio-epithelioma malignum, syncytioma, deciduoma* itp nietylko jest przedmiotem sporów co do swego pochodzenia i histogenezy, lecz także pod względem klinicznym niezupełnie jeszcze dokładnie jest zbadany. Z tego względu nawet odosobnione przypadki budzą wielkie zajęcie, byle były dokładnie i umiejętnie zbadane. Oba przypadki S. zasługują z tego względu, jakoteż i ze względu na szczegóły kliniczne, na uwagę. W obu przypadkach budowa nowotworów odpowiadała zupełnie nakreślonemu przez Marchanda obrazowi t. zw. nabłoniaków kosmówki. Mianowicie składały się one ze smug protoplazmatycznych, zawierających liczne jądra, podobnych ze wszechmiar do syncytium, znajdowanego w prawidłowem łożysku. Drugim składnikiem tych nowotworów są mniej lub więcej liczne, duże, wielokątne, jasne komórki z pęcherzykowatem jądrem, t. zw. komórki doczesnej (Decidualzellen). Schlagenhaufer zgodnie z Marchandem sądzi, że oba te składniki, znajdujące się zarówno w łożysku prawidłowem, jak i w nabłoniakach kosmówki (tylko w tych ostatnich w atypowym układzie) są tego samego pochodzenia; jedynie tylko rozmaitość warunków odżywienia, oraz pewnych wpływów mechanicznych, rozstrzyga, czy w tak zwanych nabłoniakach kosmówki przeważa ten lub ów z tych składników. W drugim z przypadków S. uderzającym jest tak szybki przebieg sprawy chorobowej, jakiego dotąd nigdy jeszcze nie spostrzegano mimo uznanej (a może nawet przecenianej) złośliwości nabłoniaków kosmówki. Śmierć nastąpiła tutaj w 34 dni po normalnym porodzie, w którym popłód odszedł zaraz i przedstawiał się zupełnie prawidłowo. Poprzednio urodziła ta sama osoba jedno zdrowe dziecko, niespełna zaś na pół roku przed drugą ciążą poroniła. Należy zauważyć, że już przy końcu drugiej ciąży była położnica mocno osłabioną, cierpiała na bóle w boku lewym i chwilami na duszność. W połogu zaś, oprócz tego, wystąpiła gorączka o typie ropnicowym. Sekcya wykazała: nowotwór macicy, nie przerastający jednak nawskróś jej ściany, zakrzepy w splotach żylnych macicznych składające się po części z włóknika, poczęści zaś już zorganizowane, a tylko w jednem miejscu zawierające nieco utkania nowotworowego; nadto bardzo liczne przerzuty w płucach, śledzionie, nerkach i pochwie. S. przypuszcza, że gorączka, która wystąpiła w połogu, nie była skutkiem ropnicy, gdyż badanie bakteryologiczne narządów nie wykryło żadnych bakteryi, lecz, że był to objaw przerzucania się nowotworu;

z szybkiego zaś przebiegu w połączeniu z objawami klinicznymi z końca ciąży, oraz z tej okoliczności, że popłód odszedł cały i był niezmieniony, wnosi S., że sprawa nowotworowa rozpoczęła się już w czasie ciąży, że może nawet miała swoje źródło w przebytem dawniej poronieniu. Pod tym względem zbliża się przypadek S. do przypadku Neumanna. Autor podkreśla jeszcze zupełny brak ciężkich krwotoków z nowotworu, zwykle się przydarzających, wskutek czego rozpoznanie za życia było wprost niemożebne. W każdym razie przypadek należał do tych rozpaczliwych, w których nawet najwcześniejsze rozpoznanie i najenergiczniejsze leczenie, bywają bezsilne. Jeszcze ciekawszy jest pierwszy przypadek S., nieco rozjaśniający ponure dotychczas rokowanie w nabłoniaku kosmówki. Trzydziestoośmioletnia chora, która przed $2^1/_2$ laty rodziła prawidłowo po raz czwarty, zgłosiła się 30/X 1896 r. z powodu krwotoków macicznych, trwających od dwóch miesięcy. Wywiady wykazały poronienie przed 3-ma miesiącami z zatrzymaniem cząstek jaja płodowego. Długość jamy macicy wynosiła 9 ctm. Przy przepłókiwaniu odpłynęło kilka cząstek jaja płodowego (drobnowidowo ich nie badano), a 20/XI 1896 chora opuściła szpital jako wyleczona. Długość jamy macicy wynosiła wówczas tylko 7·5 ctm. Pomyślny stan zdrowia chorej przerwały tylko krwotoki w lutym 1897, trwające przez dni 14. Dopiero od maja tegoż roku zaczęły się znów krwotoki, ale z pochwy. Przyczyną ich okazał się guz nowotworowy pochwy, który w czerwcu wyłuszczono. Przy badaniu drobnowidowem rozpoznał S., z początku błędnie, żylak. Dopiero później wykrył w guzie znamienne utkanie nabłoniaka kosmówki. Pomimo, że nie przystąpiono nawet teraz do operacyi doszczętnej, nie wystąpiły już żadne dalsze zaburzenia, a badanie podjęte w styczniu roku 1899 wykazało (zatem w trzy prawie lata po początku choroby) w narządach wewnętrznych i w narządzie płciowym stosunki zupełnie prawidłowe. Niema najmniejszej wątpliwości, jak zresztą dowodzą załączone przez S. rysunki, że rozpoznanie jego było zupełnie słuszne; usadowienie guza wskazuje, że w danym przypadku szło o przerzutowe ognisko nabłoniaka kosmówki. Cóż jednak stało się z guzem pierwotnym? Pytanie to rozstrzygnąć bardzo trudno. Niełatwo przyjąć, że pierwotny nowotwór macicy w całości został wydalony albo samoistnie lub przez łyżeczkowanie, chociaż z drugiej strony przypuszczenia tego nie można bez zastrzeżeń odrzucić. Wszak Schmorl spostrzegał przypadek nabłoniaka kosmówki, w którym przy sekcyi nie znaleziono ani śladu nowotworu, ani w macicy, ani w częściach dodatkowych, a natomiast liczne przerzuty w płucach, wątrobie, nerkach, jelicie i wreszcie w pochwie. Istnieje jednakże jeszcze druga możliwość. Pick w badaniach swoich nad łagodnym i złośliwym przerzucającym się zaśniadem groniastym, dochodzi między innymi do wniosku, że zaśniady takie mogą tworzyć przerzuty, ani histologiczną budową, ani przebiegiem klinicznym nie okazujące cech złośliwości. Zdarzyć się jednak może, że taki łagodny przerzut przeradza się w złośliwy, ale wówczas nie mamy jeszcze na tej podstawie prawa (zdaniem Picka) twierdzić, że i pierwotny zaśniad macicy był złośliwym. A więc i w swoim przypadku nie może S. odrzucić przypuszczenia, że pierwotny nowotwór macicy nietylko klinicznie, ale i histologicznie złośliwym nie był, a dopiero jego przerzut okazywał budowę uważaną dotychczas (jak się okazuje, niezupełnie słusznie) za dowód złośliwości. W każdym razie, bez względu na to, czy to, lub owo tłómaczenie jest słuszne, ten przypadek S. jest bardzo pouczający z dwóch względów. Po pierwsze wskazuje on, że nie wszystkie przypadki nabłoniaka kosmówki są tak beznadziejne i rozpaczliwe, jak dotychczas powszechnie sądzono. Powtóre stanowi on ostrzeżenie, że w podobnych przypadkach dla rokowania rozstrzygającem jest tylko wszechstronne rozważenie wszystkich objawów i oparcie się na sumie doświadczeń tak klinicznych, jakoteż i anatomicznych. Ograniczyć się tylko do obrazu klinicznego, lub też tylko do wyroku histologa, jest wielkim błędem. Sprawdza się tu zdanie Hansemanna, że „nieprawdą jest wyobrażenie, jakoby histolog posiadał wszechmocną władzę odgadywania, czy pewne nowotwory klinicznie są złośliwe lub nie“. I drobnowidowe bowiem badanie dostarcza w niektórych razach danych tylko do pewnych granic. Byłoby bardzo pożądanem, aby uwaga ta dostała się do szerszych kół lekarzy, gdyż wówczas uniknęliby może histologowie niejednego nieumiejętnie postawionego zapytania, na które bez znajomości dat klinicznych odpowiedź jest wprost niepodobna, a nawet z ich znajomością niezawsze możebna.

Doc. Dr. Ciechanowski.

Prof. Carl von Noorden. **Przyczynek do sprawy dyetetycznego leczenia marskości nerek.** (Odczyt [1]) wygłoszony na zjeździe niemieckich lekarzy w Karlsbadzie w r. b. *Wracz* 1899 Nr. 14). Lekarze praktyczni, wychodząc z założenia, iż wprowadzenie do ustroju znacznej ilości płynów sprzyja wydzielaniu wytworów przemiany materyi przy wszelkich sprawach zapalnych nerek, przeprowadzają częstokroć u chorych z marskością nerek systematyczne, t. z. mleczne leczenie, podając takim chorym niejednokrotnie po kilka litrów płynów dziennie. Autor i jego uczniowie (Dapper z Kissingen i Przetkowski z Warszawy, których prace rychło ukażą się w druku), przeprowadzili cały szereg doświadczeń w tym kierunku i stale otrzymywali ten sam wynik: ograniczenie ilości płynów do $1^1/_4$ litra na dobę nie zmniejsza zupełnie ilości wydzielanych najistotniejszych wytworów przemiany, ani w okresach początkowych, gdy chory czuje się jeszcze zupełnie dobrze, ani w okresie rozpoczynającego się osłabienia serca, ani wreszcie w okresie rozpoczynającej się i przewlekającej mocznicy; przeciwnie, w doświadczeniach swoich autorowie kilkakrotnie spostrzegali, iż ilość wydzielanego azotu i moczanów, przy zmniejszeniu ilości wprowadzanych płynów, zwiększała się. Co się tyczy białka, to całkowita jego ilość na dobę była zawsze niezależną od ilości wprowadzonych płynów; zmieniał się tylko odsetek białka, co jest zjawiskiem zupełnie naturalnem wobec tego, iż mocz zależnie od ilości wprowadzonych płynów bywa mniej lub więcej zagęszczony; na tę zaś okoliczność lekarze zwykle nie zwracają uwagi i w spostrzeżeniach swoich kierują się wyłącznie odsetkową zawartością białka. Autor nie poprzestał na doświadczeniach, lecz większą jeszcze uwagę zwrócił na spostrzeżenia kliniczne w tym kierunku i zebrał takowych wcale pokaźną liczbę, przyczem szczególniej korzystnem zawsze (w 30 przeszło przypadkach) okazywało się ograniczenie ilości podawanych płynów w okresach późniejszych, gdy występowały już objawy niedomogi mięśnia sercowego. Ograniczając ilość płynów w takich przypadkach, autor rychło otrzymywał znaczne polepszenie, które następnie niejednokrotnie utrzymywało się przez kilka lat, przy zachowaniu tylko powyższej dyety. Otrzymując stałe poprawę przez zmniejszenie ilości podawanych płynów (do $1^1/_4$ litra) w późniejszych okresach marskości nerek, autor sądzi, iż tę samę metodę stosować należy i w okresach wcześniejszych, gdyż w ten sposób usuwamy jeden szkodliwy czynnik, przyśpieszający późniejszą niedomogę mięśnia sercowego. Wprawdzie w tych okresach początkowych wynik dodatni nie będzie tak rzucający się w oczy, jak w okresach późniejszych, lecz w każdym razie metoda ta pozwoli nam możliwie najdłużej utrzymać ogólny dobry stan chorego. Zresztą autor kilkakrotnie sam spostrzegał, iż nawet we wczesnych okresach podawanie większej ilości płynów wywoływało osłabienie mięśnia sercowego; gdy jednak wtedy ilość płynów ograniczono, objawy niedomogi po kilku dniach ustępowały.

W odczycie swoim zwraca autor uwagę jeszcze na drugą okoliczność: lekarze zwykle chorym na marskość nerek zalecają z mięsa tylko t. z. mięso białe, które chorym rychło przestaje smakować, brzydnie, wskutek czego chorzy tracą łaknienie, źle się odżywiają i siły ich szybko podupadają. Autor pozwalał takim podupadłym na siłach chorym jeść

[1]) Odczyt niniejszy po niemiecku zostanie ogłoszony w Zbiorze prac z tegorocznego Zjazdu w Karlsbadzie. (*Przyp. Ref.*)

i inne rodzaje mięsa, a wtedy chorzy ci szybko przychodzili do siebie. Zresztą, sądzi autor, i z punktu widzenia naukowego nie należy chorym zalecać używania wyłącznie mięsa białego, gdyż powszechnie przyjęte zapatrywanie, iż mięso białe zawiera najmniej istot drażniących nerki, a przedewszystkiem istot wyciągowych, zawierających azot, nie jest na niczem oparte: przeciwnie, mięso białe kur i królików zawiera więcej kreatyny, niż zwykłe mięso wołowe; cała zaś różnica między mięsem białem a ciemnem polega na zawartości jakiejś istoty barwiącej, której skład chemiczny dotychczas nie jest dokładnie oznaczony i ztąd nie mamy prawa *a priori* zaliczać jej do istot dla ustroju szkodliwych, a to tembardziej, iż w tym kierunku nie przeprowadzano nigdy nawet doświadczeń klinicznych; jedyne zaś, obecnie przeprowadzone przez autora doświadczenie kliniczne raczej świadczyć się zdaje na korzyść mięsa ciemnego.

W końcu swej zajmującej pracy autor oświadcza, że doświadczenia jego i spostrzeżenia dotyczą nie tylko marskości nerek, lecz także i przewlekłego miąższowego zapalenia nerek, a nawet i ostrego ich zapalenia: i w tych postaciach autor widział korzystny wpływ ograniczenia ilości wprowadzanych płynów, lecz badania jego w tym kierunku nie są jeszcze ukończone. *Dr. Gliński.*

Prof. Neusser. **O klinicznym przebiegu niedokrewności złośliwej** *(anaemia perniciosa). (Wiener klinische Wochenschrift 1899 Nr. 15.)* Jest to kazuistyka. Trzy przypadki z rozpoznaniami klinicznemi: 1) *anaemia perniciosa, morbus Basedowii*; 2) *anaemia, achylia gastrica, atrophia mucosae ventriculi;* 3) *anaemia pern., diathesis haemorrhagica, hypoplasia arteriarum.* Wszystkie trzy zakończone śmiercią i sekcyą zwłok.

Z przebiegu klinicznego wybiera autor bardziej zajmujące szczegóły. I tak co do 1). Na ośm lat przed śmiercią już rozpoznano w klinice u chorej niedokrewność złośliwą, a wówczas opuściła ona zakład z poprawą. Potem wystąpiły objawy choroby Basedowa. Dopiero na kilka dni przed śmiercią pojawiły się we krwi ciałka czerwone jądrzaste, jednak tylko normoblasty. Objawy niedokrewności złośliwej i choroby Basedowa mięszały się ze sobą.

Pod koniec życia powstałe zaburzenia żoładkowe i kiszkowe, a mianowicie wymioty i biegunkę, które wystąpiły bez bólu i bez wyraźnej przyczyny, uznaje autor za objawy choroby Basedowa. Pojawiła się też żółtaczka schyłkowa, a przyczyną jej był zanik wątroby, stwierdzony po śmierci. Zanik ten przemawia za przyrodą zakaźną (toksyczną) choroby Bazedowa, a jest powikłaniem nadzwyczaj rzadkiem.

Z literatury znany jest przypadek choroby Basedowa, opisany przez Jaccouda, który zakończył się śmiertelnie, a przebiegał z objawami żółtaczki i krwotoków. W przypaduk tym wykazał rozbiór zwłok tłuszczowe zwyrodnienie wątroby.

Przypadek 2-gi był typowym okazem niedokrewności złośliwej, powikłanej z zanikiem błony śluzowej żołądka. Rozpoznanie zaniku potwierdził rozbiór zwłok. Obraz drobnowidowy krwi posiadał wszelkie cechy niedokrewności złośliwej w myśl pojęcia Ehrlicha, a więc ciałka czerwone jądrzaste, tak normo—, jak zwłaszcza megaloblasty. Szpik kostny zawierał przeważnie megaloblasty z jądrem słabo się barwiącem, rozpadłem, co jest objawem ciężkiego zaburzenia w sprawności szpiku kostnego. W przypadku tym zwiększała się stopniowo niedokrewność, oligocytemia i poikilocytoza, równocześnie ilość ciałek białych stale malała, a również tak samo ilość jądrzastych ciałek czerwonych. Dopiero na samym schyłku życia, kiedy liczba ciałek czerwonych opadła do 250 tysięcy, ilość ciałek białych podskoczyła z 2500 na 7500, a równolegle z tem pojawiły się jądrzaste ciałka czerwone w wielkiej ilości i to przeważnie gigantoblasty.

Było to więc przedzgonne, schyłkowe wypłókanie pierwocin szpiku kostnego, które ze szpiku dostały się do krążenia. Z wyników badań nad przemianą materyi w tym przypadku podnosi autor, że równowaga azotowa była zachowana. Na zasadzie tego nie możnaby przyjąć, jak to czynią niektórzy autorowie, aby niedokrewność w takich przypadkach, połączonych z zanikiem błony śluzowej żołądka, polegała na niedostatecznem wsysaniu pożywienia, albowiem wyzyskiwanie pożywienia w kierunku składników azotowych jest mimo to wyborne.

Odnośnie do przypadku 3) podnosi autor szczegóły następujące: Jest to przypadek, zaliczający się do tego typu niedokrewności złośliwej, jaka się pojawia w związku z ciążą i połogiem. Nie zdarza się wprawdzie, aby zwyczajna bladnica w ciąży lub w połogu przechodziła w niedokrewność złośliwą; przecież są przypadki, w których podczas ciąży i karmienia występuje znaczne zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych, a ta oligocytemia może stanowić wyjście dla niedokrewności złośliwej Widać z tego, że ciąża czyni wielkie wymagania dla narządów krwiotwórczych. Można się domyślać, że ciężarna odpowiada na bodziec, działający na narządy krwiotwórcze, mniej więcej w podobny sposób, jak chory, żywiący w sobie bruzdogłowca *(bothriocephalus).* Jest rzeczą znaną, iż niektórzy chorzy, mimo posiadania bruzdogłowca, czują się zupełnie dobrze; ba, nawet wyglądają kwitnąco, co wskazuje na żywe wytwarzanie się krwi. Inni znowu chorzy na bruzdogłowca okazują objawy prostej niedokrewności; inni wreszcie zapadają na ciężką niedokrewność złośliwą. Ta przecież niedokrewność złośliwa odznacza się jedną wybitną cechą, która powoduje, że nawet utworzono osobny rodzaj niedokrewności złośliwej, będący jej poddziałem, odmianą, jako t. zw niedokrewność bruzdogłowcowa. Cecha ta mianowicie jest stosunkowa łagodność choroby, to znaczy, że po usunięciu czerwiów, jak za dotknięciem różczką czarodziejską, ustępuje i niedokrewność, chociaż bardzo ciężka, któraby wedle wszelkiego prawdopodobieństwa w przeciwnym razie prowadziła do skonu. Jednak nie jest to cecha stała. Niekiedy bowiem, mimo usunięcia pasorzyta, niedokrewność istotnie jest zgubna, t. j. kończy się śmiercią. Tutaj należy np. przypadek Müllera *(Charité-Annalen, 1889).* W tym przypadku rozbiór zwłok wykazał nadzwyczajną wązkość tętnicy głównej, małą macicę i rozwój wstrzymany. A więc powodem tego, że chora, mimo usunięcia bezpośredniej przyczyny, tj. pasorzyta, z choroby otrząsnąć się nie zdołała, jest niedokształt *(hypoplasia)* układu naczyniowego, zmiana utworowa.

W przypadku autora ciężka niedokrewność, która powstała podczas ciąży, mimo usunięcia przyczyny po rozwiązaniu, zakończyła się niekorzystnie. Rozbiór zwłok pokazał niedokształt naczyń i w szpiku kostnym objawy nadwerężenia sprawności, a jak wiadomo naczynia i szpik są ogniwami jednego łańcucha, rozwijającego się pod wpływem wspólnego bodźca tak, że niedokształt szpiku idzie w parze z niedokształtem naczyń. Wyrazem odczynu szpiku na czynniki zniedokrewniające jest występowanie normoblastów, (objaw odradzania się krwi), kiedy wytwarzanie megoloblastów z jądrem zwyrodniałem (małe, słabo się barwiące jądra) jest wyrazem zwyrodnienia szpiku. Na ciałkach białych odbijają się bodźce, działające na szpik — występowaniem leukocytozy, wielojądrzastych obojętnochłonnych ciałek (niedokrewność wtórna). Jeżeli jednak szpik nie zdoła odpowiadać tym odczynem swoistym, kiedy więc jest on zwyrodniały, ilość wielojądrzastych obojętnochłonnych i eozynowych ciałek, zamiast wzrastać, — opada. Tak było w przypadku 3) autora. Istnieją zresztą spostrzeżenia innych autorów, które za tem tłómaczeniem niewątpliwie przemawiają, a na podstawie tych własnych, jako też i obcych przypadków, rozróżnia autor trzy typy hematologiczne niedokrewności złośliwej ze względu na czynność szpiku kostnego, a mianowicie: 1. przypadki, w których brak jakiegokolwiek odczynu szpiku kostnego; 2. w których odczyn ten jest bardzo niedostateczny; 3. w których szpik kostny okazuje zwyrodnienie, a wskutek tego wytwarza prawie wyłącznie megoloblasty rozpadające się. Typ ten wymaga jednak, jak się zdaje, nadwerężania czynności szpiku kostnego przez czas dłuższy, aby się mógł wytworzyć stan zwyrodnienia szpiku.

Usposobienie wrodzone, jak wązkość układu naczyniowego, zdaje się wywierać stanowczy wpływ na sprawność szpiku kostnego. Sąd nasz jednakowoż o tem, jak się zachowuje szpik kostny w pewnym przypadku niedokrewności złośliwej, może polegać tylko na obrazie hematologicznym. Obraz ten przecież nie daje nieraz podstawy do wyobrażenia o stanie szpiku, jak pouczają liczne przykłady w przypadkach, w których obraz drobnowidowy krwi nie zgadzał się z obrazem drobnowidowym szpiku. Jest więc jeszcze jeden czynnik w grze, czynnik niepoznany dotąd dostatecznie, który sprowadza obfitsze lub mniej obfite wypłókanie składników szpiku kostnego do krążenia.

Jakżeby można uzyskać pewne dane, tyczące się stanu szpiku kostnego?

Chyba przez wyświdrowywanie z żebra lub przez nakłówanie próbne szpiku kostnego. Ale to sposoby niewygodne, choć w każdym razie mogą dać wynik dodatni już wtedy, kiedy badanie krwi wypada ujemnie.

Dr. Eljasz-Radzikowski (Lwów).

Dr. F. Blumenfeld. **Przyczynki do etyologicznej statystyki raka macicy.** *(Münch. med. Wchschr.* 1899. Nr. 13). Na 678 kobiet, dotkniętych rakiem macicy, najmłodsza liczyła 24 lat, najstarsza 73. Najwięcej schorzeń przypadało na lata między 40 a 50 r. ż., potem między 30—40 r. ż. Z porównania z podobnemi zestawieniami dawniejszemi wynika, że rak macicy występuje obecnie względnie częściej u młodszych kobiet. Do raka zdają się usposabiać częste porody, względnie poronienia, gdyż w tej statystyce przypada przeciętnie 5·7 ciąż (względnie poronień) na każdą chorą. U bardzo wielu można też było wykazać przebyte sprawy zapalne w częściach rodnych i względnie często przebyte poprzednio zabiegi operacyjne i to tak często, że i tych spraw nie można pominąć, rozważając etyologię raka. W wywiadach często chore podają o rodzinnej skłonności do suchot, rzadziej o powtarzającem się schorzeniu rakowem w rodzinie. Ze wszystkich tych danych wnosi autor, że rak jest chorobą zakaźną, właściwą wiekowi późniejszemu, kiedy już odporność tkanek znacznie podupadła, występującą u osobników dziedzicznie obciążonych i usposobionych do chorób zakaźnych. I wobec tego uważa komórki i tkankę rakową za wytwór owego nieznanego czynnika zakażającego, tak jak gruzełek jest wynikiem czynności prątków gruźliczych. *Herman.*

Decastello i Czinner. **Wpływ zmian w świetle naczyniowem i w parciu krwi na ilość ciałek białych** *(Wiener klinische Wochenschrift,* 1899. Nr. 15). Jest to praca doświadczalna, wykonana na królikach. Obliczenia ciałek białych dokonywali autorowie we krwi z żyły szyjnej lub z odsłoniętej żyły udowej. Pracę podzielili sobie na kilka części. Mianowicie starali się zbadać: A) wpływ zwężenia naczyń, wywołanego przez drażnienie zdziergaczy naczyniowych (wskutek drażnienia a) nerwu kulszowego bez przecięcia i b) z przecięciem nerwów trzewnych, a więc odruchowo, lub c) wskutek drażnienia samych zdziergaczy naczyniowych; B) wpływ zastrzyknięcia istot zwężających naczynia, a mianowicie wyciągu z nadnercza; C) wpływ rozszerzenia naczyń; (wskutek przecięcia nerwów naczyniowych, np. nerwów trzewnych (nn. splanchnici), lub wskutek drażnienia *nervus depressor)*; D) wpływ silnego obniżenia parcia krwi (wskutek drażnienia końca obwodowego przeciętego nerwu błędnego).

Wyniki tych doświadczeń streszczają w następujących zdaniach:

1. Silne drażnienie nerwów czulnych (n. kulszowy) sprowadza zmniejszenie ilości ciałek białych w całej krwi. 2. Objaw ten następuje wskutek odruchowego zwężenia naczyń brzusznych i zatrzymania tamże ciałek białych. Po przecięciu nerwów trzewnych zazwyczaj nie występuje. 3. Wskutek drażnienia bezpośredniego zdziergaczy naczyniowych w ograniczonym obszarze naczyń (nerka, ucho) powstaje zmniejszenie ilości ciałek białych w krwi wypływającej. 4. Istoty zwężające naczynia, więc wyciąg z nadnercza, wywołuja tenże sam skutek i to jeszcze w wyższym stopniu. 5. Wpływ wstrząsu (shock) polega na tym samym objawie. 6. Rozszerzenie naczyń po przecięciu nerwów naczyniowych (nn. trzewne) nie wywiera żadnego wpływu na ilość ciałek białych. 7. Obniżenie parcia krwi (n. błędny, *n. depressor)* sprawia tylko przemijające zmniejszenie ilości ciałek białych. 8. Wpływ tych wszystkich powyższych czynników na ciałka białe dosięga swego szczytu po 3—4 minutach. Wahania w ilości wynoszą od 20—30%; po 10—15 minutach wraca na nowo pierwotna ilość ciałek. Wpływ wstrzykiwań jest znacznie większy. 9. Znaczna ilość ciałek białych we krwi z żyły śledzionowej, wielekroć stwierdzana, polega na wyciśnięciu ciałek białych z śledziony przez ugniecenie jej podczas obliczania.

Badania innych autorów, jak Goldscheidera i Jacoba wykazały już dawniej, że podczas leukopenii, która następuje po wstrzyknięciu pewnych istot (jak wyciągi z narządów), ciałka białe nagromadzają się w wielkiej ilości w naczyniach włosowatych płuc. Autorowie starali się też dojść do wyszukania przyczyny tego bądź co bądź bardzo zastanawiającego objawu, który też sami w swych doświadczeniach napotykali stale. Przyczyny tej nie znaleźli. Wypowiadają tylko pod tym względem pewne przypuszczenia. I tak, zwężenie naczyń nie może tu wchodzić w grę, ponieważ, jak wiadomo, naczynia płucne, jeżeli wogóle podlegają, to tylko w nadzwyczaj słabym stopniu wpływom naczynioruchowym.

Mogłoby więc chyba zaważyć obniżenie parcia krwi. I rzeczywiście niektóre z tych istot, jak np. pepton, kwas nukleinowy, także somatoza, sprowadzają znaczne obniżenie parcia krwi. Kiedy się jednakowoż porówna stopień leukopenii po takich wstrzykiwaniach z nasileniem leukopenii po największych drażnieniach (trwających minutę) nerwu błędnego i po obniżeniu największem parcia krwi wówczas, to i temu czynnikowi nie będzie można przyznać żadnego większego wpływu. Może być przecież, że cały objaw polega na działaniu dodatnio chemotaktycznem wprowadzonych istot. Trzeba bowiem zważyć, że płyn wstrzyknięty nie rozchodzi się odrazu równomiernie po całem krążeniu, lecz nagromadza się najpierw w zakresie naczyń włosowatych, a to przedewszystkiem w naczyniach włosowatych płuc, dokąd wchodzi najpierw każdy płyn z wstrzyknięcia, czy to podskórnego, czy śródżylnego.

Można oprócz tego myśleć jeszcze o tem, czy przypadkowo taki wyciąg z narządu, wstrzyknięty, nie sprowadza zmian w samych ciałkach białych, albo też w ścianach naczyniowych, wskutek których to zmian pozostają tam leukocyty. Zakres naczyń włosowatych w płucach byłby wówczas tylko dlatego głównie zajęty, ponieważ leży pierwszy na drodze i zajmuje wielki obszar.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Sroczyński: **Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki.** *(Pamiętnik, wydany na jubileusz Prof. Korczyńskiego).* Wykazawszy różnicę, jaka zachodzi między wrzodem a ropniem rogówki i podniósłszy, że środki lecznicze, stosowane z dobrym skutkiem przy cierpieniu pierwszem, nie mogą dać tych samych wyników w leczeniu ropni, uważa autor pomoc chirurgiczną za najwłaściwszą i w tym celu podaje nowy sposób operacyjny. Sposób ten, polegający na przecięciu jedynie tylko przedniej ściany ropnia cięciem poziomem od tyłu ku przodowi i na usunięciu szczypczykami masy włóknikowo-ropnej, przedstawia rzeczywiście znaczne korzyści przed t. zw. keratotomią Saemischa, poleconą pierwotnie przeciw *ulcus serpens*, a stosowaną obecnie także i w przypadkach ropni rogówkowych.

Przecięcie sposobem Saemischa, otwierające przodkową komórkę, nie wypróżnia, chyba tylko wyjątkowo, ogniska ropnego w samej rogówce, a więc nie usuwa właściwego źródła choroby, podnosi tylko skutkiem zmniejszenia napięcia gałki ocznej, odporność rogówki i ułatwia przez to powolne

wessanie wypociny, co jednak wlecze się całymi tygodniami. Z drugiej strony keratotomia naraża równocześnie oko na wielkie niebezpieczeństwo, jakiem jest łatwo po niej mogące powstać wgłobienie tęczówki. Przeciwnie, przy sposobie autora, gdzie przednia komórka wcale otwartą nie zostaje, niebezpieczeństwo to jest wykluczonem. Wprawdzie i tu ognisko ropne po samem tylko cięciu wypróżnić się nie może, bo nie zawiera ono płynnej treści, leez czop włóknikowo ropny, ten jednak daje się z łatwością szczypczykami uchwycić i w całości oddalić. Z chwilą tą ognisko w rogówce zostaje oczyszczone, a leczenie następowe postępuje szybko, nie przekraczając 2—3 tygodni czasu.

Sposób swój zastosował autor w 4 przypadkach z jak najlepszym wynikiem, a mnie się zdaje, że jest zupełnie racyonalnym i dla tego też zamierzyłem zwrócić nań uwagę kolegów-okulistów. *Dr. Langie.*

Saenger: **Czy płókanie gardła ma wartość leczniczą?** (*Münch. med. Wochft.* Nr. 8, 1899). Płókanie gardła ma na celu zetknięcie się płynu leczniczego z błoną śluzową jamy gardłowej — zachodzi jednak pytanie, czy przy płókaniu następuje takie zetknięcie? Ażeby się o tem przekonać, pomazał autor choremu na zapalenie pryszczykowe gardła migdałki błękitem metylu, polecił mu płókać, badał płyn oddany po płókaniu jamy gardłowej — i przekonał się, że płyn oddany napowrót nie był błękitnie zabarwiony. Gdy zaś pomazał błękitem metylu podniebienie miękie i korzeń języka, wówczas płyn oddany był błękitnie zabarwiony. Otóż jest to dowód, że płyn, którym płóczemy, nie dostaje się poza łuki i nie styka się wcale z błoną śluzową jamy gardła; wprawdzie można, robiąc przy płókaniu wydłużone wydechy lub kilka krótkich wdechów, doprowadzić do tego, że pewna część płynu przedostanie się do jamy gardła, jednak tak płókać nie każdy chory potrafi. Zaprzeczywszy w ten sposób możliwości działania płókań, uważa S. za stósowniejsze pędzlowania gardła, które działają pewniej i mniej może przykrości sprawiają choremu, niż częste płókania. *Gr.*

Manfanowski. **Leczenie wrzodu miękiego parą.** (*Wracz*, 1899, Nr. 12). Metoda, podana przez autora, stanowi tylko modyfikacyę znanych metod Auberta, Welandera, Andryego i in., którzy, wychodząc z założenia, iż pierwiastek zakaźny we wrzodzie miękim ginie w ciepłocie około 41° C., stosowali celem leczenia tego cierpienia wysoką ciepłotę na wrzód miękki. Autor w tym celu używa wytwarzającego parę przyrządu prof. Sniegirewa, stósowanego w Rosyi do tamowania krwotoków miąższowych. Po obmyciu wrzodu 2% kwasem borowym otacza autor jego brzegi gazą, by nie oparzyć zdrowych części, i puszcza na wrzód strumień pary, zbliżając lub oddalając przyrząd w miarę wytrzymałości chorego (wydobywająca się z przyrządu para ma ciepłotę 100° C.); zabieg taki trwa 8—10 minut i powtarza się codziennie. Po 3—4 dniach wrzód traci swoje swoje swoiste wejrzenie i zamienia się w zwykłą ranę, prawie, że całkowicie niezaraźliwą, goi się zaś zupełnie w ciągu 10—15 dni; powstawania nowych wrzodów przy tym sposobie leczenia autor nigdy nie zauważył, mimo iż leczył w ten sposób około 90 chorych. *Gliński.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vidal (*Ann. de med. et chir. infant.*), leczy w ten sposób brodawki, że kawałek flaneli mydłem potasow. posmarowanej kładzio codziennie na brodawkę, która po dwóch tygodniach rozmiękła i daje się z łatwością usunąć. *F. K.*

Eichhoff zaleca przy starych odmrożeniach częste mycie mydłem przetłuszczonem z ergotyny, które porażone naczynia ściąga i zakładanie opatrunku z maści: *Acid. citrici 2,0 Bals. peruv. 5,0 Ung. zinci 45,0. m. f. ung. S. Maść.* *F. K.*

Coraz więcej pojawia się głosów zachwalających glinkę (*argilla*), jako środek opatrunkowy; Langematt po długoletnich doświadczeniach oświadcza, że glinka jest bardzo tanią, zupełnie nie trującą, ma silne działanie wysuszające, nietylko jest bezwonną, ale działa nawet odwaniająco, zupełnie nie drażni i ma własności, przyspieszające pokrycie naskórkiem ran nawet ropiejących, chociaż wywołuje strupy na brzegach ran i bujanie ziarniny. Przy wypryskach i owrzodzeniach, wogóle tam, gdzie wydzielina jest obfitą, działa dobrze w postaci pasty: *Argill., Glycerin. aa. 12,5, Vaselin. 25,0. M. f. pasta.* Glinkę sproszkowaną chronić trzeba przed wilgocią, dlatego przechowywać ją należy w szczelnie zamkniętych naczyniach. (*Münch. m. Woch.* 1899, 4). *F. K.*

Antonelli i Scatolari wstrzykują w ostrej rzeżączce 25‰ roczyn kwasu pikrynowego, sposobem Janeta, w dużej ilości, zachwalając jego przeciwgnilne i kojące ból działanie, przyczem działa on w głąb tkanek. Wyleczenie następuje po 2 tygodniach. Korzystne działanie w wypryskach jest już dawniej znane: obecnie Algar stosuje okłady także i w półpaścu i to z roczynu: *Ac. picronitric. 5,0 Ac. citrici 10,0 Aqu. dest. 50,0,* który sprawia lekkie pieczenie, a działa szybko. *F. K.*

Przy pękaniu skóry rąk zaleca Comby (*Nouv. remèdes 1898. 11*) smarowanie rano i wieczorem maścią: *Menthol. 1,0. Salol. 2,0 Ol. Olivar. 10,0 Lanolin. 30.0 M. f. ung.*; przy poceniu się rąk zaś bardzo dobre wyniki otrzymują się po wcieraniu 3 razy dziennie: *Natr. biborac. Ac. salicyl. aa. 7,5 Ac. boric. 2,5 Glycerini. 25,0 Spir. dilut. 50,0.* *F. K.*

Fürbringer (*D. med. Woch. 1899. 1*) ulepsza w ten sposób sączkowanie obrzęków skóry, że wbija cienki trójgraniec w samą skórę i podminowując ją, wykłówa go i następnie wprowadza cienki wąż gumowy z otworami na ścianach, pozostawiając z obu stron rany długie końce; nie potrzeba więc żadnego osobnego przymocowania, a można założyć opatrunek przeciwgnilny. *F. K.*

Murray przestrzega przed długiem i nadmiernem podawaniem rtęci i jodu, zalecając te przetwory wraz z chininą obok środków dyetetycznych, jak powietrze i posilne odżywianie. Rtęć lub jod stosuje tylko w razie świeżych wybuchów choroby. (*Lancet*). *F. K.*

Pelnař (Praga) poddał różne wody do ust badaniu przeważnie bakteryologicznemu i przyszedł do wniosków, że działają one raczej drażniąco, niż ściągająco, że mechanicznie nie usuwają drobnoustrojów i nie odkażają jamy ustnej, są więc tylko przyjemnym środkiem toaletowym bez ważniejszego wpływu na błonę śluzową, który prawie w zupełności czysta woda zastąpić może. *F. K.*

Fricke używa naftalanu w postaci pasty: *Zinc. oxyd., Amyl. trit. ad 25,0 Naftalan. 50,0 m. f. pasta,* którą stósować można nawet w przypadkach ostrych wyprysków. (*Ztsch. f. pr. Aerzte 1899. 2*). *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 maja 1899 r.

Przewodniczący: kol. Sielski. — Członków obecnych 33.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Krzyszkowski przedstawia następujące preparaty, uzyskane w prosektoryum lwowskiem: a) workowaty tętniak łuku aorty, przebijający do tchawicy; b) wgłobienie jelita biodrowego w ślepe; c) ropień przewlekły jajnika prawego, który łączy się z jednej strony z wyrostkiem robaczkowym, z drugiej — przetoką z prostnicą; w ropniu kilka glist. Sprawę tę należy rozumieć jako następową po zapaleniu wyrostka robaczkowego; d) wadę utworową, charakteryzującą się ubytkiem w ścianie brzusznej, po stronie lewej ponad grzebieniem kości biodrowej; przez ten ubytek wypadają jelita cienkie i jelito ślepe i są tu przyrosłe. W jamie brzusznej jelito grube leży popod dwunastnicą. Dziecko żyło dwa dni.

II. Kol. Wład. Jasiński: »Kilka słów o zakładzie klimatycznym w Kossowie«. Mowca omawia wartość leczniczą czynników naturalnych, jak powietrze, ciepło słoneczne, światło słoneczne, woda i odpowiedni pokarm. Pomysł stósowania tych czynników w chorobach praktykuje się oddawna w zakładach klimatycznych. Pierwszym, który w naszem stuleciu pomysł ten w zakładzie urzeczywistnił, był Priessnitz. Wiadomo jaki przewrót na polu terapii sprowadził Priessnitz tym sposobem leczenia i jak niebawem się ten sposób rozszerzył. W zakła-

dzie Priessnitza działały wielorakie czynniki; głównym jednak była woda. W 20 lat później wystąpił na widownię Rikli i wybudował we Veldes zakład podobny do Priessnitzowskiego, ale różniący się tem, że Rikli kładł nacisk nie tylko na kąpiele wodne, ale także na powietrzne, słoneczne, parowe, tudzież na spanie przy otwartych oknach i chodzenie boso. Co do pożywienia, to Rikli wykluczył nie tylko kawę, herbatę i przyprawy korzenne, ale w pewnych chorobach także potrawy, szczególniej z czerwonego mięsa; to samo uczynił z napojami wyskokowymi i tytoniem. Ponieważ wyniki, jakie chorzy u niego osiągali, były b. dobre, zaczęły się podobne zakłady mnożyć. Od pewnego czasu istnieje i u nas taki zakład w Kossowie, a kierownikiem jego jest dr. Tarnawski. Sposób leczenia w tych zakładach zmieniał się wielokrotnie; w początkach nazywano ten sposób leczeniem Priessnitzowsko-Rikliowskiem, wnet leczeniem naturalnem, w ostatnich czasach leczeniem fizyatrycznem lub fizykalno-dyetetycznem. Ta ostatnia nazwa jest najodpowiedniejszą. Następnie przechodzi mowca wskazania do leczenia w zakładach fizykalno-dyetetycznych (uporczywe zołzy, dna, otyłość chorobliwa, niedokrewność, cierpienia spowodowane miażdżycą tętnic, ustrojowa skłonność do zaparcia stolca, dalej różnorodne nerwobóle, skłonność do zaziębień, a tem samem do cierpień gośćcowych i do nieżytów nosa, tchawicy i oskrzeli). Na zakończenie podaje prelegent, że fizykalno-dyetetyczny sposób leczenia posiada dwa b. dobrze redagowane pisma, wychodzące w Berlinie: *Zeitschrift für diaetetische und physiatrische Therapie*, redagowane przez dra L e y d e n a i *Archiv für physikalisch-diaetetische Therapie in der ärztl. Praxis*, redagowane przez dra Z i e g e l r o t h a.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VII. Korespondencye.

Warszawa w maju.

Z obowiązku korespondenta nie mogę pominąć milczeniem głośnej u nas sprawy prof. K o s i ń s k i e g o i Dra S o l m a n a, znanej wam prawdopodobnie z pism peryodycznych, które w całej rozciągłości opisywały przebieg rozpraw sądowych. Oskarżonych uniewinniono. Cóż wam więcej mogę do tego dodać? Chyba, że najświetniej wypadła ekspertyza prof. P a w ł o w a, wezwanego przez urząd prokuratorski z Petersburga. Znakomity mówca, prof. P a w ł o w, wymownie przedstawił wszystkie trudności laparotomii i fakt pozostawienia szczypczyków nazwał n i e o s t r o ż n o ś c i ą f i z y o l o g i c z n ą, której nie można podciągnąć pod żaden artykuł kodeksu. Pozostały niejasnymi dwa fakty: 1⁰ dlaczego nie przestrzeżono w y r a ź n i e otoczenia chorej, że w brzuchu jej znajdują się prawdopodobnie szczypczyki, które k o n i e c z n i e należy wyjąć; 2⁰ dlaczego lekarze, odwiedzający chorą, nie domagali się s t a n o w c z o narady z prof. K o s i ń s k i m? Czas był po temu, gdyż chora żyła po pierwszej operacyi przeszło pół roku i miała się wcale nieźle, odbyła nawet kuracyę w Ciechocinku. Całą grozę samego wypadku zatarło powództwo cywilne, widocznie obliczone na wyzysk, gdyż zmarła pozostawiła dzieci dorosłe i w niczem nie przyczyniała się do ich utrzymania. Należy dodać, iż cały ten dramat odbył się w nawpół oświeconej sferze żydowskiej. Tem się tłómaczy ta częsta zmiana lekarzy, brak zaufania do nich, wzywanie każdego lekarza oddzielnie, utrzymywanie w tajemnicy tego, co powiedział jego poprzednik i t. d. Praktyka wśród tego żywiołu, jak wiadomo, należy do najtrudniejszych.

T o w a r z y s t w o h i g i e n i c z n e rozwija swoją działalność z coraz większą energią. Zapowiedziane odczyty ludowe o ospie i szczepieniu krowianki odbyły się z powodzeniem w czterech punktach miasta, gromadząc każdym razem sporą garstkę słuchaczy (po 200 osób). Na przyszłość postanowiono wprowadzać pewne ulepszenia, — większą ilość obrazów niknących przed odczytem, muzykę i t. d. Najbliższym odczytem będzie pogadanka o używaniu napojów i pijaństwie, napisana przez Dra P u ł a w s k i e g o; dalej szereg odczytów: „Znaj samego siebie" (anatomia i fizyologia) przez p. M. B r z e z i ń s k i e g o. Sekcya ludowa rozważa sprawę pomocy dla rodzących, zastanawia się nad kwestyą domów pogrzebowych, ochronek wiejskich; w sekcyi szpitalnej opracowuje projekt opieki nad obłąkanymi K. R y c h l i ń s k i; w sekcyi wychowawczej krząta się około urządzenia wycieczek wakacyjnych ks. G r a b o w s k i; sekcya balneologiczna zwiedza i poddaje krytyce mieszkania letnie, podnosi ważną bardzo sprawę poprawy żywienia chorych w zdrojowiskach (M. R e j c h m a n i A. P u ł a w s k i) i urządza w tym roku dwie wycieczki: do G r o d z i s k a (zakład hidropatyczny) i N a ł ę c z o w a (źródła żeleziste i zakład hidropatyczny). Jednem słowem, wszystkie sekcye już się rozruszały. Naturalnie, w tym ruchu zdarzają się i objawy patologiczne, jak n. p. ruch wirowy, obracanie się na jednem miejscu, zbytnia rozwlekłość niektórych mowców, brak znajomości rzeczy innych, ale są to objawy nieuniknione w każdej gromadce ludzkiej, w każdem przedsięwzięciu. Towarzystwo myśli obecnie o założeniu własnego organu lub nabyciu miesięcznika „Zdrowie" od kol. P o l a k a.

Prawdzic.

VIII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

I. posiedzenie, dnia 11-go kwietnia przedpołudniem.

(Ciąg dalszy).

Temu to zbiorowi objawów, opisanemu przez siebie przed laty dziesięciu, przypisuje M a r t i u s główne znaczenie rozpoznawczo w nauce o niewydolności mięśnia sercowego.

Ażeby zrozumieć, w jaki sposób powstaje rozstrzeniowe osłabienie serca, należy rozstrząsnąć zasadniczo pojęcia o uderzeniu serca. Dawniejsze mniemania wszystkich klinicystów o powstawaniu i wartości rozpoznawczej uderzenia serca wychodziły z założenia, że siła uderzenia widzialna i wyczuwalna idzie w zgodzie z rzeczywistem natężeniem pracy sercowej i że jest w ten sposób miarą tej pracy. Tymczasem nie możemy naprzód wnioskować, która to czynność ruchu serca wypukla międzyżebrze. Krzywizna uderzenia koniuszkowego serca nie jest ani typową krzywizną ciśnienia, ani objętości, ani też skurczu w pojęciu fizyologicznem. Dla rozwiązania tego zagadnienia użył sprawozdawca nowej metody tak zwanej m e t o d y z n a c z ą c e j a k u s t y c z n e j — *(akustische Markirmethode)*, — a zapomocą niej, przyszedł do wniosku, że uderzenie w znaczeniu klinicznem, t. j. chwila nacisku skurczowego, odbywa się podczas okresu zamykania zastawek. Pokazało się, że ludzie dorośli zdrowi i silni, z prawidłowo zbudowaną klatką piersiową wogóle, najczęściej nie okazują żadnego uderzenia. W przeciwieństwie do tego spostrzeżenia jest powszechnie znany objaw, że serce bardzo osłabione może dawać uderzenie nadzwyczaj silne i na wielkiej przestrzeni. Po dokładniejszem zbadaniu okaże się wówczas, że zawsze jest w takim razie znaczny przerost serca.

Serce zdrowe wielkości prawidłowej mieści się w ten sposób w obszernej klatce piersiowej, że udziela jej bardzo mało albo nawet wcale nic ze swoich ruchów. Pracuje w najkorzystniejszych warunkach mechanicznych, t. j. przy najmniejszem tarciu. Łatwo pojąć, że ze względu mechaniki jest taki stan najkorzystniejszy, ponieważ ta część ruchów serca, która się udziela ścianie klatki piersiowej, ginie dla celów samego serca i o nią umniejsza się praca serca dla krążenia krwi.

Owo t a r c i e pojawia się zawsze wtedy, jeżeli objętość serca jest za wielka w stosunku do pojemności klatki piersiowej. Czy rzeczywista praca, poświęcona przytem dla krążenia krwi, jest wielka lub mała, to nie ma znaczenia dla natężenia uderzenia, a siła tarcia zależy tylko od niestosunku pomiędzy pojemnością klatki piersiowej, a wielkością serca. W ten więc sposób można zrozumieć, dlaczego serce powiększone tylko wskutek rozszerzenia komór, a więc wyłącznie nadmiernie rozciągnięte, a przez to bardzo osłabione, daje tak samo szerokie i silne, podnoszące uderzenie, jak i serce posiadające ściany bardzo przerosłe i do tego dotknięte rozstrzenią i wadą zastawkową.

Z tych rozważań klinicznych wynika wniosek, że w a r u n k i d l a p o w s t a w a n i a u d e r z e n i a s ą t e m l e p s z e, i m w i ę k s z y j e s t n i e s t o s u n e k p o m i ę d z y p o j e m n o ś c i ą k l a t k i p i e r s i o w e j a w i e l k o ś c i ą s e r c a.

Znaczne przesunięcie, rozszerzenie i wzmocnienie uderzenia oznacza, jak wiadomo, że serce jest powiększone, to jest, że serce żyjące powiększyło swoją objętość. Niestety, bezzasadnie mówi się wówczas odrazu o przeroście serca, zamiast o powiększeniu tegoż narządu.

Serce, będąc pustym narządem mięśniowym, stosownie do chwili skurczu lub rozkurczu zmienia swą objętość. Patologiczne powiększenie objętości może nastąpić wskutek: 1) zgrubienia ścian, 2) rozszerzenia komór, 3) jednego i drugiego pospołu.

Samo zgrubienie ścian, o ile łatwo poznać anatomicznie, o tyle trudno wykazać klinicznie. Przeciwnie ma się rzecz z powiększeniem objętości serca wskutek rozszerzenia komór, ponieważ klinicznie można tę zmianę rozpoznać w sposób nietrudny, kiedy pod względem anatomicznym często nie da się wcale wykazać. Z tego więc wszystkiego wynika, że brakiem jest krytycyzmu i dokładności, jeżeli się wszystkie przypadki powiększenia serca, wykazalne klinicznie, a pozbawione przyczyny w wadzie zastawkowej lub innej jakiej dostatecznej ze stanowiska anatomicznego podstawy (zapalenie nerek, miażdżyca tętnic itd.) nazywa poprostu samoistnym przerostem serca. Na pewne nie idzie o brak rozszerzenia komór, jeżeli można stwierdzić klinicznie powiększenie objętości: a to jest rzeczą najważniejszą. Oprócz tego stanu może być jeszcze zgrubienie ścian, ale czy jest, to należy osobno badać. Przecież rozszerzenie komór nie powstaje nigdy samoistnie, w każdym przypadku musi mieć uzasadnienie mechaniczne.

Fraentzel, twórca nauki o tak zw. przeroście samoistnym serca, od samego początku kładł nacisk na różnicę w pojmowaniu klinicznem przerostu, a rozstrzeni. Przerost to objaw wyrównania, który serce czyni sprawniejszem, rozstrzeń przeciwnie oznacza osłabienie serca. Rozwój fizycznych metod badania z pomocą genialnej myśli Laënnecowskiej o przysłuchu sprawił ten skutek, że nie zwracano uwagi przez czas dłuższy na schorzenia serca, którym niedostaje objawów akustycznych (więc szmerów). Ze stanowiska samej umiejętności działo się inaczej, teoretycznie zwracano bowiem baczność na choroby serca bez zmian przysłuchowych; w praktyce przecież jeszcze dzisiaj nie darzy się głębszą uwagą cierpień sercowych, pozbawionych objawów przysłuchowych.

Często bardzo lekarz, słysząc czyste tony serca, orzeka, że w sercu nic nie brakuje, a jeżeli idzie o lekarza w kasie chorych, to nawet skłania się sam do uznania skarg chorego za przesadzone; w praktyce znów prywatnej radzi sobie wówczas lekarz powiedzeniem „troszkę otłuszczenia serca“. Nie zważa się zaś, że uderzenie koniuszkowe przekracza na lewo linię sutkową, że jest na większej przestrzeni i podnoszące, a równocześnie tętno w tętnicy sprychowej daje się łacno ugnieść.

Jeżeli, obok uderzenia szerszego i silniejszego, napięcie ścian tętnic jest prawidłowe albo podwyższone, to już oprócz rozstrzeni istnieje również wyrównawcze (kompensacyjne) zgrubienie ścian. Serca nie można wówczas nazwać prawidłowem, atoli nie zachodzi tu jeszcze wcale niewydolność mięśnia sercowego. Kiedy jednakowoż równocześnie z powiększeniem serca można wykazać obniżenie parcia tętniczego, duszność przy zmęczeniu, przyspieszenie tętna, albo przynajmniej wybitną skłonność do zmiany rytmu i ogólną niesprawność, wtenczas mamy do czynienia już ze słabością serca rozszerzonego. Zaczyna się wówczas istotna niewydolność mięśnia sercowego, a przypadki podobne zdarzają się częściej, niż się zdawać może. Pomiędzy nimi dają się odróżnić następujące postacie:

1) Ostra, względna niewydolność mięśnia sercowego wydarza się po wysiłkach w pracy lub zajęciach sportowych (jazda na kole, chodzenie po gorach, wioślarstwo wyścigowe itd.). Wówczas serce niewprawne, „niewytrenowane“, ulega łacniej pod brzemieniem wysiłku, aniżeli serce wćwiczone do tego rodzaju wymagań. Takie ostro nadmierne rozciągnięcie mięśnia sercowego wyrównywa się pod warunkiem, że na czas przyjdzie wypoczynek. Za częste rozciągnięcia w końcu doprowadzają do trwałego porażenia, tak zwana bezwzględna niewydolność. W tych przypadkach występuje zawsze owa sprzeczność pomiędzy uderzeniem a tętnem. Podnoszą ten objaw Thurn, Schott, Albu i inni i uznają wielkie jego znaczenie rozpoznawcze.

2) Osobną postać chorobową tworzyć musi ostre rozciągnięcie mięśnia sercowego, które się wydarza w tak zw. napadowem czyli samoistnem biciu serca *(tachycardia paroxysmalis seu essentialis)*, a stanowi istotny i pierwszorzędny czynnik patogenetyczny w tej chorobie. Nadmierne przyśpieszenie tętna jest już tylko wtórnym objawem dodatkowym. Rozstrzeń serca w tej postaci ustępuje nagle, a zaraz po takiej przerwie w ciągłości tego objawu znika i uderzenie, tętno wybitnie zwalnia i przybiera na sile. W tej zwłaszcza postaci owa „sprzeczność“, zaznaczająca się podczas nasilenia głównych objawów choroby, a ginąca w razie ich ustąpienia, jest bardzo ważnem znamieniem.

3) W niedawno wydanej pracy Henschen z Upsali zwrócił uwagę, że u młodych dziewcząt, z urodzenia słabowitych i nieco niedokrewnych, które idą do służby, powstaje rozstrzeń serca wskutek wysiłków cielesnych. Rozstrzeń ta wprawdzie jest podobna do rozszerzenia powstałego wskutek ostrych wysiłków, różni się przecież od tamtej postaci chorobowej tem, że rozwija się więcej powoli, a rozwinąwszy się raz, trwa czas dłuższy. Przytem cechuje się jeszcze tym szczegółem, iż u dziewcząt słabych, niedokrewnych, istnieje już usposobienie do rozstrzeni serca po wysiłkach samych przez się, nawet nie znacznych.

Przypadków takich widział też sprawozdawca już sporo. Były to po większej części młode dziewczęta, które idą do służby zawcześnie, a przytem pracują ciężko. Zwłaszcza dźwiganie ciężarów sprawia te skutki niedobre. Właściwie nie chorują wprost, ale powoli słabną, dostają bicia serca, duszności przy zmęczeniu, bólów głowy, tracą chęć do jadła, a w końcu nie są zdolne do żadnej pracy. Badanie wykazuje, obok lekkiego stanu niedokrewności lub błednicy, wspomniane objawy osłabienia serca rozszerzonego. Ta rozstrzeń serca u dziewcząt młodych z pośród ludności pracującej ma nawet większe znaczenie. Dziewczyny takie nie mogąc się utrzymać pracą własną i, popadając w coraz większą niedokrewność, ulegają albo tej chorobie, albo też wrzodowi okrągłemu żołądka.

4) U dzieci słabowitych i zołzowych powstaje nieraz słabość serca z rozszerzeniem w następstwie prawie nieuchwytnych przyczyn, tylko pod wpływem zwyczajnych podniet życia, jak np. wskutek chodzenia do szkoły. Spostrzeżenia pod tym względem są bardzo dawne. G. Sée nazwał stan ten: »*hypertrophie cardiaque, résultant de la croissance*«, jednak już klinicyści francuscy, a zwłaszcza Paul, zwrócili uwagę, że w żaden sposób nie można przyjmować w tych przypadkach przerostu serca i że jest to tylko przejściowa rozstrzeń serca. Dowodzi tego zresztą i ta okoliczność, iż nie brak również w tych przypadkach owej „sprzoczności“ pomiędzy napięciem tętnic, a uderzeniem serca. Najnowsi badacze francuscy w tej dziedzinie, Gallois i Fatout, tłómaczą rozszerzenie i wzmocnienie uderzenia serca w podobny sposób na zasadzie niestosunku pomiędzy wielkością serca, a objętością klatki piersiowej.

Słabość serca rozszerzonego występuje u dzieci nadzwyczaj często. Rozwija się na podstawie obciążenia dziedzicznego, najczęściej u dzieci zołzowych, wzrastających w niekorzystnych warunkach higienicznych. Czynnikiem, który tę chorobę obudza, jest bardzo często szkoła, która stawia dla młodziutkiego ustroju tyle wymagań. Dzieci bledną, mizernieją, skarżą się na ból głowy, a i w naukach nie czynią postępów. Badanie wykazuje, oprócz lekkiego obrzmienia gruczołów karkowych, nieznaczną niedokrewność, nieraz białkomocz i wybitny obraz osłabienia i rozstrzeni serca. Poprzednie choroby zakaźne usposabiają szczególnie do tego cierpienia. Pod względem praktycznym rozróżnić można rozmaite stopnie owej słabości serca rozszerzonego u dzieci:

Stopień 1 stanowi jakoby przejście od stanu fizyologicznego do chorobowego. Wówczas uderzenie koniuszkowe przekracza nieco tylko linię sutkową, jest podnoszące, a tętno wyraźnie słabiej napięte. Częstość tętna jest tylko nieco większa, jeżeli dzieci zachowują się spokojnie. Ale już bardzo nieznaczny wysiłek sprowadza silne przyspieszenie tętna. Każąc takiemu dziecku zejść i wyjść na schody, stwierdzamy, mimo że tylko lekko się zadyszy, podskoczenie tętna, które od pierwotnych 80—96 uderzeń wznosi się do 120—140. Wówczas podmiotowo można stwierdzić bicie serca, kiedy tętno w tętnicy sprychowej słabnie, a nawet nie da się często wyczuć. Stan ten wyrównywa się w kilku minutach.

W 2 stopniu cierpienia, który jest już wybitnie zaznaczonym stanem patologicznym, nie brak już i podczas spokoju bicia serca z rytmem wahadłowym. Serce trwale rozszerzone sięga już do przedniej linii pachowej. Sprawozdawca miał sposobność badać wiele podobnych przypadków w lecznicy nadmorskiej dla dzieci zołzowych w Mueritz. Oczywiście natychmiast należy zabrać dziecko takie ze szkoły i odpowiednio leczyć.

5) U dorosłych, z czynników sprowadzających niewydolność mięśnia sercowego, w pierwszym rzędzie należy wymienić wyskok. Owe „serca piwne“ monachijskich piwoszów, opisane przepysznie przez Bollingera i Bauera, są przykładem stanu końcowego zawikłanej sprawy, złożonej z czynników toksycznych i mechanicznych, polegającej na nadużyciu wyskoku. Obok nadzwyczajnego przerostu ścian i komory odznaczają się niemałem rozszerzeniem, a rozstrzeń, co do czasu powstania, przychodzi do skutku przed przerostem.

Spostrzeżenia Aufrechta dowodzą, że serce opojów może doznać porażenia czynności wprzód, nim jeszcze przyjdzie do trwałych zmian anatomicznych w mięśniu sercowym. Jest to więc typowy przykład toksycznej niewydolności mięśnia sercowego, która to jednak niewydolność może zupełnie ustąpić, jeżeli się usunie czynnik szkodliwy, jakim w tym przypadku jest wyskok.

W końcu rozbiera jeszcze sprawozdawca w krótkości zagadnienie, czy i w jaki sposób można się ustrzedz przed niewydolnością czynnościową mięśnia sercowego? Granice odporności serca wahają się znacznie, stósownie do osobnika. Przeto i w rozrywkach sportowych należy zachować wielką ostrożność. Do najsilniejszych przecież szkodliwości, zachwiewających odporność serca, należy zatrucie wyskokiem ostre i przewlekłe, aczkolwiek u niektórych ludzi przechodzi bez następstw.

Ciąg dalszy nastąpi.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 czerwca.

* Znany już czytelnikom naszym memoryał Izb lekarskich: wiedeńskiej, morawskiej i dolnoaustryackiej znalazł najżyczliwsze przyjęcie u prezydenta ministrów austryackich

Hr. Thun przeszedł szczegółowo każdy punkt memoryału, oświadczył się za istotną potrzebą rewizyi obowiązującej Izby lekarskie ustawy, a w szczególności uznał za konieczne rozszerzenie praw dyscyplinarnych Izb, jako warunek niezbędny do skutecznego wypełniania zadań tej instytucyi.

— Wydawnictwo »Gazety Lekarskiej« ofiarowało Bibliotece Towarzystwa lek. krak. sześć, a wydawnictwo »Medycyny« trzy roczniki swego czasopisma. Za ten hojny dar składam obydwom wydawnictwom, oraz kol. Wł. Janowskiemu, który dar ten łaskawie nam wyjednał, najuprzejmiejsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Na berliński Kongres międzynarodowy do zwalczania gruźlicy przybyło 300 lekarzy niemieckich i 200 obcokrajowych.

* W Wiedniu urządzono gorącą owacyę drowi Braunowi, profesorowi kliniki położniczej, który dobiegł 70 lat życia.

* Wyznać należy, że oświadczenie Virchowa, jakoby dżuma nie miała już nigdy zagrażać Europie, nie zupełnie się ziszcza. Niezawodnie, szerzenie się dżumy jest powolne, ale tem nie mniej jest, czego najlepszym dowodem wybuch tej choroby w Egipcie, u wrót morskich państw europejskich. Zważywszy na obecną gorącą porę roku w Afryce i na nadzwyczajnie ożywione stosunki komunikacyjne Europy z Egiptem, przez który przechodzi szlak morski z Indyi i innych krajów dalekiego Wschodu, zachodzi istotna potrzeba zwiększenia liczby i czujności sanitarnej policyi morskiej i ustanowienie ostrej kwarantany na okręty, przybywające z okolic zakażonych.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XX (od 14 do 20 maja). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 83,730. Zawarto w tym czasie małżeństw 19 (11,8); urodzin było 70 (43,47); skonów 56 (34,78). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 36:20, u starozakonnych 5:9.

W tygodniu tym wybitniejszą już liczbę śmierci (7) spowodowało ostre zapalenie żołądka i kiszek u niemowląt (*cholera infantum*). Z błonicy i odry umarło po 1 osobie. Innych chorób zakaźnych niema.

* W Prusach wydano rozkaz do władz prowincyonalnych, ażeby najpilniejszą zwróciły uwagę na fabrykacyę margaryny, szczególnie na przeróbkę tego spożywczego materyału. Okazało się bowiem, że z różnych powodów zwróconą margarynę, przerabiają w fabrykach z dodatkiem kwasu borowego i soli borowych i to w ilości tak znacznej, że jest szkodliwą zdrowiu.

* W Nowym Yorku podał niejaki Cassy nowy pomysł do prawa karnego przeciw występkowi zgwałcenia. Ponieważ dawniej proponowane trzebienie gwałcicieli spotkało się z zarzutem nieludzkości, Cassy proponuje, ażeby każdego, przekonanego o występek zgwałcenia, skazywać na zamknięcie w domu karnym na 5—20 lat; w ciągu pierwszego roku odsiadywania kary zaproponować skazanemu wytrzebienie, któremu, gdyby się poddał, bezzwłocznie zostałby uwolniony. Projektodawca sądzi, że rzadko znalazłby się taki, któryby za taką cenę nie poddał się dobrowolnie (?) wytrzebieniu; w ten sposób, sądzi Cassy, zarzut nieludzkości miałby upaść.

* Czterdziestu lekarzy w nowym Jorku zawiązało Komitet, do którego weszli przedstawiciele 16 Towarzystw lekarskich miejscowych, a to w celu zebrania kapitału na wystawienie pomnika wynalazcy »tubusa«, drowi O'Dwyerowi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwersytecie Jagiell. otrzymał Stefan Isterewicz.

* Dr. Apostolus Mavrogenis, lekarz w Atenach, obchodził setną rocznicę swoich urodzin.

Nekrologia: Zmarli: Dr. Poras, starszy lekarz powiatowy, zmarł nagle w Czerniowcach. Dr. Ulry, kierownik kliniki okulistycznej w Bordeaux. Prof. Thomas, prof. kliniki lekarskiej w Tours.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 21: Neugebauera Fr.: Pięćdziesiąt małżeństw, zawartych wskutek mylnego określenia płci pomiędzy mężczyzną a wrzekomym obojnakiem męzkim, lub kobietą a wrzekomym obojnakiem żeńskim. Kilka spraw rozwodowych wskutek *»erreur de sexe«*. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 10: Dr. Sędziaka J.: Zaburzenia krtaniowe w wiądzie rdzenia.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. Rydygier L.: O zapaleniu otrzewnej. (*Odczyty kliniczne*, zeszyt 4, 1899).

— Dr. Bregmann L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. (Odbitka z *Kroniki Lekarskiej*, 1898).

— Sonnenberg E.: Nowy przyrząd do mięsienia gruczołu krokowego. (Odbitka z *Medycyny*).

— Dr. Hrdlička A.: Anthropological investigations on one Thousand White and Colored Children of Both Sexes. (New-York, 1899).

— Skłodowski J.: O niedrożności przewlekłej kiszki cienkiej. (Odbitka z *Przegl. chirurg.*, 1899).

— Dr. Nartowski M.: Ein Fall von Arthroneuralgie. (Odbitka z *Wiener med. Woch.*, Nr. 21, 1899).

— Prof. Trzebicky R.: Fremdkörper in der Blase von Männern. (Odbitka z *Centralblatt für Chirurgie* Nr. 19, 1899).

— Doc. dr. Bossowski A.: W sprawie wrodzonych nieprawidłowości jelita esowatego u dzieci. (Odbitka z *Przegl. Lekar.*, Nr. 18, 1899 rok).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 7 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem w klinice chirurgicznej, — posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Kol. Dr. Rutkowski przedstawi kilku chorych, operowanych w klinice chirurgicznej; 2) Kol. Doc. Ciechanowski demonstrować będzie parę rzadkich preparatów anatomicznych; 3) Kol. Doc. Raczyński będzie miał odczyt: W sprawie gruźlicy u dzieci.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1.27.

OBWIESZCZENIE.

Zgodnie z reskryptem Wydziału kraj. z 5 kwietnia br. L. 14338 i uchwałą Rady pow. z dnia 19 b m. rozpisuje się niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego w Uściu zielonem** dla gmin: 1) Uście zielone, 2) Międzygórze, 3) Trościaniec, 4) Baranów, 5) Kraściejow, 6) Zadarow, 7) Bobrowniki, 8) Ladzkie, 9) Niskołyzy, 10) Łazarówka, 11) Łuka ad Uście z.

Lekarz okręgowy w **Uściu zielonem** obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową tak długo, dopóki tamże nie zostanie otwartą apteka publiczna.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na objazdy 300 złr. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść należycie udokumentowane podanie do tutejszego Wydziału powiatowego w terminie do **30 czerwca b. r.**

Do podań należy dołączyć:

1) metrykę urodzenia na dowód, że petent nie przekroczył 40 lat;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) świadectwo lekarskie potwierdzone przez c. k. lekarza powiatowego, że petent jest dostatecznie fizycznie zdolny do pełnienia funkcyi lekarza okręgowego;
4) świadectwo z odbytej najmniej 2-letniej praktyki lekarskiej i
5) wykazać się, że petent ma prawo obywatelstwa austryackiego i zna oba języki krajowe.

Z Wydziału powiatowego

Buczacz, 23 maja 1899 r. 157

Wydział powiatowy w Wieliczce na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Świątnikach górnych* (w powiecie politycznym Podgórze), z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr., z obowiązkiem utrzymania apteki domowej. Posada nadaną zostaje od dnia 1 lipa b. r. Podania należy wnosić do dnia 10 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej Sokalskiej na posadę lekarza okręgowego w *Warężu* miasteczku. — Płaca roczna 500 złr. — ryczałt na objazdy 300 złr. Podania wnosić do dnia 5 czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie, podania do 15 czerwca br.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Andrychowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. — Podania wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 20 czerwca 1899 r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 10 Czerwca 1899. Nr. 23.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4	„ 40	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2	„ 20	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 10 Czerwca 1899. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Słowo wstępne, wypowiedziane przy rozpoczęciu wykładów higieny na Wszechnicy lwowskiej

przez

prof. St. Bądzyńskiego.

Prawie wprost z pracowni naukowej, od badań doświadczalnych zmierzających wprawdzie, jak każda praca ludzka, ku dobru powszechnemu, lecz oderwanych od tych najbliższych codziennych zadań życia, staję tu przed Panami na tem zaszczytnem stanowisku, by jedno z tych zadań spełnić, by podjąć pracę na polu, na którem sił moich nie próbowałem. Staję tu z niepokojem, abym wywiązał się z niej tak, jakbym pragnął ku pożytkowi publicznemu; bo mam nietylko pośredniczyć pomiędzy tym światem oderwanych badań naukowych a Wami, lecz i przygotować Was do tego, byście zdobycze tego świata dalej szeroko w społeczeństwo nieśli.

Bo żadna może z gałęzi doświadczalnej wiedzy lekarskiej nie jest tak blizką jednostkom i ogółowi, żadna może nie wnika tak głęboko i szeroko w życie ludzkie, jak właśnie ta, z którą Was zaznajamiać zamierzam.

Przedmiot, którym będziemy się zajmowali, jest wszak, by wyrazić się najogólniej, nauką o zachowaniu życia.

Jak każde ciało, którego atomy znajdują się w stanie ruchomej równowagi, usiłuje zachować ten stan, póki nie dostanie się w sferę innego ruchu, póki silniejszy czynnik równowagi tej nie naruszy, podobnie ma się rzecz i z życiem. Instynkt zachowania życia, który wraz z życiem otrzymujemy, jest jakby usiłowaniem zatrzymania tego stanu równowagi.

Żyjemy i żyć musimy, bo przeznaczeniem naszem jest ten stan fizyczny wyżyć, wyżyć w całej pełni aż do końca, gdy czynnik silniejszy, śmierć, kres mu położy.

Umierać musimy, bo śmierć tkwi jakby w istocie życia naszego, w tej napiętej równowadze, w tym ruchu atomów wewnątrz komórki, który treść życia naszego stanowi.

Bo przemiana materyi w ustroju, w komórce pojedynczej, która jest treścią życia ustroju i komórki, czyż nie jest poszczególnym przejawem powszechnego zjawiska przemiany materyi w wszechświecie? Nie może więc być zadaniem jakiejkolwiek nauki usunąć śmierć z rzędu zjawisk przyrody. Zadaniem jednak higieny jest badać i wskazywać drogi, w jaki sposób może być osiągnięty ideał, by ustrój wyżył się całą pełnią sił swoich fizycznych, a więc w zdrowiu, aż do tego naturalnego kresu. Do tego ideału bardzo nam jeszcze daleko.

Statystyka wykazuje zgodnie dla wszystkich prawie krajów, iż w wieku dojrzałym największa śmiertelność przypada na wiek lat 70-ciu; wnosić by więc należało, iż wiek ten jest przeciętnie dla zdrowych ludzi kresem życia. Gdybyśmy w samej rzeczy za taki go uważali, to przy idealnie prawidłowem zdrowiu i zastąpieniu każdego zgonu urodzeniem, z 1000 umierałoby rocznie 14·3 osób. Dosyć jednak rzucić okiem na tablice śmiertelności nawet tych krajów, gdzie warunki zdrowotności są pomyślniejsze, by przekonać się, że z 1000 żyjących umiera rocznie 2 i 3 razy więcej, w Niemczech np. 29, we Włoszech 30, w Austryi 33. Gdy przyjrzymy się tym tablicom, to spostrzeżemy nadto, że nie wiek lat 70-ciu, lecz wiek niemowlęcy najwięcej przypadków śmierci wykazuje. A gdy rozejrzymy się dalej w tej statystyce, to zobaczymy, że w wieku niemowlęcym śmierć wprawdzie najwięcej ofiar zabiera, lecz że i wiek dojrzały jej daninę składa, że wreszcie stosunkowo nieznaczna część przypadków śmierci przypada na uwiad starczy. W Prusach n. p. statystyka ta podaje, iż na 100 umierających, 10 osób umiera ze starości. Gdy odtrącimy jeszcze 10 przypadków śmierci z niewyjaśnionych przyczyn, to wypadnie, iż ze 100 osób umierających, około 80 pada w sile wieku ofiarą chorób. Dosyć powiedzieć, iż z tej samej statystyki pruskiej wynika, że z 100 przypadków śmierci około 15 przypada na drgawki niemowląt, około 12 na gruźlicę, około 6 na błonicę, a reszta (47) na inne choroby, że wreszcie statystyka różnych krajów wykazuje, że nagły wybuch zakaźnych chorób w poszczególnych krajach i różnych latach, liczby śmiertelności i ten stosunek śmierci z chorób do normalnego idealnego stanu, jeszcze bardziej na niekorzyść tego ostatniego zmienia.

Czyżby to był nieunikniony bieg rzeczy? Nie! bo szczegółowe statystyki przekonywają, że znaczna śmiertelność w wieku niemowlęcym nie jest zjawiskiem powszechnem, że u klas zamożniejszych i oświeceńszych śmiertelność niemowląt jest nieznaczną, w niektórych krajach nawet znikomą i że równolegle śmiertelność w tych właśnie krajach jest niską; w Szwecyi np. wynosi 19 na 1000, w niektórych okręgach Anglii nawet 17 i 16.

A więc są przyczyny, które przeszkadzają wyżyć życie prawidłowo aż do kresu.

Przyczyn tych szukać należy w otoczeniu naszem. Otoczenie oddziaływa na ustrój. Poznanie tych różnorodnych czynników, wśród których człowiek żyje i ich oddziaływania fizycznego na ustrój, jest zadaniem higieny. Podejmując badania w tym kierunku, higiena dotknąć musi zakresu fizyologii, a nie może nie dotknąć też patologii. Podczas jednak gdy punkt ciążenia tych ostatnich nauk leży w badaniu skutków wpływów zewnętrznych w ustroju samym, w ich przejawach wewnątrz ustroju, punkt ciężkości badań higienicznych znajduje się raczej na zewnątrz, w badaniu samych czynników. Przeprowadzenie granic ścisłych tak między temi gałęziami wiedzy, jak i w innych podobnych wypadkach,

może mieć tylko praktyczne, pedagogiczne cele na oku, lecz nie oddzielanie od siebie obu zjawisk, ani tem mniej wskazywanie granic badaniu.

Życie, jak mówiliśmy, jest stanem napiętej równowagi, nieustannym ruchem atomów w subtelnie zbudowanej drobinie pierwoszczy. Wyrazem tego ruchu są procesy syntezy i rozkładu, które odbywają się wciąż, przeplatając się wzajemnie, dopóki życie trwa, bo treść jego stanowią. Z tego wynika, że ustrój ludzki znajduje się w stosunku ciągłej wymiany materyi z otoczeniem, wciąż coś z otoczenia bierze, wciąż coś mu oddaje; bierze tlen z powietrza, którem oddycha, pożywienie, wodę, a oddaje przetwory, wynikające z przemiany materyi, a więc kwas węglowy i wszelkie inne wydzieliny. To jest materyalna podstawa stosunku człowieka do przyrody. Wskutek oddziaływania wzajemnego ustrój przystosował się do pewnych warunków otoczenia. Każda zmiana tych warunków wpływa na ustrój, naruszając jego stan równowagi i, jeżeli czynnik jest dostatecznie silny, lub stan równowagi ustroju zbyt ruchomy, czyli podrażliwość zbyt wielka, następuje wykolejenie z tego stanu, czyli uszkodzenie zdrowia.

Jakie są te czynniki, które oddziaływają?

Powietrze dostarcza ustrojowi tlenu, lecz przeładowane kwasem węglowym, staje się do oddechania niezdatnem, utrudniając wymianę gazów w płucach, a zawierać może i przypadkowe składniki, dla zdrowia szkodliwe, jako to: tlenek węgla, siarkowodór. Oddziaływają nadto na ustrój zawarte w powietrzu cząstki stałe, a więc pył wszelkiego rodzaju, organiczny czy nieorganiczny, oraz drobnoustroje w powietrzu rozprószone, wreszcie ciepłota powietrza, stopień wilgoci jego, ciśnienie, a więc wszystko, co się na klimat składa.

Wody w przyrodzie szukamy, bo jest ona niezbędnym składnikiem ustroju, bo wreszcie potrzebną jest w gospodarstwie domowem do usuwania odpadków, dla utrzymania czystości; w zmienności składu chemicznego wody, w zawartości pasorzytów i drobnoustrojów mamy znowu czynnik, zdolny oddziałać na zdrowie nasze. Woda w istocie pośredniczy w rozpowszechnianiu się cholery, bardzo prawdopodobnie też w szerzeniu się duru brzusznego, wreszcie woda też jest środowiskiem, które bierze udział w roznoszeniu pasorzytów zwierzęcych, że wymienię tu tasiemca.

Ziemia jest żywicielką naszą, lecz oddziaływają też na nas i jej własności fizyczne. Większa lub mniejsza porowatość, stan wilgoci, zawartość przetworów, pochodzących z rozkładu flory i fauny, oraz odpadków gospodarstwa ludzkiego, dostarcza więcej lub mniej okazyi, czy to do przenoszenia zarazków za pośrednictwem pyłu powstającego na jej powierzchni, czy to do rozwoju ich, jako to np. zarazka zimnicy.

W pokarmach, które z przyrody otaczającej bierzemy, w ilości ich i wyborze właściwym według 3-ech głównych składników chemicznych: białka, tłuszczu i węglowodanów, w przyrządzaniu są zawarte czynniki wpływu na zdrowie ludzkie. Stosowanie ciepła przy przyrządzaniu pokarmów chroni nas wprawdzie w wielu wypadkach od przenoszenia zarazków za pośrednictwem pokarmów, dalecy jednak jeszcze jesteśmy od ścisłego stosowania tych środków zapobiegawczych. Zakażenie włośniami (trychinami), tasiemcem lub bąblowcem, wreszcie tak częste zakażenie gruźlicą za pośrednictwem mleka, a także rozpowszechnienie się tą drogą błonicy wskazuje to dobitnie.

Działanie tych czynników na ustrój ludzki jest fizyczne, czyli mechaniczne, lub chemiczne, bo działanie drobnoustrojów przecież też tylko mechanicznem albo chemicznem być może. Jedne bakterye tworzą ogniska wewnątrz ustroju, zakłócając mechanicznie czynności narządów, że wymienię tu z najpowszedniejszych pneumokoki i gronkowce. Inne wywołują nieznaczne tylko zmiany fizyczne, wytwarzają natomiast jady i ztąd objawy zatrucia — intoksykacye; takiemi są bakterye tężca, oraz błonicy. Inne wreszcie, powodując zmiany fizyczne w narządach, zatruwają równocześnie powoli, lecz stale, ustrój wydzielanymi przetworami chemicznymi, jak to ma miejsce n. p. z prątkami gruźliczymi, jak to prawdopodobnie czynią też prątki durowe i wiele innych bakteryj.

Badając działanie czynników otoczenia na ustrój ludzki, higiena dać nam też może odpowiedź, jak ustrój ludzki ma się zachowywać względem tych wpływów. I może ona odpowiedzieć w samej rzeczy, jak człowiek broni się od szkodliwych wpływów, bądź usuwając je, — (tu wspomnieć wypada o antyseptyce i aseptyce, które będąc zdobyczą higieny, tak wielkie zasługi terapii oddają), bądź zmieniając we właściwy sposób otoczenie swoje, jak wreszcie zwalcza je, starając się podnieść swą siłą odporną.

Oddziaływanie poszczególnych ustrojów na każdy czynnik jest, jak wiadomo powszechnie osobniczem (indywidualnem). Te różnice w odpowiadaniu na pewne czynniki występują szczególnie wyraziście przy porównaniu zachowania się ustrojów z różnych gatunków lub grup zwierzęcych. Kafeinę, której dawka 1 cgrm. na kilo wagi u człowieka wywołuje bardzo poważne zaburzenia w ustroju, znoszą króliki w dawkach 20 razy większych. Gdy świnki morskie padają ofiarą każdego wstrzyknięcia bakteryj gruźliczych, króliki zachowują się względem prątków gruźliczych odpornie.

Podobne, może tylko nie tak jaskrawe, różnice w zachowaniu się względem tego samego czynnika spostrzegamy pomiędzy poszczególnymi osobnikami ludzkimi. Określamy to jako większe lub mniejsze usposobienie lub odporność względem choroby. Tak usposobienie, jak i odporność bywa właściwością rasy, plemienia, rodziny wreszcie, a więc dziedziczy się.

Z drugiej strony jednak nabywa się, a nabyta znowu dziedziczyć się może. W nabywaniu odporności leży środek do zwalczania usposobienia.

Bo gdy usposobienie spoczywa w rozluźnieniu równowagi atomów w drobinie pierwoszczy, to przez wzmocnienie go usuniemy punkt zaczepienia dla uszkodzeń z zewnątrz. Ztąd to podniecenie procesów przemiany materyi w ustroju przez pracę fizyczną i ćwiczenia fizyczne, przez hartowanie, tak skutecznie wzmacnia ustrój i wzmaga jego odporność.

Odporność względem bakteryj w pewnym stopniu właściwą jest zresztą każdemu ustrojowi, każda bowiem bakterya chorobotwórcza wywołuje w organizmie odczyny chemiczne, które im przeciwdziałają. Te związki przeciwdziałające możemy wytworzyć też w ustroju zwierzęcym i, wprowadziwszy je do ustroju ludzkiego, uodpornić go sztucznie względem wielu bakteryj chorobotwórczych.

Gdy wpływy, oddziaływujące na ustrój z zewnątrz, są fizyczne i chemiczne, to i metody badania higiena zapożyczyć musi od tych nauk.

Skoro drobnoustroje stanowią tak potężną część czynników, zagrażających zdrowiu ludzkiemu, nic dziwnego, że

nauka o drobnoustrojach tak poważną część higijeny stanowi. Lecz poznanie drobnoustrojów nie może być wyłącznym celem i kresem badań higienicznych.

Badanie składu powietrza i zmian chemicznych, w niem zachodzących, uskutecznia się zapomocą metod chemicznych. Chemicznemi metodami posługujemy się przy badaniu gruntu; one przeważnie rozstrzygają o zdatności do użytku wody. Tylko chemiczne metody wreszcie pozwalają nam wniknąć w procesy żywienia, ustanowić jego normy, wskazywać wybór pokarmów i czuwać nad sprawą zaopatrywania zbiorowości w środki spożywcze. Gdy sięgniemy wreszcie głębiej do istoty wpływu drobnoustrojów na ustrój, to, jak widzieliśmy, jest on w wielu wypadkach wyłącznie, w większej części wypadków w znacznym stopniu, — chemiczny, widzieliśmy bowiem, iż w większej części chorób, wywołanych przez drobnoustroje, działają na ustrój nie tyle bakterye same, ile przetwory z ich przemiany materyi wynikłe. Zbadać zaś te przetwory można tylko zapomocą metod chemicznych.

Nie zaszliśmy jeszcze wprawdzie daleko na tej drodze, lecz mamy do zaznaczenia znaczne postępy od tego czasu, gdy Gautier przypisywał to działanie otrzymanym przez siebie leukomainom i ptomainom, gdy Nencki kollidynę, a Brieger putrescynę, kadaweryne i mytilotoksynę otrzymał. Jeżeli nie posunęliśmy się daleko, to dlatego, że zadanie nie jest tak proste, jak wyobrażali sobie wymienieni chemicy (Gautier i Brieger), którzy pierwsi rozwiązać je usiłowali; oraz dla tego, że chemik znalazł się na gruncie tak nowym, że używane przez niego dotychczas metody badania zawodzą.

Jeżeli jednak wiemy dziś, że te czynniki działające są to nie proste ciała krystaliczne, lecz bardzo złożone związki, często o naturze białkowej lub białku pokrewnej, to możemy mieć nadzieję, że te nazwy, dziś bez treści, jak toksyna błonicza, toksyna tężcowa, tuberkulina — pozwolą nam coś realniejszego sobie wyobrażać.

Jak bakterye działają na ustrój przetworami chemicznymi, tak ustrój odpowiada im też odczynem chemicznym. Antytoksyny, aleksyny, lysiny — są to również dziś tylko imiona hipotetycznych związków, których nikt otrzymać nie zdołał, o nieznanych przeto własnościach chemicznych. Lecz i tu postępu dokonano, że wspomnę o usiłowaniach zobojętniania toksyn, a to w szczególności o najnowszych próbach Nenckiego uskutecznienia tego przez poddawanie roztworów zawierających toksyny (błonicy i tężca) działaniu soków trawiących. Nauka o uodparnianiu ustroju przeciw bakteryom, o zwalczaniu drobnoustrojów w organizmie, zrobi niezawodnie postępy wielkie, gdy związki te zbadane będą, a tu znowu higiena pomocy chemika potrzebuje.

Co więcej, przy badaniu bakteryj samych nawet na zewnątrz ustroju, zawodzą metody, stósowane w botanice i zoologii. Przy braku różnicy w postaci zewnętrznej, gdy pierwotna klasyfikacya według form na prątki, koki, przecinki nie wystarcza dla wielkiej mnogości bakteryj, według sposobu ugrupowania wreszcie na paciorkowce, gronkowce też zawodzi, gdy zawodzą inne metody obserwacyi zewnętrznego życia drobnoustrojów, bakteryolog uciekać się musi do pomocy chemii, musi uczyć się obserwować życie we wnętrzu komórki poszczególnych drobnoustrojów. Wszak codzienne spostrzeżenie wskazuje mu, że pewne bakterye potrzebują właściwego podłoża, ażeby żyć i rozmnażać się mogły, właściwych składników w tem podłożu; że wreszcie różne drobnoustroje, potrzebując właściwego pokarmu, w właściwy sobie sposób go zużytkowują i przerabiają, wytwarzając swoiste przetwory chemiczne. W samej rzeczy dziś już posiłkujemy się odczynem chemicznym dla scharakteryzowania przecinków cholery; zapomocą odczynu chemicznego rozróżniamy prątki durowe od *bacterium coli*. Zasada odczynu Widala spoczywa też na działaniu chemicznem antytoksyn, wytworzonych w ustroju przez bakterye.

Gdy zastanawialiśmy się dotychczas nad otoczeniem człowieka i oddziaływaniem otoczenia, to mówiliśmy o działaniu nań przyrody otaczającej. Gdy jednak człowiek stał się członkiem zbiorowości, gdy przez tę zbiorowość podnosił się wciąż na wyższe szczeble i równocześnie wiązał się z nią coraz silniej, wpływ na niego przyrody stał się mniej bezpośrednim. Powierzchnia jego indywidualnego stykania się z przyrodą ograniczyła się, bo począł stykać się z nią, jako ciało zbiorowe.

Badając więc wpływ czynników przyrody na człowieka, nie podobna go ze zbiorowości wydzielić. Wszak rozwój kultury, który wynikł z życia zbiorowego, unaocznił nam potrzebę środków higienicznych. Organizacya zwalczania zarazy i chorób zakaźnych, szpitale, przepisy sanitarne dla szkół, dla przemysłu, asanizacye miast przez właściwe usuwanie odpadków gospodarstwa ludzkiego, czy to przez kanalizacyę, czy to w inny sposób, przez zbiorowe zaopatrywania w wodę, przez dozór nad środkami spożywczymi, — oto są zdobycze życia zbiorowego. Gdy życie zbiorowe wciąż koryto swoje rozszerza, obejmując coraz szersze koła, coraz szersze warstwy ludności, nie podobna higieny społecznej wyłączać z zakresu higieny ogólnej.

Zaciśnięcie węzłów, łączących nas z zbiorowością mniejszą lub większą, w celu ukrzepienia tejże zbiorowości i ułatwienia walki z przyrodą o zachowanie i rozwój gatunku, a więc i o byt i rozwój indywidualny, jest postulatem, do którego nie tylko dążyć winniśmy, lecz w imię dobrze zrozumianego interesu dążyć musimy.

Gdy będziemy go mieć na oku, małostkowymi wydadzą nam się spory wszelkie i zarzuty, iż higiena, wychodząc z sentymentalnego humanitaryzmu, stara sie *coûte que coûte* utrzymać przy życiu jednostki słabe, do życia niezdatne, że przeto, łagodząc wpływ pierwiastku walki o byt, osłabia siłę żywotną organizmu zbiorowego. Higiena nie tylko słabym, lecz i silnym z jednaką pomocą przychodzi. Ofiarą zarazy padają nieraz bez wyboru zarówno silne jednostki, jak i słabe. W wojnach dawniejszych, gdy nie stósowano zapobiegawczych środków sanitarnych, zastępy całe wojsk, a więc pod względem fizycznym wybór społeczeństwa, padały ofiarą chorób zakaźnych. Dosyć przytoczyć, iż podczas ostatniej wojny prusko-austryackiej w 1866 r., na 100 żołnierzy pruskich poległych, 145 padło ofiarą chorób. Jeżeli dzięki zdobyczom higieny udaje się zapobiegać takim zjawiskom, to jest to jedno ze zwycięstw człowieka nad przyrodą. A jeżeli osiągniętem ono zostało wskutek inicyatywy, która wypłynęła z pobudek humanitarnych, to wskazuje to tylko, jaką drogą postępy kultury osiągnąć się dają.

Rozpowszechniać jak najszerzej zasady higieny i wprowadzać je w życie musimy nie tylko dla pobudek humanitarnych, nietylko dla tego, że bliźni nasz wskutek ciemnoty narażony jest na pędzenie nędznego charłaczego żywota i że,

wskutek tejże ciemnoty, co chwila wystawiony jest na utratę zdrowia i życia, także nie tylko dla tego, że chcemy, by naród nasz był krzepki i dzielny i mógł przez tę krzepkość wyzyskać należycie bogate pierwiastki zasobów swoich duchowych; lecz dlatego, że nie możemy od tej zbiorowości, w której żyjemy, jakąś nieprzebytą przegrodą się oddzielić. A dopóki obok nas najpierwotniejsze wymogi zdrowotności lekceważone będą, nasze usiłowania, by zabezpieczyć się od szkodliwych wpływów zewnętrznych, zawsze będą w skutkach ograniczone.

Tak Was Panowie, którzy na stanowiskach waszych przyszłych cierpienia ludzkie leczyć będziecie, jak i Was, którzy pełnić będziecie czynności urzędników zdrowia, czeka wielkie, nietylko humanitarne, lecz cywilizacyjne zadanie lekarza przyszłości, czuwania nad zdrowiem ludzkiem.

Jak tu na ławie szkolnej, gdzie Was nic nie dzieli, tak i później podać sobie musicie ręce do wspólnej pracy około wspólnego celu.

Nie mojem zadaniem będzie Was w tej pracy prowadzić. Szczęśliwym będę, gdy wtajemniczając Was w zdobycze higieny, zaznajamiając Was z metodami badania, wzbudzę u Was zajęcie dla tej gałęzi wiedzy, gdy wreszcie, choćby i w małem gronie, skupimy się razem około celu badania i rozszerzania zakresu naszej nauki, bo reszta sama się znajdzie, bo ognisko nasze duchowe na zewnątrz samo promieniować będzie.

II. Z kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. prof. Dra Jordana.

O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika.

Napisał

Docent Dr. L. Świtalski.

(Dokończenie).

Nader tylko wyjątkowo zdarza się, aby w skręt została wciągnięta macica i więzadło okrągłe. Taki przypadek[1]) mieliśmy sposobność spostrzegać, a ponieważ wzbudza on wielkie zainteresowanie, więc pozwolę go sobie tutaj dokładniej opisać.

A. M., lat 35. Rodziła 6 razy; 5 razy prawidłowo, ostatni zaś poród, który odbył się w maju 1897 r., miał być cięższy, niż poprzednie, trwał bowiem 24 godzin, skończył się jednak siłami natury. Brzuch po ostatnim porodzie pozostał większym, niż po porodach poprzednich. W ostatnim połogu wystąpiły w dolnej części brzucha po stronie prawej bóle kłujące, które po dwu tygodniach ustąpiły.

Przed trzema miesiącami zauważyła chora guz w brzuchu. W pierwszej połowie października 1897 r. wystąpiły u niej nagle b. silne bóle dołem i dreszcze, które zmusiły ją do położenia się do łóżka. Po dwu dniach bóle ustąpiły tak, że chora mogła wstać i oddawać się zwykłej pracy. Dnia 23 października bóle się powtórzyły z daleko większem jednak nasileniem, wystąpiła gorączka i wymioty i chora wtenczas zgłosiła się do kliniki.

Badanie dnia 26/X wykazało: ciepłota podniesiona, tętno 120. Brzuch przy ucisku bardzo bolesny, wypuklony przez guz, mający cechy torbielaka, sięgający na szerokość 2 palców poniżej wyrostka mieczykowatego. Pochwa prawidłowa, część pochwowa drobna, na $^1/_2$ falangi długa, ujście poprzeczne niedrożne dla palca. Trzon macicy zdaje się być wielkości prawidłowej i jest skręcony około osi podłużnej tak, że brzeg lewy macicy zwrócony jest całkiem ku tyłowi, brzeg zaś prawy przylega ściśle do guza tak, że go od niego nie można odgraniczyć.

[1]) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu krak. Tow. ginek. *Rocznik VII 1897, str. 67.*

Rozpoznano: *Kystoma ovarii dextri, torsio trunci et uteri subsequ. peritonitide.*

27/X Laparotomia. Po przecięciu powłok brzusznych, dosyć silnie surowiczo obrzękłych, stwierdzono, że w jamie brzusznej znajduje się guz wielkości głowy, prawie na całej powierzchni pozlepiany z przednią ścianą jamy brzusznej, jelitami i mocno przekrwioną i zgrubiałą siecią. Guz wychodzi z jajnika prawego, jajnik i trąbka po stronie lewej zwrócone ku tyłowi, zachowują się prawidłowo; trzon macicy w całości skręcony tak, że brzeg lewy zwrócony jest ku tyłowi. Po oddzieleniu zlepów, wytoczono guz na zewnątrz jamy brzusznej, przyczem się przekonano, że otrzewna ścienna i trzewna na znacznej przestrzeni mocno przekrwiona, była pokryta podobnie jak i powierzchnia guza licznymi złogami wypociny włóknikowej. Szypuła guza była skręcona o $1^1/_2$ raza od strony lewej ku prawej, a w skręt dolny została wciągnięta prawa część trzonu macicy wraz z częścią więzadła okrągłego.

Po odkręceniu szypuły i guza obraz był następujący: dolna część guza, górna prawa część trzonu macicy i część więzadła szerokiego, przylegająca do górnej części macicy, zlane są w jeden guz wielkości średniej pięści, ciemno-czerwono zabarwiony, który powstał wskutek wylewu krwawego w utkanie macicy, w tkankę łączną pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego i dolną ścianę guza. Więzadło okrągłe prawe na długości kilku ctm. jest znacznie zgrubiałe i ciemno-czerwono zabarwione wskutek wynaczynienia. Trąbka prawa znacznie wydłużona (21 ctm.), ciemno-czerwono zabarwiona, w $^2/_3$ częściach od macicy taśmowato spłaszczona wskutek ucisku powstałego przez skręcenie, w $^1/_3$ części brzusznej zaokrąglona i tu dochodzi grubości palca. Prawa strona macicy od dna prawie aż do ujścia wewnętrznego, która była w skręt wciągnięta, jest barwy ciemno czerwonej, a granicę pomiędzy tą częścią macicy, a resztą, stanowi linia wiszniowo zabarwiona, widoczna na przedniej i tylnej ścianie macicy, przebiegająca ukośnie od dna prawie aż do ujścia wewnętrznego. Przed tą linią od strony prawej ciągnie się równolegle do niej płytki rowek blado-różowo zabarwiony, powstały przez ucisk brzegu części skręconej macicy. Pomiędzy prawym rogiem macicy, górną częścią prawego brzegu trzonu macicy i krwiakiem wśródwięzadłowym granicy odnaleźć nie można.

Wobec rozległego wynaczynienia wśród miąższu macicy, z obawy przed możliwą martwicą (nekrozą) dokonano odcięcia nadpochwowego macicy wraz z guzem, który przedstawiał się jako torbiel (kystoma) jednokomorowy, wypełniony gęstą krwawą treścią.

Pacyentka zmarła w trzecim dniu po operacyi z powodu zapalenia włóknikowego otrzewnej, które pomimo wycięcia guza dalej się rozwijało.

Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że pewna część macicy została w skręt wciągnięta i że w następstwie silnego ucisku przez to wywartego na naczynia przyszło do znacznego wynaczynienia wśród miąższu macicznego.

Że macica została w tym przypadku w skręt wciągnięta, należy to przypisać znacznemu zwiotczeniu jej miąższu, które można było stwierdzić na części macicy, leżącej poza skrętem. Znaczne to zwiotczenie macicy postawiłbym w związek z połogiem; skręcenie, o ile można wnioskować z wywiadów, nastąpiło wprawdzie w $4^1/_2$ miesięcy po porodzie, prawdopodobnie jednak wskutek jakichś zaburzeń, może nawet wskutek obecności guza, macica nie zwinęła się prawidłowo i nie uzyskała odpowiedniej jędrności. Przy prawidłowem zachowaniu się miąższu macicznego, wciągnięcie pewnej jej części w skręt jest prawie niemożliwem, z jednej strony wskutek znacznej jędrności miąższu macicy, a z drugiej wskutek ruchomego pomieszczenia macicy tak, że raczej w tych przypadkach przychodzi do skręcenia trzonu macicy w całości, na co zwrócił dokładniejszą uwagę w ostatnich czasach Schultze, który zebrał i ogłosił 17 przypadków, w których przy skręceniu szypuły guzów jajnikowych nastąpiło skręcenie trzonu macicy. Skręcenie to trzonu macicy, które występuje w tym samym kierunku, co i skręcenie szypuły, prócz jednego przypadku, nie przenosiło 180°.

Szyjka w tych razach nie zmienia swego położenia, a tylko w okolicy ujścia wewnętrznego powstaje skręt zacieśniający kanał szyjki w tem miejscu. W niektórych przypadkach (Schultze, Johannowský) szyjka ulega wyciągnięciu postronkowatemu i może przyjść nawet do zupełnego zarośnięcia kanału szyjki.

Następstwa skręceń szypuły guzów jajnikowych i przyjajnika mogą być rozmaite, a nietyle zależą one od wielkości skręcenia, ile od siły zaciśnięcia skrętów, wskutek czego przychodzi do ucisku naczyń biegnących w szypule, do upośledzenia, a nawet zupełnego powstrzymania krążenia.

Na 33 przypadków skręceń guzów jajnikowych nie było wybitniejszych następstw w sześciu przypadkach (17·1%), dwa razy przy dwurazowem skręceniu, raz o $1^{1}/_{2}$ raza, i trzy razy o $^{1}/_{2}$ raza. W dwu przypadkach przyszło tylko do znaczniejszego rozszerzenia naczyń żylnych w szypule i do przekrwienia w ścianach guza. Dziewięć razy wystąpiły mniej lub więcej znaczne wynaczynienia do wnętrza guza, w ścianę jego i w utkanie szypuły. Raz krwawienie do wnętrza torbielaka było tak znaczne, że wystąpiła bardzo znaczna niedokrewność, która też stała się przyczyną zejścia śmiertelnego po operacyi. Przypadki, w których w następstwie skręcenia szypuły przyszło do zejścia śmiertelnego wskutek krwotoku do wnętrza guzá, opisali Spencer Wells i Andersohn.

Nagromadzenie się w następstwie skręcenia płynu wolnego w jamie brzusznej stwierdzono w 7 przypadkach, z tego w jednym przypadku znajdował się płyn krwawy przy dwurazowem skręceniu szypuły, w jednym zaś ilość płynu była znaczniejsza. zresztą płyn nagromadził się tylko w miernej ilości. Wyjątkowo tylko może wystąpić w przebiegu skręcenia szypuły bardzo znaczne nagromadzenie się płynu, zagrażające życiu. jak to spostrzegał w jednym przypadku Schurinoff. Raz przy skręceniu torbielaka wielokomorowego o $^{1}/_{2}$ raza nastąpiło pęknięcie jednej z cyst i wylanie się treści do jamy brzusznej. Następstw nie sprowadziło to żadnych, a przypadek zakończył się wyzdrowieniem.

W 14 przypadkach stwierdzono zapalenie włóknikowe otrzewnej i świeże zlepy pomiędzy guzem a otoczeniem; w 12 przypadkach było zapalenie samoistne, w jednym towarzyszyło zropieniu, a w drugim — sposokowaceniu guza. W 11-stu przypadkach zapalenie było dosyć rozległe, w 2 rozpoczynające się.

Przyczyna zapalenia włóknikowego otrzewnej w następstwie skręcenia guzów jajnikowych nie jest dokładnie znana. Schröder uważa je za zapalenie aseptyczne dobrotliwe. Pfannenstiel utrzymuje, że zapalenie to otrzewnej należy uważać za następstwo drażnienia mechanicznego przez guz *(Fremdkörperperitonitis)*, albo też jako następstwo drażnienia chemicznego, wywołanego przez wytwory przemiany materyi w guzie, w następstwie upośledzonego krążenia.

W każdym razie należy przypuścić, że zaburzenia w krążeniu powstałe w następstwie ucisku przyczyniają się do wystąpienia zmiany zapalnej na otrzewnej, właściwa przyczyna jednak pozostaje dotąd nieznaną. Stare zrosty mniej lub więcej rozległe stwierdzono w 11 przypadkach; w 9-ciu przypadkach zaś guzy były zupełnie wolne. Raz przyszło do zropienia torbielaka u położnicy, a dwa razy do sposokowacenia *(putrescentia)*. W jednym z nich wytworzyła się komunikacya pomiędzy torbielem a jelitem tak, że po oddzieleniu guza przyrośniętego do jelita powstał otwór w całej grubości ściany jego; w drugim przypadku torbiel skórzasty tak silnie był zrośnięty z otoczeniem, że o oddzieleniu go mowy nie było i musiano tylko poprzestać na wszyciu ściany guza w ranę brzuszną, wypuszczeniu treści cuchnącej i saczkowaniu.

W dwu przypadkach szypuła, w skład której wchodziła i trąbka w miejscu ucisku powstałego przez skręcenie, uległa znacznemu ścieńczeniu tak, że w dalszym ciągu niewątpliwie byłoby przyszło do zupełnego oddzielenia guza. Takie przypadki opisali Rokitansky, Spencer Wells, Barrat, Baumgarten, Tóth. Skoro guz zostanie całkowicie oddzielony, albo gdy przyjdzie z powodu ucisku do zupełnego przerwania krążenia, to może przyjść albo do przemiany wstecznej w guzie, który się pomniejsza, marszczy, i wtedy nierzadko przychodzi wśród jego utkania do osadzenia się złogów soli wapniowych; albo może przyjść do zropienia lub sposokowacenia guza, gdy dostaną się odpowiednie drobnoustroje, albo też wytwarzają się unaczynione zrosty z otoczeniem, które pośredniczą w odżywieniu guza tak, że ten może nawet dalej wzrastać (Amann).

Jednem z rzadkich następstw skręcenia szypuły jest niedrożność jelit, a może ona wystąpić albo wtenczas, gdy guz zrośnięty z jelitem ulegnie skręceniu i pociąga równocześnie za sobą jelito (Rokitansky, Veit), albo jeżeli pętla jelitowa dostaje się w skręt szypuły i ulegnie zaciśnięciu (Rokitansky, Ribbentrop).

Z dwu przypadków skręceń torbiela przyjajnika w jednym, gdzie skręcenie nastąpiło o 360°, nie było żadnych następstw, w drugim, przy skręceniu o $2^{1}/_{2}$ raza, przyszło do znacznego wynaczynienia do wnętrza ścian guza, wśród utkania szypuły i jajnika, który, w całości krwią przesiąknięty, co najmniej pięciokrotnie się powiększył.

Na 35 skręceń szypuły guzów jajnika i przyjajnika wystąpiło skręcenie, jak to można wnosić z objawów, nagle w 17 przypadkach (48·5%).

Najczęstszym i najwybitniejszym objawem powstałego skręcenia są bóle, które wystąpiły w 31 przypadkach; u czterech tylko chorych nie było nigdy żadnych dolegliwości i tylko obecność guza w jamie brzusznej skłoniła je do szukania pomocy lekarskiej. Bóle te są następstwem ucisku nerwów, znajdujących się w szypule i są największe wtenczas, kiedy skręcenie występuje nagle; w innych przypadkach mają zwykle mierne nasilenie. Umiejscowiają się one w dolnej części brzucha lub nad odpowiednią pachwiną, niekiedy występują i w krzyżach.

U pięciu chorych występywały bardzo silne bóle napadowo, w 2—4 napadach, które trwały od kilku do kilkunastu godzin; w przerwach pomiędzy napadami chore czuły się zupełnie zdrowemi i mogły się oddawać zwykłej pracy. Po ostatnim dopiero napadzie bóle stale się utrzymywały i dopiero wtedy chore zgłaszały się do kliniki. Takie napadowo występujące bóle przy skręceniach możnaby sobie wytłómaczyć w ten sposób, że albo następuje odkręcenie szypuły, albo przynajmniej znaczne zwolnienie ucisku w skręcie, a po pewnym zaś czasie następuje powtórne skręcenie lub silniejsze zaciśnięcie skrętów. Schröder, Olshausen, Martin utrzymują, że odkręcenie skręconej szypuły nastąpić może. W tych przypadkach, w których skręcenie występuje nagle, pojawiają się często dreszcze i wymioty.

Gdy w następstwie skręcenia rozwinie się zapalenie włóknikowe otrzewnej, występują często charakterystyczne bóle kłójace i gorączka. Na 13 przypadków w trzech był stan bezgorączkowy; w jednym zaś przypadku, pomimo dosyć rozległego zapalenia otrzewnej, nie było żadnych objawów.

Inne objawy, które towarzyszą skręceniom guzów, są tylko przypadkowe. Niemożność oddawania moczu wystąpiła w jednym przypadku, w którym skręcony torbiel uwięznięty był w zatoce Douglasa. Parcie na mocz wystąpiło w trzech przypadkach: Schultze i Löhlein uważają zaburzenia ze strony pęcherza moczowego przy skręceniu szypuł guzów jajnikowych za objaw charakterystyczny dla równoczesnego skręcenia macicy. W naszych przypadkach skręcenia macicy nie zauważono. Krwawienie z macicy spostrzegano raz w przypadku, gdzie trzon macicy skręcony był o 90°

Na 35 operowanych przypadków guzów jajnika i przyjajnika, w których przyszło do skręcenia szypuły, w siedmiu nastąpiło zejście śmiertelne (17%), podczas gdy na 121 operowanych przypadków guzów jajnika i przyjajnika, w których skręcenia nie było, zejście śmiertelne nastąpiło w 9-ciu przypadkach (7·5%). Widzimy więc z tego porównania, że zmiany, jakie występują w następstwie skręceń guzów, nie pozostają bez wpływu na rokowanie pooperacyjne. Na siedem przypadków, w których nastąpiło zejście śmiertelne, w jednym sekcya nie wykazała żadnej wybitnej przyczyny śmierci; raz przyczyną śmierci była niedokrewność wskutek znacznego krwotoku do wnętrza torbiela; z dwu przypadków sposokowacenia guzów nastąpiło zejście śmiertelne, w jednym z powodu ogólnego zakażenia, które wystąpiło już przed operacyą, w drugim z powodu zapalenia septycznego otrzewnej. W trzech przypadkach przyczyną śmierci było zapalenie włóknikowe otrzewnej, stwierdzone sekcyą, które już przed operacyą się rozwinęło, a po wycięciu guza nie ustąpiło, jak to bywa w przeważnej liczbie przypadków, ale dalej się rozwijało.

We wszystkich trzech przypadkach przebieg zapalenia był ostry. Jedna z tych chorych była operowana w 15 dni, druga w trzy tygodnie, trzecia w $1^1/_2$ miesiąca po wystąpieniu skręcenia.

Na 7 więc przypadków, w 6-ciu nastąpiło zejście śmiertelne wskutek zmian, które w następstwie skręcenia powstały.

W przypadkach więc skręceń guzów jajnika i przyjajnika powinno się jak najprędzej operować, aby uniknąć następstw, mogących wpłynąć niekorzystnie na przebieg pooperacyjny, a i w tych przypadkach, gdzie wystąpi zapalenie ostre otrzewnej, nie należy czekać, jak to radzi Thornton, aż ostry okres przeminie, gdyż im prędzej się guz usunie, tem większa będzie rękojmia, że zapalenie ustąpi.

W końcu składam podziękowanie Wielmożnemu Prof. Dr. Jordanowi za łaskawe pozwolenie mi zużytkowania materyału klinicznego.

Literatura.

Rokitansky: Lehrb. der patholog. Anatomie 1861. Bd. III. — Tenże: Ueber Abschnürung der Tuben u. Ovarien und über Strangulation der letzteren durch Achsendrehung. *Allg. Wiener medic. Zeitung* 1860. Nr. 2, 3, 4. — Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. 1886. — Malius: Punction einer Ovariencyste als Ursache der Stieldrehung. *Centr. f. Gynaek.* 1877. S. 205. — Stansbury: *Central. f. Gynaek.* 1878. Nr. 7. — Schurinoff: Ascites als Symptom der Stieltorsion ovarieller Cysten. *Centr. f. Gynaek.* 1888. S. 238. — Thornton: Stiehldrehung der Eierstockgeschwülste. *Centr f. Gynaek.* 1889. S. 487. — *Pamiętnik Tow. lek. warsz* 1889. S 683. — Hofmeier: Ernährungs- und Rückbildungsvorgänge bei Abdominaltumoren. *Zeitsch. für Geb. u. Gynaek.* Bd. V. S. 97. — Baumgarten: Zwei Fälle von Abschnürung der Ovarien. *Virchov's Archiv* Bd. 97 S. 18. — Fraenkel: Ueber Stieldrehung der Ovarien. *Virchov's Archiv.* Bd. 91. S. 499. — Andersohn: *Centr. für Gynaek.* 1888. S 854 — Küstner: Ueber die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung des Uterus. *Centr. f. Gynaek.* 1890. S. 785. — Cario: Ueber mechanische Ursachen der Stieldrehung von Ovarialtumoren. *Centr. f. Gynaek.* 1891. S. 347. — Küstner: Das Gesetzmässige in der Torsionspirale torquirter Ovarialtumoren. *Centralblatt für Gynaek.* 1891. p. 209. — Freund: Die Stieldrehung der Eierstockgeschwülste. *Centr. f. Gynaek.* 1892. S. 409. — Duplay: Stieldrehung der Ovariencysten. *Centr. f. Gynaek.* 1892. S. 503. — Stratz: Die Frauen auf Java. 1891. — Geyl: Excessives Oedem des normalen Ovariums verursacht durch Stieltorsion. *Centr. f. Gynaek.* 1895. S. 987. — Beckmann: Spontane Ruptur eines Ovarialkystoms in Folge Stieldrehung. *Centr. für Gynaek.* 1895. S 620. — Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynaekologie. 1896. S. 383. — Löhlein: Einfluss des Wochenbettes auf Ovariencysten. *Centr. für Gynaek.* 1896. S. 733. — Tóth: Fall von vollständig abgeschnürtem Ovarialkystom. *Centr. für Gynaek* 1897. S. 1158. Pozzi: Traite de Gynecologie clinique et operatoire. 1897. S. 812. — Ciechanowski: Ein Fall von Achsendrehung des Uterus. *Deutsche med. Wochenschrift.* 1897. Nr. 27. — Amann: Dermoidcyste des linken Ovariums durch Stieltorsion vollkommen abgeschnürt. *Monat. f. Geb. und Gynaek.* 1898. Bd. VIII. S. 192. — Johannowsky: Casuistischer Beitrag zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. *Monatschr. für Geb. und Gynaekologie.* 1898. Bd. VIII. 24. — Veit: Handbuch der Gynaekologie. 1898. Bd. III. S. 422. — Schultze: Ueber Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. *Zeitschrift für Geb. u. Gynaek.* Bd XXXVIII. S 174. — Prochoroff: Die patholog. anat. Veränderung der Ovarialcystenwand u. Stieltorsion. *Monat. f. Geb. Gynaek.* Bd. V Ergh. S. 122. — Martin: Die Krankheiten der Eierstöcke. 1899. S. 437.

III. Wyciągi.

Prof. Dr. Andren H. Smith. **Nowe poglądy na zapalenie płuc i jego leczenie.** (*The Twentieth Century Practice of Medicine*). W artykule „Pneumonia crouposa“ wyłuszcza autor swe nowe zapatrywania na tę chorobę. Wychodzi on z założenia, że zapalenie płuc polega wyłącznie na procesie bakteryologicznym w pęcherzykach płucnych, a pożywki dla tych bakteryj dostarczają naczyńka krwionośne, które podtrzymują czynność płuc, podczas gdy odżywianie się miąższu płucnego zostaje nienadwerężonem z tej przyczyny, że w płucach mamy podwójne krążenie krwi, czyli, że choroba może się rozwijać w płucach bez nadwerężenia ich tkanek. Wychodząc z tego założenia, przedstawia autor cały przebieg choroby w sposób następujący:

Żeby człowiek zapadł na zapalenie płuc 1) potrzebne jest miejscowe lub ustrojowe obniżenie energii życiowej, któreby dopomogło osiedleniu się i rozplenowi pneumokoków, znajdujących się w tym czasie w oskrzelach płucnych; 2) potrzeba takiego rozrostu kolonii tych pneumokoków, aż dosięgną pęcherzyków płucnych; 3) wywołania podrażnienia w pęcherzykach i spowodowania następowo wydzieliny włóknikowej, wreszcie wywędrowania leukocytów i przepacania (diapedezy) czerwonych ciałek krwi z krwionośnych naczyniek włosowatych; 4) dalszego tworzenia się kolonij pneumokoków w tej wydzielinie; 5) zatrzymania obiegu krwi w naczyniach włosowatych z następowem wytworzeniem się wolnego „pneumonic acid“ w miąższu zajętej przestrzeni; 6) nacieczenia wysiękiem sąsiednich zrazików i wytworzenia w nich takiej samej sprawy chorobowej; 7) zatrzymania dalszego rozrostu hodowli przez wyczerpanie się pożywki i nagromadzenie się wolnego „pneumonic acid“ w tkaninie płucnej. Aż do tej chwili odbywa się w płucach ciągiem sprawa gromadzenia się i wchłaniania toksyn. 8) Postępowe przeobrażanie się wysięku, jako czynność przygotowawcza do jego pozbycia się drogą wessania 9) Prawdopodobnie podczas tego ostatniego procesu wytwarza się antytoksyna. 10) Całkowite usunięcie wysięku i przywrócenie pęcherzyków płucnych do ich prawidłowego stanu. 11) Powrót do fizyologicznego obiegu krwi w naczyniach włosowatych.

Omawiając przyczynę przełomu zapalenia płuc, Prof. Smith porusza dwa ważne czynniki tej choroby, mianowi-

cie zastoinę w naczyniach włosowatych, przez co ustaje dalsze gromadzenie się pożywki dla pneumokoków, które zużywszy nagromadzony zapas, giną, a tem samem ustaje dalsze wytwarzanie się toksyny, a powtóre — nagromadzenie się „pneumonic acid", stanowiącego przyczynę, dla której te zarazki giną, gdy krew przestaje obiegać w pęcherzykowych naczyńkach krwionośnych.

Odpowiednio do swych poglądów na zapalenie płuc, a mianowicie, że jest to choroba nie zapalna, lecz ściśle pasorzytnicza i że pasorzyty te nie niszczą miąższu płucnego, gdyż żyją na wysięku, jak na hodowli, podaje autor wskazówki leczenia tej choroby. Należąc z jednej strony do najgroźniejszych zarazków, pneumokokus posiada nadzwyczaj małą odporność. Dlatego Prof. Smith sądzi, że możemy działać na niego za pomocą leków, wprowadzonych w obieg krwi. — Jednym z najlepszych środków przeciw pneumokokom, według tego autora, ma być salicylan sodowy, kreozot i wielkie dawki chininy.

Dalsze zasady w leczeniu zapalenia płuc mają polegać na podawaniu leków, czyniących krew chorego szkodliwą dla rozwoju i życia pneumokoków, na stósowaniu środków, wspierających czynność wydzielniczą toksyn z ustroju chorego, na podtrzymywaniu sił chorego, a osobliwie serca, na użyciu leków, rozszerzających naczynia krwionośne, na wdychiwaniu tlenu, obniżaniu wysokiej ciepłoty przez zastósowanie hidroterapii, a wreszcie na środkach, stósowanych względnie do występujących objawów.

Rozprawę Prof. Smitha o zapaleniu płuc uzupełniam pracą Sebringa, ogłoszoną w *Medical Record* (z 22 kwietnia), która poczęści pogłębia rozprawę Prof. Smitha.

Pod tytułem *Salicylic Acid in the Treatment of Pneumonia* pisze W. C. Sebring o leczeniu zapalenia płuc zapomocą kwasu salicylowego w następujący sposób: „Na podstawie własnych i moich kolegów doświadczeń klinicznych stwierdzam, że kw. salicylowy, a raczej salicylan sodowy jest lekiem swoistym w zapaleniu płuc. Na poparcie tego twierdzenia podaję bakteriologiczne doświadczenia Prof. Blumera, który udowodnił, że rozczyn 1% salicylanu sodowego zabija pneumokoki w pięciu minutach"; dalej przytacza pracę Prof. T. L. Chittendena, który robił doświadczenia z powyżej wymienionym lekiem, i znalazł, że salicylan sodowy dostaje się bez zmiany do krwi i nie działa szkodliwie na serce, nawet podany w najwyższej dawce. Pomimo szybkiego wydzielania się z ustroju, cząstka tego przetworu pozostaje we krwi przez czas dłuższy i czyni ją antyseptyczną. Najważniejszym jednak argumentem na korzyść tego leku w zapaleniu płuc jest przytoczenie stu przypadków zapalenia płuc z własnej praktyki, leczonych salicylanem sodowym, z których tylko jeden zakończył się śmiercią, oraz 125 przypadków, leczonych przez innych lekarzy z dwoma zejściami śmiertelnemi. Ale i tych trzech przypadków, według Dr. Sebringa, nie należy liczyć na karb leczenia, gdyż dwa z pomiędzy nich zaszły u nadzwyczaj starych ludzi, z których jeden chory miał lat 98, a drugi 78; trzeci zaś przypadek śmierci nastąpił u chorej 70-cio letniej, która była słabą dłuższy czas przedtem na chorobę sercową.

Ostateczne wnioski, co się tyczy leczenia zapalenia płuc salicylanem sodowym, są następujące:

1) Dawka zwykła, jak w gośćcu 0·5 co dwie godziny. 2) Zastósowany w początku choroby, zwalnia przyspieszone tętno. 3) Działa uspakajająco na układ nerwowy, a nawet wywiera wpływ usypiający. 4) Prędko i pewnie łagodzi bóle opłucnowe. 5) Zapobiega bredzeniu. 6) Zapobiega znużeniu serca. 7) Po paru pierwszych dawkach chory zaczyna się pocić i poty trwają tak długo, jak długo trwa choroba w płucach, gorączka zaś nie dochodzi nigdy do wysokiego stopnia. 8) Zapobiega wytwarzaniu się powikłań. 9) W dziewiętnastu przypadkach na dwadzieścia choroba ustąpiła przez *lysis*. 10) Zmniejsza trwanie choroby, bo chorzy, w ten sposób leczeni, powracali do zdrowia w krótszym przeciętnie czasie, aniżeli leczeni innym sposobem. 11) Zajęta część płuca wolniej wchodzi w okres rozdzielania się, jednak całkowite wyzdrowienie chorego następuje prędzej. 12) Zmniejsza ciężki przebieg choroby, wziąwszy całość przebiegu na uwagę.

Dr. Siemińowicz (Praga cz.).

Kälble. **Badania prawidłowych gruczołów oskrzelowych pod względem zawartości bakteryj.** (*Münch. med. Wochens.*, 1899, Nr. 19). Już przed 12 laty stwierdzono, że paciorkowce mogą się znajdować w górnych drogach oddechowych zdrowych osobników, a wkrótce potem wykryto w licznych badaniach, że znajdować się tam mogą jeszcze inne, najrozmaitsze drobnoustroje chorobotwórcze, a posiadające pełną jadowitość. Aż do niedawnych czasów jednak sądzono, że te bakterye nie dostają się w zwykłych warunkach głębiej, niż do wielkich oskrzeli i że wogóle zostają z dróg oddechowych wydalone zapomocą ruchu migawkowego; płuca ludzi zdrowych uważano powszechnie za wolne od drobnoustrojów chorobotwórczych. Dopiero świeżo dowiódł Dürck, że i w zdrowych płucach znajdować się mogą drobnoustroje chorobotwórcze, a jadowite, jak prątek Friedländera, dwoinka Fränkla, prątek okrężniczy, paciorkowce i gronkowce ropotwórcze; wszystkie te bakterye zdołał on wykryć nawet w pęcherzykach płucnych. Wobec tego, że cząstki węgla w pylicy płuc dostają się jeszcze dalej, mianowicie do gruczołów chłonnych, nasuwało się pytanie, czy i bakterye aż tam u zdrowych osobników niekiedy nie docierają? Pod tym względem istnieją już wprawdzie badania co do prątków gruźliczych; stwierdzono nawet kilkakrotnie, że prątki te mogą się znajdować w gruczołach chłonnych oskrzelowych u osób dorosłych, skądinąd zdrowych; jednakże w badaniach tych albo znajdowano już i anatomiczne zmiany gruźlicze w gruczołach, albo też zaniedbywano badania histologicznego, przez co oczywiście zagadnienie, czy w zdrowych gruczołach oskrzelowych mogą znajdować się chorobotwórcze, a jadowite bakterye, pozostało nierozwiązane. K. ponowił badania, zachowując jednak wszelkie możliwe ostrożności i sprawdzając wyniki badań bakteryologicznych zapomocą drobnowidowych badań gruczołów. Przedewszystkiem zaś, aby uniknąć wszelkich źródeł błędu, badał K. gruczoły oskrzelowe zdrowych, świeżo bitych świń, gdzie oczywiście nie było mowy o tem, aby bakterye dostały się do gruczołów już po śmierci, lub w ostatnich chwilach życia. — Badania zapomocą szczepień na świnkach morskich wykazały u 3 na 20 badanych sztuk obecność jadowitych dwoinek zapalenia płuc (Fränkla). Jeszcze dosadniejsze wyniki wydało badanie zapomocą hodowli. Mianowicie z owych 20 sztuk tylko u 5 nie zawierały gruczoły oskrzelowe żadnych bakteryj; u 6 znaleziono jeden, u 6 dwa, a u 3 trzy rodzaje drobnoustrojów. Mianowicie wyhodowały się: 6 razy gronkowce, 4 razy paciorkowce, 3 razy prątek Friedländera, 3 razy prątek okrężniczy, raz dwoinki Fränkla, zresztą kilka bakteryj nieszkodliwych. Zarówno gronkowce i paciorkowce, jak prątki Friedländera i dwoinki Fränkla, w ten sposób wyhodowane, okazywały wielką jadowitość. Wogóle więc okazuje się, że gruczoły oskrzelowe u świń bardzo rzadko nie zawierają żadnych drobnoustrojów i przeciwnie bardzo często zawierają bakterye chorobotwórcze, jadowite.

U ludzi badał K. rzecz tę tylko co do prątków gruźliczych. Do badań wybrał 30 zwłok jak najświeższych, — osób zmarłych na choroby ostre lub wskutek nieszczęśliwych wypadków. W 7 przypadkach wynik badania był dwuznaczny i te K. pozostawia na boku. Z pozostałych 23 w 2 t. j. w 8% znalazły się w gruczołach oskrzelowych zdrowych, to znaczy, anatomicznie niezmienionych, u osób nie gruźliczych jadowite prątki gruźlicze.

Autor sądzi wobec tego, że gruczoły chłonne są nietylko filtrem, zatrzymującym czynniki dla ustroju szkodliwe, lecz że zarazem są one miejscem, gdzie te czynniki ulegają zniszczeniu lub zobojętnieniu. Czy to się dzieje za pośrednictwem fagocytozy, czy aleksynów, autor nie rozstrzyga; możliwe jest jedno i drugie. — Dalszym wnioskiem, dającym

się wysnuć z doświadczeń autora, jest twierdzenie, że obecność chorobotwórczego jadowitego drobnoustroju w gruczołach chłonnych nie wystarcza jeszcze do tego, aby wywołać ich schorzenie; trzeba do tego jeszcze innych czynników fizycznych i chemicznych, działających szkodliwie na ustrój. Zdaniem autora — może również zdarzyć się, że jadowite bakterye, dostawszy się do gruczołów oskrzelowych, przechodzą przez nie dalej, nie wywoławszy w samych gruczołach żadnych zmian; to tłómaczyłoby może sposób powstania niektórych postaci posocznicy i ropnicy, dla których punktu wyjścia dotąd nie znamy (t. zw. kryptogenetische Septicopyämie). *Ciechanowski.*

Er. T. Ringel: **Rozmiękczenie kości u mężczyzny.** (*Beitr. z. klin. Chir.*, T. 23, Z. 2). Cierpienie to rzadko poza sprawami połogowemi u kobiet występujące, wyjątkowo zdarza się u mężczyzn. Dotychczas opisano 3 takie spostrzeżenia; przypadek R. jest czwartym. Historya choroby w krótkości opowiada, że u 25-letniego mężczyzny, leczonego z powodu wrzodu żołądka, wystąpiło ogólne osłabienie mięśniowe i zaburzenia wzrokowe. W 4 lata później stwierdzono znaczne skrzywienie kręgosłupa, uniemożliwiające choremu jakiekolwiek zatrudnienie tak, że musiano założyć gorset gipsowy, mimo którego w $1\frac{1}{2}$ roku wytworzyło się znaczne zniekształcenie klatki piersiowej. W dalszym ciągu osłabienie wzmagało się, chory stał się niezdolnym do jakiejkolwiek pracy i umarł po 11 latach choroby z powodu krwotoku żołądkowego. Sekcya wykazała rozmiękczenie kości w kręgosłupie, miednicy i czaszce. Kości kończyn nie były zajęte. *Herman.*

Loewenberg: **Chorobotwórczy czworniak** (*sarcina*). (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1899, Nr 4). Według badań L. sprawcą ozeny jest opisany przez niego w roku 1894 prątek. W niektórych jednakże przypadkach przyczyną tego cierpienia mogą być i inne drobnoustroje. W jednym przypadku ozeny znalazł L. wydzielinie nosowej i wyhodował nieznaną dotąd odmianę czworniaka (sarcina), tem się różniącą od dotychczas znanych jego gatunków, że jest bardzo zabójczą dla zwierząt. Króliki, myszy i morskie świnki giną po wstrzyknięciu śródotrzewnowem czystej hodowli tej odmiany czworniaka w krótkim czasie wskutek gwałtownego zapalenia otrzewnej. W hodowlach zachowuje czworniak Löwenberga przez czas pewien znamienny swój sposób podziału i wynikającą z niego cechującą swą postać; później zatraca ją, podobnie, jak i inne czworniaki. Że w danym przypadku czworniak ów był przyczyną cuchnienia z nosa, dowodzą dwie okoliczności: po pierwsze, że nie zdołano w wydzielinie nosowej w tym przypadku wykazać drobnowidowo, ani z niej wyhodować, żadnych innych drobnoustrojów, a powtóre, że z chwilą wyleczenia ozeny i zniknięcia cuchnienia z nosa, zniknęły też zupełnie i czworniaki z wydzieliny. *C.*

Dr. Hödlmoser Karol. **Przypadek wzrostu karłowatego.** (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1899, Nr. 15). Prof. H. Kundrat dzieli wzrost karłowaty w sposób następujący: 1) Nieprawidłowość miary, czyli zaburzenie we wzroście, polegające na zmianie ilościowej; 2) Przeszkoda w sposobie wzrostu, czyli zaburzenie, polegające na zmianie jakościowej. Do 1-go rzędu należy: małość wskutek niedostatecznej czynności, niewystarczającego odżywienia (u ludów karłowatych ta właściwość rasowa przekazywana była dziedzicznie), wskutek niedokształtu, wrodzonych chorób układu nerwowego, jak małogłowie, wodogłowie i t. d., wreszcie wskutek chorób nabytych (wady sercowe, choroby kości). Rząd 2 stanowią: krzywica, matołectwo, krzywica wrodzona, wreszcie wzrost karłowaty κατ' ἐξοχήν, który stanowi osobny typ patologiczno-anatomiczny podług Kundrata i A. Paltaufa.

Autor opisuje szczegółowo zajmujący przypadek, spostrzegany w klinice prof. Schrettoera, który zaliczyć należy do rzędu 1-go. Wzrost karłowaty łączył się w tym razie z wrodzoną wązkością układu naczyniowego. Chłopiec 16-letni miał wzwyż 125·1 ctm., kiedy średnia miara w tym wieku wynosi podług Queteleta 157·4 ctm., a podług Zeisinga 162·5 ctm. Autor zalicza przypadek ten do rzędu 1-go, wzrostu karłowatego wskutek niedokształtu. Jest to więc prosty wzrost karłowaty, pozostający w związku z wrodzoną wązkością tętnicy głównej i jej układu, a na powstanie jego mógł wpłynąć niedostateczny rozwój gruczołu tarczykowego. Autor dodał fotogram chłopca w całej postaci i dwa radyogramy ręki i nogi. *Dr. Eljasz-Radzikowski* (Lwów).

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przy figówce (*sycosis*) usuwa Prof. Hays najpierw strupy zapomocą oliwy (*Ac. carbol 1,0 Bals. peruv 2,0 Ol. Olivar 97,0*), poczem każe ostrzydz włosy, lecz nie golić i przykładać kilka razy dziennie ciepłe okłady z *solutio Calcii oxysulfurati*. (*The Americ. Pract.*). *F. K.*

Prof. Hoffa (*Münch. med. Wochschr.* 1899, Nr. 9) ogłasza swe doświadczenia z mydłem przy różnych postaciach gruźlicy stawów, kości, gruczołów i skóry. Wyniki w 200 przypadkach były nader zadawalające. Do użycia zaleca mydło znane w aptekach pod nazwą: *sapo kalinus venalis*, jako jedynie skuteczne. 25—40 grm. tego przetworu należy wcierać 2—3 razy na tydzień, zwykle wieczorem, w grzbiet, począwszy od karku, aż do przegubów kolanowych. Założone opatrunki, oraz gorsety, zdejmuje się na czas nacierania i przykrywa papierem kauczykowym istniejące rany lub nacieki. Mydło pozostaje na skórze przez ćwierć godziny, poczem zmywa się mydłem i wodą ciepłą. Chory po natarciu pozostaje w łóżku. — Co do sposobu działania, to sądzą niektórzy autorowie, że przez mydło potasowe alkaliczność krwi wzrasta; wielu podaje, że po wcieraniu zwiększa się ilość moczu. *F. K.*

Lewith używa w praktyce ludzi biednych przy leczeniu wyprysku, rumienia i t. p. zamiast kosztownych maści, białka jaja, które rozsmarowuje na skórze w cienkiej warstwie i chwali osłaniające, uciskające i chłodząco działanie białka. (*Arch. f. Derm. und Syph. T. 43*). *F. K.*

Latouche przestrzega (*Bull. de la soc. de chir.*) przed używaniem zewnętrznem tak chętnie obecnie stósowanego kwasu pikrynowego, który sprowadził mu w dwu przypadkach objawy zatrucia pod postacią wymiotów, biegunki, śpiączki i ciemnego zabarwienia moczu, — trwające w jednym przypadku do 8 dni. *F. K.*

Casper odpiera (*Monatsber. ü. Harn u. Sexapp. 13, 3, 12*) zarzut stawiany leczeniu rzeżączki rozczynami azotanu rtęciowego, jakoby wywoływały zwężenia cewki moczowej. Badania na zwierzętach, jak i doświadczenie kliniczne przemawia za tem, że przepłókiwania tymi rozczynami raczej mogą zapobiegać występowaniu zwężeń, a nie sprowadzać je. *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 3 maja 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Dr. Pieniążek. — Członków obecnych 34.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Doc. Ciechanowski przedstawia:

a) (NS. 935/98). Okaz raka macicy, pochodzący z 42-letniej kobiety, która zmarła z ostrej niedokrewności wskutek krwotoku z części rodnych. Przy sekcyi nie bez zdziwienia stwierdzono, że krwotok nie pochodził z macicy i nie z tkanki rakowej, lecz z pęcherza. Macica była nieco powiększona, znacznie pochylona ku tyłowi i w tem położeniu zrostami ustalona. Część pochwowa macicy aż ponad ujście wewnętrzne, oraz sklepienia pochwy zajęte rozpadającym się naciekiem nowotworowym, przerastającym ku przodowi na tylną ścianę pęche-

rza. W macicy, ani w pochwie krwi wcale nie było; powierzchnia rozpadłego nowotworu blada. Pęcherz rozmiarów głowy noworodka, wypełniony ciemno-czerwonymi skrzepami krwi. Na tylnej jego ścianie ponad trójkątem Lieutauda znajdowały się na błonie śluzowej liczne, drobne, brodawkowate i kosmkowate, galaretowate, miękie, żywo czerwone wybujałości; na przekroju widać już gołem okiem, że dość twardy naciek rakowy, wrastający w tylną ścianę pęcherza z macicy, dociera wprawdzie tuż pod błonę śluzową pęcherza, ale jeszcze nigdzie przez nią się nie przebił do jego światła i nie był bezpośrednio źródłem krwotoku. Potwierdza to badanie drobnowidowe (demonstracya preparatów). Ponad utkaniem rakowem w ścianie pęcherza widać błonę śluzową, której ciągłość nigdzie jeszcze nie jest przerwana; z niej ku światłu wznoszą się wydłużone, brodawkowate wyrośle łącznotkankowe, wiotkie, silnie unaczynione, powleczone przybłonkiem, które były przyczyną krwotoku. Wyrośle te są gdzieniegdzie tak obficie rozwinięte, że możnaby mówić prawie o brodawczaku (*papilloma*). W tkance okołomacicznej znajdowały się przerzutowe ogniska rakowe.

W piśmiennictwie znajduje się wzmianka o czemś podobnem w dziele Kloba: *Pathol. Anat. der weibl Sexualorgane* (1864 str. 184), który, omawiając częste wrastanie raków macicy w ścianę pęcherza, podaje, że w chwili, gdy naciek rakowy dojdzie pod błonę śluzową pęcherza, ulega ona często obrzękowi i okazuje wiotkie, galaretowate garby i wyniosłości (»schlotternde, gelbröthlich durchscheinende Buckel«). W przedstawionym przypadku zasługuje na uwagę nietylko rozwój jakby drugiego, odmiennego rodzaju nowotworu pod działaniem raka, docierającego do błony śluzowej, ale także niezwykły sposób, w jaki powstał zabójczy krwotok.

b) (NS. 420/98). Okaz nowotworu gruczołu tarczowatego (płatu prawego), który utworzył przerzuty w płucach, pochodzący z kobiety 60-letniej, zmarłej na zapalenie włóknikowe płuc. Nowotwór okazuje pod mikroskopem utkanie raka gruczolakowego. Ze względów klinicznych zasługują na uwagę stosunkowo niewielkie rozmiary pierwotnego ogniska nowotworowego, i torebka, którą zewsząd jeszcze jest otoczony, nie zrastając się nigdzie z otoczeniem.

c) (NS. 427/99). Okazy anatomiczne, pochodzące z kobiety 32-l., zmarłej na posocznicę której punktem wyjścia było zapalenie okostnej ostatniego zęba trzonowego lewego szczęki dolnej. Przy sekcyi znaleziono świeże odłamanie korony tego zęba; korzeń jego tkwił luźno w zębodole, otoczony cuchnącą posoką. Tylna krawędź zębodołu ogołocona z dziąseł, nadżarta, nierówna. Na wewnętrznej stronie szczęki dolnej t. j. od strony jamy ustnej okostna oddzielona od kości przez ciecz posokowatoropną; sprawa ta zajmuje po stronie prawej także wewnętrzną powierzchnię wyrostka zębodołowego; po lewej stronie (gdzie brak drugiego zęba policzkowego, a zębodół po nim zupełnie zarośnięty) zapalenie okostnej nie dociera do wyrostka zębodołowego. Natomiast w okolicy kątów szczęki zapalenie przeniosło się i na zewnętrzną powierzchnię szczęki, zajmując po stronie prawej przestrzeń rozleglejszą, niż po lewej. Ropienie przekracza tu obręb okostnej i sięga wśród mięśni głębiej ku wielkim naczyniom szyjnym. Błona śluzowa, pokrywająca wewnętrzną stronę szczęki i dno jamy ustnej gdzieniegdzie zielonkowato zabarwiona; zresztą błona śluzowa jamy ustnej niezmieniona; w mięśniach dna jamy ustnej naciek posokowato-ropny, nie sięgający jednak w tkankę podskórną podbródka, na którym znajduje się nacięcie operacyjne, sięgające aż do zajętych mięśni. Oprócz tego znaleziono: rozmiękający posokowato skrzep w zatoce jamistej (*sinus cavernosus*) po stronie prawej, ropne zapalenie oskrzeli i ogniskowe ropne zapalenie płuc, ostry obrzęk śledziony i zwyrodnienia narządów miąższowych.

d) (NS. 423/99). Okaz zapalenia mieszkowego ropnego jelit, zajmującego kiszkę ślepą z wyrostkiem robaczkowym z jednej, a pętlę esowatą i odbytnicę z drugiej strony, pochodzący z 17-letniej dziewczyny, u której zresztą znaleziono ogniskowe włóknikowe zapalenie obu płuc, zserowacenie niektórych gruczołów pozaotrzewnowych i zwyrodnienie skrobiowate śledziony, wątroby, nerek i jelit. Przypadek ten, zresztą dość pospolity, przedstawiał jeden tylko niezwykły szczegół: mianowicie wyrostek robaczkowy przyrósł swym końcem do górnej części odbytnicy, poczem uległ na końcu przedziurawieniu, przez co powstało połączenie między jelitem ślepem a odbytnicą. Takie następstwo mieszkowego zapalenia jelit nie było dotąd, jak się zdaje, spostrzegane; przedstawiony okaz jest zresztą przykładem owego rzadszego rodzaju postronków śródbrzusznych, mogących dać powód do zadzierżgnięcia pętli jelitowych, mianowicie postronków, które stanowi przyrośnięty swym wolnym końcem wyrostek robaczkowy.

e) (NS. 220/99). Okaz blizn kiłowych wątroby (*hepar lobatum syphiliticum*), pochodzący z 64-let. kobiety, zmarłej wskutek zapalenia płuc włóknikowego, a dotkniętej rozległem rozmiękczeniem mózgu wielokrotnem w zakresie lewej półkuli mózgowej. W okolicy lewego płatu skroniowego istniał płaski kilak, zajmujący opony twardą i miękie i powierzchowne warstwy kory mózgowej. Innych zmian kiłowych w ustroju nie znaleziono, tylko w prawym, znacznie pomniejszonym płacie wątroby rozległe, gwiazdziste blizny, które sprowadziły głębokie wręby i nieregularne zaciągnięcia na powierzchni. (Najdłuższy wymiar płatu w kierunku czołowym 8 cm., w strzałkowym 10, w pionowym 7 cm.). Podobne mniejsze i płytsze zaciągnięcia znajdują się i w sąsiedniej części płatu lewego, który zresztą przedstawia typowy obraz przerostu zastępczego, jest bowiem od płatu prawego znacznie większy, (wymiary: 14 × 18 × 8 ctm.) okrągławy. Przerost zastępczy, zjawisko zresztą znane i spostrzegane niejednokrotnie nietylko w przypadkach zmian kiłowych wątroby, ale także w przypadkach bąblowca i t. p., w przedstawionym okazie doszedł bardzo znacznego stopnia, wynagradzając ubytek tkaniny w prawym płacie prawie zupełnie, jak o tem świadczy choćby tylko waga całego narządu (1095 gramów. Prawidłowa waga wątroby u kobiet w podobnym wieku — 60—80 lat, wynosi według Geista średnio 1052 do 1220 gramów). Ani wśród blizn, ani w tkance wątrobowej niema nigdzie ani śladu kilaków. Okazy, podobne do przedstawionego, nie są tak częste, jakby się zdawać mogło ze wzmianek po podręcznikach. W ciągu 5 lat ostatnich jest to w Krakowie pierwszy okaz wśród 5000 z górą sekcyi.

f) (NS. 443/99). Okaz wrodzonego uchyłka przełyku, w postaci kanalika, przebiegającego równolegle do osi przełyku w tkance podśluzowej, a kończącego się 2 otworami, jednym w połowie, drugim w ¼ dolnej części przełyku. Okaz ten pochodzi ze zwłok dziecka 3½-letniego

g) (NS. 971/99). Przypadek wrodzonej niedrożności jelita biodrowego (ma być ogłoszony osobno).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Kostanecki, który wyjaśnia powstawanie przedstawionych przez prelegenta zmian wrodzonych. Pierwsza z nich powstaje skutkiem tego, że gardło i przełyk pierwotnie nie łączą się ze sobą i są oddzielone pasmem przybłonka, lub niekiedy nawet tkanką łączną. Przełyk, torując sobie w niej drogę ku gardłu, może się rozszczepić na dwie części, które ku górze znów ze sobą się łączą. Druga wada powstaje niezawodnie w ten sposób, że zanikanie przewodu żółtkowego przenosi się na przyległą część jelita cienkiego.

II. Kol. Borzęcki demonstruje przyrząd do podręcznego wyrabiania wody sodowej zapomocą naboi, napełnionych kwasem węglowym.

III. Kol. Czapliński, prymaryusz szpitala w Nowym Sączu, opowiada historyę choroby dwojga chorych, u których wykonał laparotomię. U jednego z nich wskazaniem do operacyi były objawy niedrożności jelit, wywołane, jak się okazało przy operacyi, przez przepuklinę wewnętrzną. Pierścień przepuklinowy (demonstracya preparatu) stanowiła kreska jelita cienkiego i zrośnięty z nią w dwóch miejscach postronek łącznotkankowy (wydłużona *appendix epiploica*). Pierścień ten przerwano przy próbach odpętlenia i w ten sposób jelita uwolniono. Przypadek skończył się jednak niepomyślnie, gdyż operowano w znacznym zapadzie. W drugim przypadku u kobiety 50-letniej przepuklina Littrégo udowa prawa, uwięźnięta i przyrośnięta, była od 11-go roku życia powodem okresowo się pojawiających napadów niedrożności, ale tylko częściowych, gdyż towarzyszyła im biegunka. W przepuklinie znajdowała się tylko część obwodu jelita, wypukłona w miejscu przeciwległem przyczepowi krezki. Część tę wycięto, a ubytek zespolono szwem dwupiętrowym. Przebieg następny był bez odczynu. Prelegent demonstrował jeszcze okazy z trzech innych przypadków, operowanych przez siebie (będą ogłoszone w *Przeglądzie lekarskim* przez kol. Zielińskiego, sekundaryusza szpitala), wreszcie stół operacyjny prof. Rydygiera, odznaczający się bardzo prostą budową i łatwo dający się odkazić.

IV. Kol. Rutkowski przedstawia przypadki, które operował w krakowskiej klinice chirurgicznej, a mianowicie 1) przypadek mięsaka jamy nosogardłowej, operowany sposobem Partscha; 2) przypadek kamicy żółciowej i zapalenia woreczka żółciowego; wykonano

wycięcie woreczka; 3) przypadek przepukliny udowej uwięźniętej i operowanej w 24 godzin po uwięźnięciu; u chorej powstała następnie niedrożność skutkiem kątowatego zagięcia jelita przedtem uwięźniętego, przystąpiono znowu do laparotomii, która została uwieńczoną skutkiem pomyślnym; 4) przypadek nerki wędrującej, wyleczony przez wykonanie przyszycia nerki sposobem Obalińskiego.

Sekretarz doroczny: *Dr. Lewkowicz.*

VI. Klinika lekarska w Krakowie.

Pojutrze, dnia 10 czerwca, odbędzie się uroczystość poświęcenia kamienia węgielnego pod gmach kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

Znaczenie kliniki lekarskiej w całokształcie nauczania lekarskiego jest bezsprzecznie — pierwszorzędne. Powstanie budynku z uwzględnieniem kierunku dzisiejszych metod badania i leczenia, a takim ma być wyposażona nowa klinika, czyni zadość nieodzownym potrzebom obecnego nauczania lekarskiego.

Pierwszy zawiązek klinik krakowskich wogóle datuje się od roku 1780, w którym, za staraniem Prof. Badurskiego, wiekopomna Komisya edukacyjna Królestwa Polskiego pod przewodnictwem prymasa księcia Michała Poniatowskiego uchwaliła urządzić w gmachu pojezuickim przy kościele św. Barbary szpital akademicki, pod nazwą szpitala św. Barbary i przeznaczyła go początkowo do umieszczenia 3 chorych, mających służyć do celów nauczania; szczupła ta liczba wkrótce została powiększoną do 16 łóżek. Do obsługiwania chorych powołane zostały Siostry Miłosierdzia, które przeniosły do zabudowań szpitala swoją siedzibę. Blizkość jatek, cmentarza, położenie śródmiejskie, a przytem brak miejsca, kazały pomyśleć o wynalezieniu stósowniejszego umieszczenia szpitala akademickiego. Przyszło to do skutku w roku 1788, w którym prymas Poniatowski przeniósł Karmelitów Bosych z zabudowania przy kościele św. Łazarza na Czernę, a opróżniony budynek ze wszystkiemi przynależytościami i funduszami przeznaczył na własność szpitala, który szpitalem akademickim św. Łazarza nazwał. Do tego szpitala, wraz z własnymi funduszami, przeniosły się i Siostry Miłosierdzia. Do roku 1796 Uniwersytet krakowski był istotnym właścicielem szpitala św. Łazarza i funduszów do niego należących; wszyscy chorzy, w murach tego szpitala leczeni, służyli do celów naukowych, a Siostry pełniły tylko obsługę chorych. Zgubny przewrót w tych stosunkach nastał w roku 1796, gdy rząd austryacki, zająwszy Kraków w posiadanie, bez ściślejszego zbadania sprawy ze stanowiska prawnego, przyznał szpital i fundusze niepodzielnie Siostrom Miłosierdzia. Korzystając z nabytego prawa własności, Siostry Miłosierdzia pospieszyły wyznaczyć od siebie profesorom klinik pewną liczbę chorych dla celów naukowych, z których dla kliniki lekarskiej przypadło łóżek 12.

Za czasów księstwa warszawskiego (1808—1815) Uniwersytet dopominał się zwrotu swej własności, lecz bezskutecznie. Czasy wojenne stały na przeszkodzie do załatwiania tego rodzaju spraw. Po utworzeniu na kongresie wiedeńskim Rzeczypospolitej krakowskiej, wydelegowaną została przez trzy rządy opiekuńcze komisya, do której zadań należało między innemi i urządzenie szpitali. Uniwersytet utworzył ze swego grona komitet, który miał się znosić z tą komisyą i udowodnić prawo własności Uniwersytetu do szpitala św. Łazarza; gdy jednak nie przedstawił dokumentu erekcyjnego, bo nie mógł go odszukać w oryginale, a przytem działał nieporadnie i gnuśnie, władze akademickie ten komitet rozwiązały, a powołały nowy.

Gdy jednak i ten nie mógł przedłożyć oryginalnego aktu erekcyjnego, wydanego przez prymasa księcia Poniatowskiego, wyżej wymieniona komisya organizacyjna, nie wdając się już w dalsze roztrząsanie tej sprawy, statutem, urządzającym Uniwersytet krakowski z dnia 13-go września 1818 r. pozostawiła nadal kliniki w tym samym stosunku do szpitala św. Łazarza, w jakim je znalazła i przeznaczyła na klinikę lekarską łóżek 12. W myśl ogólnych zasad urządzenia szpitali krakowskich, uchwalonych przez komisyę organizacyjną trzech opiekuńczych dworów, senat rządzący, ustawą z dnia 8 marca 1819 r. określił bliżej stosunek szpitala do klinik i Sióstr Miłosierdzia. Lecz i ta ustawa nie oznaczała jasno przeznaczenia poszczególnych funduszów; stan zatargów i nieporozumienie trwały dalej ku widocznej szkodzie chorych i nauki; wszelkie starania profesorów Boduszyńskiego, a następnie Brodowicza, by polepszyć stan klinik, nie odniosły skutku; pozostawał tylko jeden środek: przenieść kliniki ze szpitala św. Łazarza i pozbyć się raz na zawsze wszelkiej od niego zależności. Po przezwyciężeniu największych trudności udało się wreszcie zakupić dom na przedmieściu Wesoła, należący do loży wolnych mularzy, do którego, po zrestaurowaniu i przysposobieniu, przeniesione zostały kliniki w r. 1827, gdzie klinika lekarska pozostaje do dnia dzisiejszego. W r. 1833 wyznaczoną została nowa komisya organizacyjna przez 3 dwory opiekuńcze, która, zająwszy się powtórnie urządzeniem Uniwersytetu, zarządziła powiększenie kliniki lekarskiej z 12 na 18 łóżek. Budynek, w którym mieściły się kliniki lekarska i chirurgiczna, został w r. 1843 rozszerzony przez dobudowanie dwóch skrzydeł tak, iż liczba łóżek w klinice lekarskiej, która zajmowała całe I piętro, urosła z 18 do 24. Po wybudowaniu kliniki chirurgicznej, która do tej pory mieściła się na parterze budynku, a którego I pierwsze piętro zajmowała klinika lekarska, ta ostatnia zajęła opróżnione ubikacye.

O niestósowności dotychczasowego budynku dla celów klinicznych i naukowych rozwodzić się nie będziemy, jako o rzeczy powszechnie znanej lekarzom naszym.

Nowa klinika, pod budowę której pojutrze położy się kamień węgielny, zawierać będzie 56 łóżek; stanie ona na gruntach szpitala św. Łazarza, kosztem 202.500 złr., z której to sumy 164.500 złr. przypadnie na budowę pawilonu klinicznego i pawilonu dla chorób zakaźnych, a 38.000 złr. na urządzenie obydwu budynków. W ten sposób stanie się zadość długoletnim staraniom Wydziału lekarskiego i obecnego kierownika kliniki c. k. Radcy Dworu prof. E. Korczyńskiego.

Kierownikami krakowskiej kliniki lekarskiej w ciągu ubiegłych 120 lat, t. j. od chwili jej założenia, byli następujący Profesorowie: Badurski Jędrzej, prof. rzeczywisty (1780—1789). Kostecki Franciszek, prof. rzeczywisty (1789—1804). Colland — zastępca w r. 180⁴/₅. Hildebrand Walenty, prof. rzecz. w r. 180⁴/₅. Schultes — zastępca w półroczu zimowem 180⁶/₇. Kilian — zastępca aż do r. 1810. Kostecki Franciszek — zastępca od r. 1810 do 1811. Boduszyński Wojciech, prof. rzeczywisty (1811 do 1819). Linhardt, prof. rzeczyw. (1819—1822). So-

czyński — zastępca do r. 1823. Brodowicz Józef, — prof. rzeczyw. (1823—1850). Dietl Józef, prof. rzeczyw. (1851—1865). Gilewski Karol, prof. rzecz. (1865—1871). Pareński Stanisław — zastępca (1871—1873). Biesiadecki Alfred — zastępca (1873—1874). Rosner Antoni — zastępca (1873—1875). Korczyński Edward, prof. rzeczywisty, od 9 stycznia 1875 roku.

Asystenci: Wróblewski Szymon (1833—1837). Bobrzyński Błażej (1837—1841). Brodowski Franciszek (1841—1844). Tyrchowski Władysław i Lisowski Mikołaj w zimowem półroczu 184⁴/₅. Zieleniewski Michał (1845—1847). Stanisławski Józef (1847—1852). Łuczkiewicz Henryk (1852—1855). Kopczyński Ferdynand (1855—1859). Fałęcki Józef (1859—1863). Szewczyk Józef (1863—1864). Gawlik Jan w r. 1864. Serkowski Bolesław (1865—1870). Korczyński Edward (1870—1871). Pareński Stanisław w r. 1871. Królikowski (zastępczo) 1871—1873. Merunowicz Józef (1873 do 1875). Paszkowski Stanisław (1875—1879). Ponikło Stanisław (1879—1882). Gluziński Antoni (1883—1887). Prus Jan (1886 — II-gi asystent). Surzycki Józef — (1887 — II-gi asystent; 1888—1891 — I-szy asystent). Buzdygan Mikołaj 1888—1891 — II-gi asystent, 1892 — I-szy asystent). Rożecki Józef (1892 — II-gi asystent; 1893—1894 — I-szy asystent). Korczyński Ludomił (1893—94 II gi asystent; 1895—1897 — I-szy asystent). Piątkowski Maryan (1895—1897 II-gi asystent; od 1-go lipca 1897 I szy asystent). Renckі Roman (1896 — III-ci asystent). Kędzior W. 1897 III ci asystent; 1898 (od lipca) II-gi asystent; od r. 1898 do dnia dzisiejszego I-szy asystent), Wernicki K. (1897 — III-ci asystent). Kwiatkowski St. (1898 — do dnia dzisiejszego II gi asystent). Maleszewski Wł. (1898—1899 III-ci asystent). Wąsowicz Zygmunt (1899 — III ci asystent).

Personal pomocniczy w obecnej chwili stanowią: I-szym asystentem jest Dr. Kędzior Wawrzyniec; II-gim Dr. Kwiatkowski St.; posada III go asystenta na razie nie obsadzona. Elewi: Dr. Latkowski J., Dr. Kubisztal St., Dr. Schmidt Adam i Dr. Nitsch Roman.

Dźwignąć się mającej klinice życzymy, oby po wszystkie wieki była przybytkiem i krzewicielką rzetelnej nauki. Kamień węgielny, na którego podwalinie spocznie gmach nowy, oby się stał symbolem granitowej wytrwałości w pracy, cnocie i umiłowaniu wiedzy wszystkich tych, którzy pod tym dachem zdobywać będą zawodowe i etyczne wykształcenie.

Dr. A. Kwaśnicki.

VII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

(Ciąg dalszy).

2. posiedzenie, dnia 11 kwietnia popołudniu.

1) Pelc (z Pragi): *O nagminnych wystąpieniach duru osutkowego w Czechach.*

Począwszy od ostatniego zawleczenia duru osutkowego do Czech w r. 1888, urzędowe wykazy zapisały w roku wymienionym 412 przypadków, w 1889 — 67, w 1890 — 3. Następnie po czteromiesięcznej przerwie pojawił się znowu dur osutkowy w roku 1891 i odtąd już co roku zdarzają się nagminne wystąpienia tej choroby zwłaszcza w części północnej i wschodniej Czech. Można było stwierdzić, że dur osutkowy posuwał się zawsze wzdłuż głównych dróg komunikacyjnych, najczęściej w kierunku zbieżnym ku samej Pradze. Najwięcej zawlekali chorobę robotnicy kolejowi. Wnosili zazwyczaj zarazę do gospody, w której sypiali, a potem do drugiej, do której się następnie przenosili. Okres wylęgania trwał, jak stwierdzono w wielu przypadkach, ponad 10 dni.

2) M. Schmidt (z Frankfurtu n/M.): *Wczesne rozpoznanie i leczenie tętniaków tętnicy głównej.*

Rozpoznawanie tętniaków tętnicy głównej postąpiło znacznie naprzód od chwili odkrycia objawu Oliver-Cardarelliego (zjawisko tętnienia krtani) i po zastósowaniu prześwietlania Roentgenowskiego. Do wczesnego rozpoznania przyczyniają się już dawniej znane objawy, jak: porażenie nerwu wstecznego (recurrens), tętnienie i stłumienie w okolicy mostka, zmiana w tętnie tętnicy sprychowej. Pod względem etyologicznym ważną jest rzeczą uszkodzenie błony środkowej tętniczej, które znów w wielu przypadkach, choć nie we wszystkich, polega na przebytej poprzednio kile. Schorzenie błony środkowej, wywołane kiłą, dopiero w dalszym ciągu, wskutek przewlekłych lub ostrych urazów, prowadzi do powstania tętniaka. Najlepszym środkiem leczniczym w zwalczaniu tętniaka jest, jak się ogólnie na to zgodzić trzeba, jodek potasowy. Sam ten lek jednak nie wystarcza do wyleczenia z tętniaka, ponieważ działanie jodku potasowego na krzepliwość krwi nie jest dowiedzione.

Działa przecież stanowczo w tym kierunku leczenie odciągające, polecone przez Tufnella. Ograniczenie dowozu płynu do jakich 5—600 ctm.³ najmniej przez 8 tygodni i leżenie w łóżku — daje bardzo dobre wyniki, ponieważ sprawia ulgę w krążeniu. Zdanie to opiera mowca tak na pracach innych badaczy z lat ostatnich, jak i na własnych 8 przypadkach, od dłuższego czasu uleczonych; pokazuje też preparat uleczonego tętniaka tętnicy głównej i roentgenogramy trzech przypadków, wyleczonych od 14, 13 i 2 lat.

Hansemann (z Berlina) pomiędzy 64 przypadkami tętniaków tętnicy głównej widział na zwłokach tylko w 12 ślady kiły. Ponieważ tych 12 tętniaków wypadło na 350 zwłok z kiłowymi śladami, więc to znaczy 3·43%. Z tegoby więc nie można stanowczo twierdzić, że kiła może powodować tętniaki tętnicy głównej. Możnaby to tylko uczynić na podstawie badania samej ściany tętnicy, jak to widać na preparacie tętniaka tętnicy głównej u kobiety 78-letniej kiłowej, który mówca pokazuje.

Senator (z Berlina): Zwłaszcza tętniak u osoby młodej rodzi podejrzenie kiły, choć i inne schorzenia mogą stan ten wywołać, np. miażdżyca u ludzi starych. Prześwietlanie Roentgenowskie daje dobre wyniki, ale właściwie tylko popiera rozpoznanie, uczynione bez tegoż, z wyjątkiem tętniaków usadowionych na ramieniu zstępującem tętnicy głównej. Do leczenia tętniaków można jeszcze dołożyć, obok wymienionych środków, ucisk guza zapomocą opaski przepuklinowej lub worka z lodem. W jednym przypadku miał mówca dobry wynik z zastósowania zabiegu podanego świeżo przez Lancereaux i Paulasco (tj. podskórne wstrzykiwania 1% rozczynu kleju wyjałowionego, przyspieszającego krzepnięcie krwi). Już po czwartem wstrzyknięciu guz się wybitnie zmniejszył. Zabieg ten zasługuje na dalsze próby.

Schroetter (z Wiednia) nie przecenia również znaczenia prześwietlania Roentgenowskiego dla rozpoznania tętniaków. Za to można nabrać sposobem tym dobrego pojęcia o kształcie tętniaka (workowaty czy wrzecionowaty). Mowca zaleca na nowo wprowadzanie tak zw. *fils de Florence* (strun jelitowych) do jamy tętniaka. Z użycia żelatyny nie widział w dwu przypadkach żadnego skutku, a trzeba pamiętać, że i dobrowolne krzepnienie często się wydarza. W etyologiczne znaczenie kiły wątpi.

Sturmann (z Berlina): Czasowe zniknięcie poszczególnych objawów, jak np. porażenia nerwu wstecznego krtani, co spostrzegał M. Schmidt, nie pozwala na wyciąganie ścisłych wniosków o zachowaniu się tętniaka.

Ewald (z Berlina) zwraca uwagę, że nieraz jedynym objawem zastarzałej kiły jest tylko gładki zanik nasady języka.

Bäumler (z Fryburga): Podstawą tętniaka jest zapalenie tętnicy — *arteriitis*, — a to znów może wywołać nie jedna przyczyna, między niemi też i kiła. U ludzi młodych zapalenie tętnicy może czasem doprowadzić do zgrubień błony mięśniowej, podobnych nawet do miażdżycy. Mowca zaleca ponowienie zabiegów z akupunkturą podług Mac Ewena, wskutek czego powstaje po-

wolne zapalenie wewnętrznej błony naczyniowej, oraz następnie zakrzep.

Unverricht (z Magdeburga) potwierdza znaczenie rozpoznawcze objawu Oliver-Cardarelliego, który w przypadkach wątpliwych może oddać nieocenione usługi dla rozpoznania. Co się tyczy zabiegu z żelatyną radzi ostrożność, ponieważ w jednym przypadku, wprawdzie bardzo ciężkim, widział pogorszenie stanu ogólnego po wstrzykiwaniach. Przypadków ciężkich nie należałoby więc leczyć w ten sposób. Słabą stronę całego postępowania leczniczego w tętniaku stanowi niepodobieństwo rozstrzygnięcia, czy już nie nastąpiło skrzepnięcie w jamie tętniaka. A na to nie zważają wszystkie zalecone sposoby lecznicze. Atoli jest przecież niedorzecznością zastósować sposób, dążący do wywołania skrzepów w tętniaku, gdy jama jego już jest wypełniona skrzepami.

Dlatego też należy w przyszłości poświęcić baczną uwagę tej sprawie.

Quinke (z Kiel) przemawia za kiłowym początkiem tętniaków. Opiera się głównie na skuteczności jodku potasowego.

M. Schmidt nie uważa kiły za jedyną i stale występującą przyczynę etyologiczną. Zanik języka wydarza się też u niekiłowych i odwrotnie.

3) Czerny (z Wrocławia): *Przyczynek do poznania zwyrodnienia szklistego.*

Mowca uważa tę istotę za szklistą *(hyalin)*, która się barwi jodem i Weigertowskim sposobem barwienia włóknika. Sposób ten dozwala nawet na rozpoznanie najdrobniejszych ziarenek hyaliny. Zarzut, który metodzie Weigertowskiej uczynił Lubarsch, że to, co się barwi, jest glikogenem, musi upaść wobec tego, że czysty glikogen nie łączy się wcale z barwikami Weigertowskimi.

Glikogen jest związany z istotą szklistą w tkankach, w ciałkach krwi i ropy. Hyalina glykogenonośna jest wstępnem ogniwem amyloidu (istoty skrobiowatej). Mowca wywołał u zwierząt ropienie jałowe (steril) przez wstrzykiwania podskórne terpentyny. Jeżeli się doprowadzi zwierzęta do charlactwa, wówczas odkłada się powoli w naczyniach ich amyloid.

To samo uzyskał Krawkow zapomocą wprawadzania do ustroju zwierząt hodowli bakteryj i dlatego odnosi skutek ów do działania toksyn.

Mówca jednakowoż jest zdania, że działanie mikrobów zapalnotwórczych jest w tym razie dodatkowe. Odkładanie się hyaliny i amyloidu ma też znaczenie kliniczne, ponieważ, mianowicie po przebiegu pewnych chorób, prowadzących do charlactwa, powstaje sposobność dla wytwarzania się owych istot (szklistej i skrobiowatej) zwłaszcza w naczyniach mózgowych. W ten sposób można np. tłomaczyć powstawanie cierpień układu nerwowego po przebyciu chorób zakaźnych, a wówczas znachodzi się często zwyrodnienie szkliste. Nie tylko ropienie, ale i inne sprawy chorobowe, powodujące rozpad tkanek, doprowadzają do wytwarzania się istoty szklistej. *In vivo* można łatwo wykazać hyalinę w krwi, ropie i tkankach, *post mortem* jednak tylko w cząstkach narządów wyciętych świeżo i najlepiej utrwalonych w wyskoku.

Hoffmann (z Lipska) chwali użyteczność Weigertowskiej metody barwienia do badania klinicznego krwi, jednakowoż wymaga ona jeszcze dalszych prób.

---

3. posiedzenie, dnia 12 kwietnia przedpołudniem.

Dyskusya nad odczytami Schroettera i Martiusa o niewydolności mięśnia sercowego.

Schott (z Nauheim) już dawniej czynił badania nad ostrem wysileniem serca. W ostatnich czasach zajmował się w dalszym ciągu badaniami co do wpływu na serce jeżdżenia na kole. Brał do tego chłopców zupełnie zdrowych w wieku 13—14 lat; również obok tego w jednym przypadku użył do badań chłopca z wadą zastawkową zrównoważoną, a w innym chłopca z nerwicą ruchową serca. We wszystkich tych przypadkach pokazało się, że, jak tylko bieg jazdy na kole był szybszy, lub też gdy chłopcy jechali pod wiatr i to silny, albo pod górę, lub gdy sama droga była licha, a mimo to jechali niezmieniając biegu, szybko, — następowało rozszerzenie serca, tętno stawało się nieprawidłowe, małe lub szybkie itd. Rysunki granic wypukowych serca, krzywizn tętna, które mowca pokazał, popierały dowodnie wyniki jego badań, mianowicie, że jazda na kole powodować może niewydolność mięśnia sercowego.

W młodym wieku można dużo zrobić pod względem zapobiegawczym, aby uchronić dziecko w wieku późniejszym od przewlekłych chorób sercowych lub od pogorszenia ich stanu. W tym celu trzeba baczyć pilnie na sposób życia dziecka, unikać wszelkich wysiłków i wybryków, w pierwszym rzędzie wyskoku, dalej zaziębień itd.

Fizyczne leczenie chorób serca zapomocą kąpiel, w sposób podany przez mówcę, zasadza się na następujących prawidłach.

U dzieci należy zacząć od kąpiel solankowych, z początku bardzo słabych (0·5—1%), a powoli przechodzić do kąpiel silniejszych. Niekiedy należy do tych kąpiel dodawać jeszcze ClCa w postaci ługu, a to z powodu równoczesnych zołzów lub wysięków u tych dzieci. Jednakowoż trzeba w tem zachować ostrożność i pewną miarę, albowiem skóra dziecięca jest bardzo skłonna do wyprysków, nawet połączonych z gorączką, no a oczywiście w takim razie skutek osiągnięty przez kąpiele idzie na marne. Można dodawać do kąpiel kwasu węglowego, lecz tylko w miernej ilości i wtedy działanie kąpiel jest bardzo skuteczne. Wysycenie większe kąpiel gazem nie dobrze robi u dzieci, a nawet może być niebezpieczne.

Co się tyczy znanego leczenia Stokes-Oertelowskiego zapomocą chodzenia pod górę, nadaje się ten sposób leczenia mechanicznego tylko w mniejszości przypadków u dzieci. Manowicie, serce młodociane wprawdzie wypoczywa szybko, przecież potem staje się bardziej pobudliwe i słabnie. Gimnastyka na przyrządach, polecona przez Zandera, wymaga nadzoru lekarskiego. Zarzuciłby się jej dało, że przy stósowaniu tej metody nie można stopniować oporów w sposób dostateczny. Zasługuje zaś więcej na uwagę gimnastyka z oporami i z samozatrzymywaniem, którą się da łatwo stopniować, oraz wszędzie zastósować, ma się rozumieć również tylko pod nadzorem lekarskim.

Grossmann (z Wiednia) zajmował się od r. 1882 badaniami doświadczalnemi nad warunkami i następstwami niewydolności mięśnia sercowego w pracowni profesora Bascha. Doświadczenia swoje w tym kierunku podzielił na trzy rzędy: W pierwszym rzędzie chodziło mu o rozwiązanie zagadnienia: czy i w takim razie, jaka postać niewydolności serca powoduje ostry obrzęk płuc? W doświadczeniach, mających za zadanie wyjaśnić to zagadnienie, wykazał mowca istnienie osobnej postaci niewydolności mięśnia sercowego, polegającej na kurczu *(spasmus)* mięśnia sercowego, na czem opiera się w dalszym ciągu zmiana w rozmieszczeniu ogólnem krwi w krążeniu.

Doświadczenia drugiego rzędu miały odpowiedzieć na pytanie, jaki jest stosunek pomiędzy zastojem krwi w naczyniach płucnych, spowodowanym przez niewydolność serca, a sprawą oddechową?

Który z czynników wchodzących w grę stanowi właściwą przeszkodę w oddechaniu i w jaki on działa sposób?

Wyniki doświadczeń przedewszystkiem nie potwierdziły nauki szerzonej przez Hoppego, a następnie przejętej przez Traubego i pod jego też imieniem znanej, że mianowicie sprawę oddechową utrudnia zmniejszenie pojemności pęcherzyków płucnych, które znowu następuje w ten sposób, iż naczynia włosowate przepełnione krwią wskutek zastoju w krążeniu małem, wypuklając się ku światłu pęcherzyków, umniejszają takowe. Przeciwnie pokazało się z doświadczeń w sposób niewątpliwy, że pojemność wnętrza płuc nie tylko się nie umniejsza wskutek zastoju krwi, ale nawet i to znacznie powiększa.

W trzecim rzędzie doświadczeń zajmował się mówca zbadaniem zmian, zachodzących w pracy serca, pod wpływem drażnienia ośrodkowego nerwów.

Z doświadczeń tych pokazało się, że kiedy serce na drażnienie ośrodkowe przeważnej ilości nerwów obwodowych odpowiada powiększeniem wydatności pracy, co się tyczy pojedyńczych nerwów, jak np. nerwu krtaniowego górnego, pierwszej i drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, zachodzi ten zadziwiający bądźcobądź wyjątek iż drażnienie ośrodkowe tych nerwów nie tylko nie polepsza czynności serca, ale przeciwnie powoduje niewydolność mięśnia sercowego i to większego stopnia.

Wynik ten jest bardzo ważny zarówno pod względem fizyologicznym, jak i klinicznym. W ten bowiem sposób wyjaśnić można związek przyczynowy pewnych zjawisk, jak porażenia serca po wyłuszczeniu lub wycięciu krtani, tak samo związek przyczynowy duszności sercowej w chorobach nosa, wstrząsu, omdleń napadowych po operacyach i urazach itd.

Wreszcie na mocy tych doświadczeń pokazało się, że istnieje taki stan niewydolności serca, który polega nie na zmianach w mięśniu sercowym, ale jest następstwem wpływów szkodliwych na serce.

Podług też tych wyników odróżnia profesor Basch niewydolność mięśnia sercowego pierwotną i następową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Babki wiejskie i szczepienie ospy.

Rozglądnąwszy się dokładnie w urządzeniach sanitarnych innych państw, mających na celu ochronę zdrowia publicznego i zestawiwszy je z urządzeniami w Galicyi, — przyjść musimy do wniosku, że u nas w tym względzie zbyt mało się robi, a jeśli się robi, to bardzo powoli i opieszale. To, nad czem u nas dopiero radzą i zastanawiają się, gdzieindziej już dawno weszło w prawo obowiązujące.

Jedną z największych plag, grasujących już od niepamiętnych czasów, są u nas tak zwane „babki wiejskie", które opiekują się bezprawnie ciężarnemi i rodzącemi. Wiele już o tem rozprawiano, a złe, jakie było, takie i zostało, gdyż rady na to skutecznej nie znaleziono. Babka taka, niemająca najmniejszego wyobrażenia o czystości, a tem bardziej o desinfekcyi, przesiąkła na wskróś przesądami i dziwacznemi nawyknieniami, jakżeż często powoduje u kobiet wiejskich nietylko kalectwo, ale ogólne zakażenie, śmierć, albo też utratę wzroku u dzieci i t. p.

Gdybyśmy mogli zebrać wszystkie wypadki, w których „babki" były powodem nieszczęść w rodzinach, wykazalibyśmy pokaźną liczbę kalek i zgonów. Doprawdy dziwną jest u naszego ludu wiara w te babki: — prawie niema porodu na wsi, by przy nim „babki" nie było, a jeśli w jakimś cięższym przypadku wezwany zostanie lekarz, babka taka się ulatnia i ani się dowiesz, co za jedna, jak się nazywa, bo jej nikt z otoczenia nie wyda; — władza polityczna, jeśli się taką babkę uda wykryć, wymaga oznaczenia dnia, godziny prawie, numeru domu, świadków, no i innych szczegółów; a jeśli ją zawezwie i przekona, przesiedzi czasem dwa dni w areszcie i na tem się kończy; babka wraca do wsi i dalej uprawia swoje rzemiosło. Lekarze, zwłaszcza na prowincyi, mają sposobność prawie codziennie przekonywać się o tem. Badając kobiety wiejskie, mało która się znajdzie, by nie nosiła na sobie śladów i zmian chorobowych, wynikłych skutkiem braku odpowiedniego zachowania się i należytej opieki tak podczas ciąży i porodu, jak i potem; — prawda, że do tego przyczyniają się warunki nieodpowiednie: wczesne opuszczenie łóżka po porodzie i zajęcie się ciężką pracą; ale w przeważnej części winne są temu babki wiejskie, któremi posługuje się z upodobaniem lud i ma do nich nieograniczone zaufanie. Dużo wody jeszcze upłynie, zanim lud nasz zmieni pod tym względem swoje zapatrywania i przekonania; — to jednak nie upoważnia władz, by miały patrzeć spokojnie na takie nadużycia babek wiejskich, ale energicznie winny zapobiegać złemu, tak u nas zakorzenionemu. Gdyby zwierzchność gminna miała surowo nakazane donoszenie Władzy o każdym porodzie, przy którym „babka" była obecną, gdyby duchowieństwo przy każdym chrzcie miało taką babkę na oku (prawie przy każdym chrzcie babka jest obecna), gdyby Władze starały się o większą liczbę akuszerek okręgowych i takowe za lepszem wynagrodzeniem osadzano po wsiach, to sądzę, że przy dobrze obmyślanej w tym względzie organizacyi, dałoby się złemu powoli zaradzić i zmniejszyć nietylko odsetek śmiertelności u rodzących, ale ochronić kobiety wiejskie przed smutnemi następstwami poporodowemi. Mamy co prawda prawo, zabraniające praktyki lekarskiej osobom do tego niepowołanym, ale ileż się dzieje nadużyć i dziać się będzie, dopóki Władze energicznie do tego się nie zabiorą? — weźmy n. p. takich niepowołanych dentystów, kowali i szewców, składaczy nóg i rąk złamanych (jak ich lud zowie), znachorów, a będziemy mieli sporą paczkę rozmaitych specyalności partaczy po wsiach i miasteczkach.

Drugą piekącą sprawą jest szczepienie ospy; — toż przecie Japonia, w swych urządzeniach sanitarnych wyprzedziła nas, uznając słusznie, że szczepienie ospy obowiązkowe ma zupełną racyę bytu, bo tą jedynie drogą ochraniamy zdrowie setkom tysięcy dzieci, zapobiegając śmiertelności podczas epidemii ospy i wszelkim następstwom, czasem bardzo smutnym, jak utrata wzroku, słuchu i t. p. My lekarze powinniśmy się przedewszystkiem starać, by sprawy takie poruszać co chwila, szukać drogi, by cierpiącej ludzkości przychodzić z pomocą i gdzie tylko można wskazywać potrzebę zaprowadzania reform i ulepszeń stosunków zdrowotnych. Zapewne, że odrazu nie dojdziemy do upragnionych wyników; ale choćby to szło z trudem wielkim, mamy moralny obowiązek wglądać we wszystko, co tylko dąży do ochrony zdrowia publicznego.

Dr. Józef Bednarski,
lek. okr. w Alwerni.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 8 czerwca.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, kol. dr. Rutkowski demonstrował kilka ciał obcych, wydobytych z ustroju drogą operacyjną, oraz przedstawił chorą, świeżo operowaną w klinice krakowskiej. Demonstracya kol. dra Rutkowskiego dała powód do żywej wymiany zdań. Kol. doc Ciechanowski przedstawił i objaśnił rzadkie okazy z dziedziny anatomii patologicznej.

* W protokole z posiedzenia Towarz. lekar. krak., znajdującym się w dzisiejszym numerze *Przegl. lekar.*, mieści się sprawozdanie z przemówienia i demonstracyi Dr. Czaplińskiego, prymaryusza z Nowego Sącza. Z protokołu tego i z udziału Dr. Czaplińskiego w tem posiedzeniu każdy może nabrać przekonania, jak pouczającym i poważnym materyałem rozporządzają nieraz nasze szpitale prowincyonalne i jak ten materyał pozostaje niewyzyskany dla nauki.

Wobec gęstej już dziś sieci dróg żelaznych, łączących mniejsze miasta z większemi i w celu zachęcenia innych kolegów do brania udziału w naukowych posiedzeniach naszych. Komitet Towarz. lekar. krak. uchwalił, w razie zapowiedzenia odczytu lub demonstracyi przez którego z kolegów prowincyonalnych, przyjmować na siebie umieszczenie przywiezionych chorych w odpowiednich zakładach krakowskich i, jeśli tego zachodziłaby potrzeba, zwracać za nich koszta podróży.

* *Podręcznik medycyny sądowej, z uwzględnieniem ustawodawstwa austryackiego, niemieckiego i rosyjskiego, dla użytku uczniów, lekarzy i prawników*, napisał dr. Leon Wachholz, prof. zwyczajny medycyny sądowej w Uniw. Jagiell. itd. Dzieło to obejmuje 648 stronic druku z 46 rycinami i 1 tablicą chromolitograficzną; wyszło nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego w Krakowie; cena koron 15.

Zawodowej literaturze naszej przybywa książka niewątpliwej wartości i wielkiego pożytku. Nie licząc podręcznika dr. Feigla, jako utworu w części niesamoistnego, a przy tem niezupełnego, dzieło prof. Wachholza należy uważać jako pierwszą pracę w polskim języku, która wyczerpuje całość nauki sądowej medycyny. Uwzględnienie ustawodawstwa (prócz austryackiego) państw sąsiednich rozszerza zakres przeznaczenia »podręcznika« na rozległe granice etnograficzne języka książki i pomnaża zasługę autora.

Po wstępie i części ogólnej, która odnosi się do czynności znawcy wogóle, a w szczególności podczas śledztwa i rozprawy głównej, podzielił autor część szczegółową na następujące rozdziały: I. O zmianach pośmiertnych i dochodzeniu tożsamości osoby. II. O badaniu lic sądowo-lekarskich. III. O uszkodzeniach cielesnych. IV. O śmierci gwałtownej. V. O zdolności płciowej. VI. O zaspokojeniu popędu płciowego w sposób wzbroniony ustawą. VII. O dochodzeniu ciąży i porodu. VIII. O spędzeniu płodu. IX. O dzieciobójstwie. X. O dochodzeniu stanu umysłowego.

Pozostawiając ocenę treści podręcznika prof. Wachholza pióru, mającemu do tego więcej prawa i powołania, ograniczamy się tylko do zwrócenia uwagi czytelników naszych na tę książkę, mającą tak doniosłe znaczenie dla polskiego stanu lekarskiego. Nic nie może być przykrzejszego dla lekarza-znawcy, a więcej upokarzającego dla stanu lekarskiego, nad brak umiejętnej dokładności w dochodzeniu sądowo-lekarskiem i nad wadliwe orzeczenie lekarza-znawcy. Wszak bieg spraw w społeczeństwach zorganizowanych opiera się w wielkiej mierze na

bezwzględnie ścisłym wymiarze sprawiedliwości; gdzie brak tej zasady, tam społeczeństwo wpada w zamęt, czego przykładem wymownym może być w tej chwili Francya. Na bieg spraw sądowych lekarz-znawca ma o tyle wpływ potężny, o ile jego dochodzenie i orzeczenie sądowo-lekarskie do dna sprawę umiejętnie wyczerpuje i wyjaśnia, a do tego potrzeba gruntownego specyalnego wykształcenia. Podręcznik, o którym mowa, czyni w tej mierze zadość umysłowym potrzebom lekarzy naszych i w tem leży doniosła i wielka zasługa prof. Wachholza i niemal społeczne znaczenie jego znakomitej pracy.

Szczera też wdzięczność należy się »Wydawnictwu dzieł lekar. polskich«, którego przewodniczący nie szczędził, jak świadczy profesor Wachholz, pracy i zachęty do wydania dzieła tak wielkiej dla lekarzy polskich wartości.

(G.) Sanok. Dnia 20 maja odbyła Sekcya sanocka Tow. lek. galic. posiedzenie uroczyste, poświęcone uczczeniu 25-letniej rocznicy uzyskania dyplomu przez Dr. Władysława Czyżewicza, lekarza powiatowego, wieloletniego prezesa Sekcyi, zacnego kolegi i obywatela. Przybycie kolegów z najdalszych kresów Sekcyi i to w liczbie poważnej, świadczy o stopniu sympatyi, jakiej dr Czyżewicz wśród nas używa. Dr. Bieńczewski wprowadził Jubilata do świątecznie przyozdobionej sali, w której powitalnem słowem spotkał go Dr. Nowak, gospodarz zakładu i przewodniczący w Komitecie, a następnie Dr. Jabłoński, obecny prezes Sekcyi, złożył życzenia i wyraził uznanie za wieloletnią skuteczną pracę.

Część naukową posiedzenia wypełnił Dr. Zaleski odczytem p. t. »Przyczynek do etyologii historyi«; interesujący ten wykład wywołał ożywioną wymianę zdań.

Na wspólnem towarzyskiem zebraniu złożyli obecni, ku upamiętnieniu tego obchodu, przeszło 100 złr. na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach, do której to kwoty sam jubilat dorzucił 150 złr.

Oprócz lekarzy, w uroczystości wzięli udział i inni obywatele, którzy pragnęli w ten sposób wyrazić jubilatowi swą wdzięczność i uznanie.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący Drowie medycyny: Czerwiński, Przybyszowski, Krok, Palester, Sobieszczański, Stablewski i Zatlokal.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiel. otrzymał Karol Ozga.

* Wybory do Izb lekarskich wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej rozpisało Namiestnictwo na dzień 30 czerwca.

* W Syberyi stwierdzono na różnych punktach pojawienie się u ludności napływowej trądu, na który do tej pory chorowali tylko buriaci. Zdaje się jednak naprawdę, że te biblijne choroby, trąd i powietrze (dżuma), zaczynają się szerzyć z większą niż dotąd siłą w ostatnich latach.

* Na berlińskim Zjeździe przeciwgruźliczym stwierdzono, że gruźlica w Austryi z biegiem czasu zmniejsza się, i kiedy w r. 1886 na 10.000 mieszkańców umierało 55,9, to w r. 1898 liczba ta wynosiła 43.8. Szczególnie stosunki te polepszyły się w Stanisławowie i Czerniowcach.

* Prof. Esmarch ogłosił trzecie wydanie swej pracy p. t. »Pierwszy opatrunek na polu bitwy«. Książka ta wyszła po raz pierwszy w r. 1869, t. j. przed samą wojną francusko-pruską; potem zapomniano o niej. Obecnie autor ogłosił nowe wydanie z powodu konferencyi t. zw. pokojowej w Haadze. Esmarch czyni zarzut, że pomimo jego rady, nie włożono do tornistra żołnierzom, obok innych części opatrunku, chusteczki trójkątnej, którą on uważa za niezbędną.

Jak wiadomo, Esmarch nie wierzy w rozbrojenie, a pragnąłby tylko, ażeby konferencyi pokojowej powiodło się przynajmniej rozszerzyć postulaty konwencyi genewskiej.

* Włoski lekarz D'Aiutolo miał odczyt w bolońskiem Tow. lek. o leczeniu śmiechem, jako zabiegiem wykrztuśnym. Zaleca śmieszenie chorych w nieżycie oskrzelowym, a przestrzega przed stosowaniem tego środka w zapaleniu opłucnej i otrzewnej, wadach serca, podczas ciąży i u dzieci nerwowych; zapewne żeby podnieść cenę swego pomysłu, rozwodzi się D'A. nad trudnościami, jakie przewalczać musi człowiek wykształcony i poważny, by rozśmieszyć chorego.

* W Bawaryi wyszło rozporządzenie, ażeby aptekarze na flaszkach i pudełkach załączali kopię recepty i kolorem etykiety rozróżniali lekarstwa, stósownie do przeznaczenia zewnętrznego lub wewnętrznego.

* W Liwerpolu nastąpiło już uroczyste otwarcie szkoły dla chorób podzwrotnikowych, podczas którego prof. Lister wypowiedział okolicznościową mowę.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Dmochowski Z. mianowany został prosektorem przy katedrze anatomii patologicznej w Uniw. warszawskim. Dr. d'Hardivilliers mianowany został prof. histologii w Amiens. Dr. Stumf mianowany został prof. sądowej medycyny w Würzburgu. Dr. Krawkow mianowany został prof. farmakologii w petersburgskiej Akademii wojenno-lekarskiej.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Władysław Skarzyński, lekarz powiatu Wysoko-Mazowieckiego, zmarł w 38 roku życia. Dr. J. Mayor, prof. anatomii i fizyologii w Genewie. Dr. G. Inverardi, prof. położnictwa i ginekologii w Padwie. Dr. C. Linati, prof. położnictwa i ginekologii w Pizie. Dr. A. Zinnis, prof. pedyatryi w Atenach.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Medycynie* Nr. 21: Dr. Szteynera W.: Życiorys prof. J. Kosińskiego. Dr. Hordyńskiego i Dr. Maliszewskiego Wacława: O ranach serca: Dr. Solmana: Dwa przypadki pneumotomii z powodu ropnia płuc. Dr. Oderfelda H.: O operacyjnem leczeniu wpochwień jelit. Dr. Leśniowskiego A.: Przyczynek do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych. Dr. Zembrzuskiego: Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego. Dr. Tymienieckiego E.: Przypadek zwichnięcia goleni w stawie kolanowym. Dr. Krausego L.: Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. Dr. Borsuka M. Przypadek resekcyi ślepej kiszki. W *Postępie okulistycznym* (Maj): Dr. Noiszewskiego K.: Rzadki przypadek zaniku nerwów i siatkówek. Prof. Wicherkiewicza: Narośle złośliwe rogówki. Prof. Wicherkiewicza: Skrzydlik bliźniaczy (spostrzeżenie kliniczne). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 22: Stróżewskiego K.: Kilka przypadków nowotworów mózgowia. Dr. Sędziaka J.: Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniu nerwowego układu ośrodkowego (c. d.). Kijewskiego Fr.: Kilka uwag o pozostawianiu ciał obcych w jamie brzusznej. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 6: Dunina T.. Narodowość w nauce. Likierta N.: Ekspertyza lekarsko-sądowa (c. d.). Dr. Wrzoska A.: W sprawie lekarek. Kramsztyka Z.: O potrzebie oddzielenia ambulatoryum od szpitala. W *Medycynie* Nr. 22: Prof. Baranowskiego Ig.: Prof. Kosiński, jako praktyk. Hordyńskiego W. i Maliszewskiego Wacława: O ranach serca (dok.). Dr. Krausego L.: Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Talko J.: Mowa wygłoszona w dniu otwarcia nowej c. k. kliniki okulistycznej w Krakowie d. 28 listopada 1898 roku. Kraków, 1899.

— Dr. Hefelmann R.: Somatose-Tropon Nährstoff Heyden. (Odbitka z *Allg. med. Centr. Ztg.*, 1899).

— Dr. Kowalski Ed.: O wpływie podniet termicznych na krążenie limfy i o nerwach naczynioruchowych limfatycznych. (Odbitka z *Przegl. lekar.*, 1899).

Dnia 15 czerwca, w czwartek, o godzinie 6-tej wieczorem, w *Collegium novum* (sala Kopernika, II-gie piętro) odbędzie się *wiec wszystkich lekarzy*, mieszkających w Krakowie i należących do Izby lekarskiej, a to w celu zgodzenia się na kandydatów z Krakowa do mającego się wybrać zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Ważność sprawy pozwala liczyć na liczny udział kolegów.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Czernichowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę. — Podania do 1 lipca b. r.

Gmina miasta Ciężkowice pow. Grybów ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z poborami oznacznymi za oględziny bydła rocznie około 120 złr. — Podania do 15 lipca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Uściu zielonem*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową (aż do otwarcia apteki publicznej). Płaca roczna 500 złr. ryczałt na objazdy 300 złr. Podania do 30 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Andrychowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. — Podania wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do dnia 20-go czerwca 1899 r.

Wydział powiatowy w Śniatynie ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy utrzymywać musi aptekę domową. Posada nadaną będzie na rok prowizorycznie. — Podania do 15 czerwca br.

Kto z PP. Kolegów chciałby osiąść w małem mieście, zechce się zwrócić do Administracyi, która chętnie wskaże adres lekarza ustępującego z tej miejscowości, a chcącego następcę objaśnić o stosunkach.

Wydział Rady powiatowej w Brzeżanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Kozłowie* z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 350 złr. Podania do 20 czerwca.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 17 Czerwca 1899. Nr. 24.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 17 Czerwca 1899. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

1. Przyczynek do etyologii miąższowego zapalenia rogówki.

Podał
Dr. Adam Langie
okulista w Krakowie.

Pod koniec zeszłego roku miałem w leczeniu przypadek miąższowego zapalenia rogówki, który ze względu na etyologię zasługuje ze wszech miar na uwagę.

Dnia 9 października zgłosiła się do mnie panna Marya P....., lat 21 licząca, z rozlanem zapaleniem rogówki *(keratitis parenchymatosa diffusa)* — w oku lewem, datującem się od 4 tygodni. Lekarz miejscowy, który przez ten czas miał chorą w leczeniu, a który zupełnie dobrze chorobę jej rozpoznał, stósował miejscowo atropinę i jodoform obok wcierań maści szarej, pomimo że żadnych danych do kiły dziedzicznej, tembardziej do nabytej, wynaleźć nie mógł. Gdy pomimo 17 wcierań, na których z powodu ślinotoku przestać musiano, stan oka wcale się nie polepszał, wyprawił chorą do Krakowa.

Przedewszystkiem, zanim obmyśliłem plan dalszego leczenia, chodziło mi o wykrycie, na jakiem tle zapalenie rogówki powstać mogło. Wywiady jak najdokładniejsze i badanie przez dwóch kolegów: internistę i syfilidologa, którzy na moją prośbę złożyli naradę, nie wykazało nic, coby o wywołanie choroby oka obwinić było można, bo nawet w układzie rodnym nie znaleziono żadnych zboczeń. Dodać muszę, że pacyentka jest osobą dobrze zbudowaną i odżywioną, o czerstwem wejrzeniu, i że, mieszkając stale na wsi w jednej z najzdrowszych okolic, otoczona wszelkiemi wygodami i najlepszymi warunkami higienicznymi, cieszyła się zawsze „żelaznem zdrowiem“. Obciążenie gruźlicze i skazę zołzową, niemniej jak charłactwo z innego jakiegoś powodu, stanowczo można było wykluczyć. Wobec tak ujemnych danych co do tła choroby postanowiłem przecież spróbować jodku potasowego. Postanowiłem to, po części wychodząc z tej zasady, że nie należy być zbyt pochopnym do wykluczenia stanowczego kiły, tem więcej, gdy chodzi, jak w tym przypadku, o kiłę rodziców, po części — że jod jest środkiem, do którego ucieka się nierzadko okulista i to z dobrym skutkiem w pewnych chorobach óczu, jeżeli niema wskazania do innego leczenia przyczynowego. Trzy flaszki jodku potasu 8·0: 200,0, obok leczenia miejscowego, nie sprowadziły najmniejszego polepszenia tak, że naprawdę zacząłem się niepokoić o los tego oka. Wśród tego jednak zaszedł niespodziewany wypadek. Chora dostała silnego bólu zębów i udała się do dentysty, który wyrwał jej zepsuty lewy ząb mądrości. Wobec tego przypomniała sobie pacyentka, że ząb ten, wyrzynając się niedługo przedtem, nim na oko zachorowała, sprawiał jej dość znaczne dolegliwości, a i potem od czasu do czasu się przypominał, na co jednak nie zwracała uwagi. Dopiero teraz przyszło mi na myśl, czy ten właśnie ząb nie dał bodźca do choroby oka, jak to miało miejsce w przypadkach opisanych przez Gałęzowskiego[1]). Dopiero teraz........ a dlaczego nie pierwej, kiedy gubiliśmy się w domysłach co do tła, na jakiem zapalenie to rozwinąć się mogło?

Niech mnie usprawiedliwi ta okoliczność, że przypadki takie są rzadkie i lubo o nich wiedziałem jeszcze z czasów pobytu na klinice Gałęzowskiego, sam w praktyce swojej nigdy dotychczas z nimi się nie spotkałem. Nie spotkałem się też z nimi, z wyjątkiem jedynie przytoczonej pracy, w całej dostępnej mi literaturze tej choroby. Prócz tego, przy badaniu zębów pacyentki podczas pierwszej wizyty, dla przekonania się, czy nie okazują cech zębów t. zw. Hutschinsonowskich, wydawały mi się wszystkie, oprócz 1 czy 2 brakujących, zupełnie zdrowymi, gdyż wspomniany ząb mądrości, ukryty w tyle i częścią zaledwie korony ponad dziąsło wystający, uszedł mojej uwagi. Ztąd nauka, aby za przykładem Gałęzowskiego przy każdem cierpieniu ocznem jak najtroskliwiej oglądać jamę ustną, a względnie nawet zasięgać zdania zawodowego dentysty. Przypuszczenie moje sprawdziło się, gdyż niemal od chwili usunięcia zepsutego zęba zauważyłem, mimo odstawienia jodu, widoczne polepszenie tak, że po upływie 2 tygodni, przy stosowaniu jedynie atropiny i maści jodoformowej do oka, wszelkie objawy zapalne ustąpiły i można było przejść do środków wyjaśniających rogówkę. Ostatecznie, po wessaniu się nacieków zapalnych, oko powróciło do prawidłowego stanu, pozostały tylko bardzo nieznaczne obwodowe plamki.

Umyślnie obszerniej przedstawiłem ten przypadek, bo stanowi on mojem zdaniem ważny i godny uwagi przyczynek do etyologii miąższowych zapaleń rogówki. Godny uwagi, — bo, jakkolwiek choroba ta doczekała się bardzo licznych i wyczerpujących monografij, które w porównaniu z pierwszymi opisami znacznie wyjaśniły i rozszerzyły jej etyologię, przecież jednak każdy niemal z autorów notuje, nieliczne co prawda, przypadki, w których nie mógł się dopatrzeć żadnego tła przyczynowego.

Już najdawniejsi autorowie zwrócili uwagę, że miąższowe zapalenie rogówki musi stać w związku z ogólnem zboczeniem ustroju, za czem przemawiają: młody wiek chorych, uporczywe trwanie choroby i zajęcie obu óczu. Od tego czasu liczne spostrzeżenia stwierdziły, że rzeczywiście choroba ta nawiedza najczęściej dzieci od 5 do 15 lat, dość często wy-

[1]) Gałęzowski. Des kératites parenchymateuses sympatiques et réflexes et de leur traitement. *(Recueil d'ophtalm.* 1897, Nr. 8).

stępuje między 15-tym a 20-tym rokiem życia, rzadziej między 20-tym a 25-tym, a jeszcze rzadziej przed 5-tym i po 26-tym. Mackenzie odnosił zapalenie to do skazy zołzowej, nazywając je *scrophulons corneitis*, a wspominając o bezpośredniej przyczynie, wywołującej wybuch jego, zadawał pytanie, czy nie odgrywa tu jakiej roli nerw trójdzielny? Arlt w swem pomnikowem dziele *Krankheiten des Auges* nadaje chorobie nazwę *keratitis scrophulosa*, podnosząc, że nawet w przypadkach tych, gdzie niema wyraźnej skazy zołzowej, zawsze można stwierdzić albo złe odżywienie ogólne, albo zaburzenia w miesiączkowaniu. W roku 1863 Hutschinson w dziele *A clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis* wykazuje związek przyczynowy, zachodzący między kiłą dziedziczną, a miąższowem zapaleniem rogówki (*keratitis parenchymatosa)* i zwraca po raz pierwszy uwagę na charakterystyczne wejrzenie górnych siecznych zębów (znane zęby Hutschinsohna). Dalsze badania usprawiedliwiły twierdzenie Hutschinsohna i dziś znaną jest rzeczą, że najczęstszą przyczyną omawianego zapalenia rogówki jest kiła dziedziczna. O wiele już rzadziej daje powód do tego kiła nabyta. Najlepiej uzmysłowi to rzut oka na kilka dat statystycznych.

Pulcherya Jakowlewa podaje na 100 przypadków:

pewną kiłę dziedziczną . . 41 razy
prawdopodobną . . . . 15 „
kiłę nabytą . . . . . . 3 „

Pfister znalazł na 100 przypadków:

pewną kiłę dziedziczną . . 40 razy
prawdopodobną . . . . 23 „
pewną kiłę nabytą . . . 2 „
prawdopodobną . . . . 1 raz

Jeszcze większy odsetek dla kiły dziedzicznej podają: Michel 50% i Werndly 55%, a inni nawet 75%.

Wobec powyższych dat łatwo zrozumieć, że był czas, kiedy chciano uważać miąższowe zapalenie rogówki, jako jeden z objawów kiły i że dziś w każdym przypadku przedewszystkiem za tą przyczyną śledzimy. Gdy jednak wiadomą jest rzeczą, że niema takich chorób oka, z wyjątkiem rzadkich, występujących w postaci kilaków, któreby były same przez się cechującemi dla kiły, należy przeto inaczej pojmować związek, jaki niewątpliwie w większości przypadków zachodzi między temi dwoma chorobami. Najlepiej umieścić miąższowe zapalenie rogówki w gromadzie tak zwanych *lesions parasyphilitiques* Fourniera, t. j. tych chorób, które na tle kiły lubią występować, jak n. p. wiąd rdzenia pacierzowego, lecz które mogą też rozwijać się na innem zupełnie tle i w ustroju, całkowicie wolnym od skazy kiłowej, bądź to wrodzonej, bądź nabytej. Najwybitniejszym przedstawicielem takiego zapatrywania jest między okulistami Panas[1]), słynny profesor paryskiego uniwersytetu.

Poza tą główną przyczyną widziano od samego początku przypadki, w których kiła stanowczo była wykluczona. Ilość ich podają autorowie na mniej więcej 30%. Tu obwiniano całkiem słusznie zołzy i gruźlicę, lecz i tak pozostawały zawsze jeszcze przypadki, zaliczane początkowo do wygodnej gromady „zapaleń bez wyraźnej przyczyny“, lub z „zaziębienia“. Dopiero z biegiem czasu, w miarę dalszych spostrzeżeń i szybkich postępów na wszystkich polach wiedzy lekarskiej, zaczęło ich coraz to bardziej ubywać. Gdy więc zawsze na czele przyczyn, wywołujących rzeczone zapalenie, pozostała i pozostanie kiła, to wiemy dziś, że prócz tego wszystkie choroby, obniżające znacznie i na czas dłuższy prawidłowe odżywienie ustroju, są zdolne wywołać tę chorobę oka. Ztąd miąższowe zapalenie rogówki u zołzowatych i gruźliczych (Zimmerman, Hippel, Bürstenbinder, Brener), ztąd cały szereg innych chorób, w przebiegu których zauważono miąższowe zapalenie rogówki. Tu należą: gościec stawowy (Vossius), dna, lub cukrzyca.

Spostrzeżenia co do grypy (influency) są bardzo liczne (Wagemann, Trantas, Brener, Albrand i Pflüger). Ten ostatni notuje aż 32 przypadki w przebiegu grypy. Również dość często spostrzegali tę chorobę Hippel podczas epidemii grypy w Wiedniu i Axenfeld w Marburgu.

Zdaniem Albranda miąższowe zapalenie rogówki rozwinąć się też może na tle krzywicy i zimnicy.

Do rzadszych już należą przypadki Eliasberga w przebiegu rzeżączki.

Więcej znane są zapalenia miąższowe rogówki w okresie karmienia i na tle zboczeń w miesiączkowaniu. Pod tym względem wielce interesującym jest przypadek Königa: u pewnej kobiety przychodziło na 8 dni przed każdą miesiączką do zapalenia rogówki, co trwało przez dwa lata. To samo widział Meyer, przyczem zapalenie ustępowało samoistnie bez jakiegokolwiek leczenia.

Z przewlekłych chorób skórnych spostrzegano miąższowe zapalenie rogówki w przebiegu rumienia wypocinowego *(Erythema exsudativum)* (Michel), liszaja czerwonego *(Lichen ruber)* (Pflüger) i łuszczycy *(Psoriasis)* (Lener).

Dowodem, że i bez tła kiły może przyjść do miąższowego zapalenia rogówki, są przypadki spostrzegane u zwierząt, od kiły zupełnie zabezpieczonych. Pflüger zauważył tę chorobę u kóz, dotkniętych zarazą, zwaną *agalaxia;* Wagemann — u psa i niedźwiedzia. Lecz i tu, sądzi on, musi istnieć związek między chorobą oka, a jakiemś schorzeniem ogólnem. Hennicke przeciwnie widział wybitny obraz miąższowego zapalenia rogówki u niedźwiedzi, chowanych w ogrodzie zoologicznym księcia bułgarskiego, gdzie sekcya nie wykazała żadnych zmian chorobowych w ustroju. Być może, że przyczyną było ogólne osłabienie, skutkiem złego lub nieodpowiedniego pokarmu.

Nawet uraz wywołać może miąższowe zapalenie u ludzi, jak tego dowodzą przypadki Albranda i Brenera. Zgadza się to z doświadczeniami Mellingera, który u królików wywoływał typowe miąższowe zapalenie rogówki przez mechaniczne usunięcie na pewnej przestrzeni śródbłonka rogówki, lub przez wstrzyknięcie sublimatu do przedniej komórki oka. Doświadczenia Mellingera uprawniają do przypuszczenia, że i u ludzi zapalenie to ma za punkt wyjścia zmiany w śródbłonku, — zmiany, wywołane którąbądź z wymienionych chorób, podkopujących znacznie ustrój i wywołujących ogólne zaburzenia w jego odżywianiu.

Przewodnikiem są tu nerwy, jak to już przed laty wydawało się Mackenziemu bardzo prawdopodobnem.

Przekonywującym dowodem, że nerwy odgrywać tu muszą główną rolę, są dwie, pod względem etyologicznym nowe postacie zapalenia miąższowego, na które zwrócił uwagę Gałęzowski. Badania jego wykazały, że choroba ta po-

[1]) Panas. Le rôle de l' auto-infection dans les maladies oculaires. *Soc. franç. d' ophtalm. Congrès de 1897.*

wstać także może jako cierpienie sympatyczne lub na tle zadrażnienia nerwu trójdzielnego, bez żadnej innej ogólnej przyczyny. Odróżnia on mianowicie *kératite parenchymateuse sympatique* i *kératite reflexe*. Pierwsza rozwija się skutkiem zadrażnienia drugiego oka, n. p. po zranieniu rogówki i okolicy ciałka rzęskowego, a ustępuje dopiero po wyłuszczeniu uszkodzonej gałki ocznej. Jestto postać bardzo rzadka, bo oprócz jednego przypadku, opisanego przez Gałęzowskiego, znanym jest tylko jeszcze jeden, który przedstawił w r. 1896 Armaignac na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Bordeaux.

Druga postać, nazwana przez Gałęzowskiego *kératite reflexe ou dentaire* jest o wiele od poprzedzającej częstszą, tylko że dotychczas nie zwracano na nią dostatecznej uwagi. Tutaj zadrażnienie nerwu trójdzielnego, a zwłaszcza jego gałęzi zębowej, wywołuje zapalenie rogówki. Przyczyną w tych razach są zawsze zepsute zęby. Zapalenie to rogówki, jakkolwiek w obrazie klinicznym zupełnie podobne do zapalenia, powstałego na tle ogólnem, okazuje przecież pewne charakterystyczne cechy anatomiczne, co prawda tylko w początkowym okresie i tylko przy znacznem powiększeniu dające się dostrzedz. Spotykamy tu tak samo, jak w innych postaciach, zaćmienie rozlane, nastrzykanie rzęskowe, światłowstręt, łzawienie i bóle naokoło oczodołu, ale zmiany w rogówce są umiejscowione przeważnie w warstwie więcej powierzchownej, a przybłonek nad naciekami jest jakby lekko podniesiony. W dalszym przebiegu nacieki zajmują już i głębsze warstwy, tak, że różnica między tą postacią, a zapaleniem, powstałem na tle skazy kiłowej, zupełnie się zaciera. Pozostają tylko zwykle w środkowych częściach rogówki tu i ówdzie maleńkie podniesienia przybłonka, podobnie jak w *Herpes corneae*, widzialne przy równoczesnem użyciu oświetlenia ogniskowego i bardzo silnej lupy. Choroba występuje albo u dzieci podczas drugiego ząbkowania, albo w wieku późniejszym, między 20-tym a 25-tym rokiem, w epoce, gdy zęby mądrości wychodzą, zwłaszcza jeżeli wyrzynanie się ich trwa długo i połączonem jest z silniejszem zadrażnieniem. Ale i w późniejszym wieku mogą zepsute zęby dać powód do tej choroby. We wszystkich tych razach leczenie pozostaje bez skutku, dopóki nie usunie się radykalnie przyczyny, tkwiącej w jamie ustnej.

Wytłómaczenie, w jaki sposób przychodzi do choroby oka z powodu cierpienia zębów, wydaje mi się rzeczą prostą: zadrażnienie z gałązek nerwowych, zaopatrujących jamę ustną, przerzuca się zwrotnie na gałązki oczne, a mianowicie na nerwy rogówki, kierujące warunkami *endo-* i *exosmozy* i ztąd zaburzenie w odżywianiu tej błony, będące bezpośrednią przyczyną zmian zapalnych w jej miąższu. Aby zrozumieć możność takiego zwrotnego działania, wystarczy przypomnieć, że trzy gałęzie nerwu trójdzielnego, mianowicie *ramus ophthalmicus, ramus supra- et inframaxillaris* wychodzą ze wspólnego zwoju Gassera. W ten sam sposób tłómaczy Schmidt-Rimpler i inne objawy, jak zmniejszenie się siły akomodacyjnej lub skurcz mięśnia rzęskowego, spostrzegane w chorobach zębów, albo wreszcie przypadki jaskry na tem tle powstałej. Pisze on[1]): *Mir scheint es annehmbar, dass ein reflectorischer Einfluss auf die Secretionsnerven des Auges geübt wird und hiedurch eine Drucksteigerung entsteht, wie die Versuche über Trigeminusreizung von Wegner, v. Hippel und Grünhagen ergeben.*

Nic też dziwnego, że wielu okulistów dopatrywało się związku między chorobami zębów, a chorobami ócz, lecz dopiero pierwszy Gałęzowski wykazał, że zepsuty ząb może wywołać miąższowe zapalenie rogówki. Jest też to tylko jego wyłączną zasługą, — zasługą nietylko dla wiedzy teoretycznej, ale większą jeszcze na polu praktycznem Tem większą, że zapalenie to rogówki jest ciężkiem cierpieniem, pozostawiającem nieraz po sobie ślady w wysokim stopniu wzrok upośledzające; im zaś lepiej znaną jest jego etyologia, tem skuteczniej z niem walczyć możemy. I chociaż pozostanie dziś zawsze jeszcze pewna liczba rzadkich przypadków „bez tła przyczynowego“, należy żywić nadzieję, że i ta z biegiem czasu zmaleje do zera.

Piśmiennictwo.

1. Albrand: Bemerkungen über einige aüssere Krankheiten des Auges. Deutsch. med. Wochenschr. 1895, Nr. 25 i 26. — 2. Bock: Seltene Formen von Keratitis paremchymatosa. Allg. Wien. med. Zeit. 1892, Nr. 21 i 22. — 3. Brener: Zur Lehre von der parenchymatösen Keratitis. Giessen 1895 — 4. Bürstenbinder: Ueber tuberculöse Iritis und Keratitis parenchymatosa. v. Graefe's Arch. für Ophtalm. XLI. 1. — 5. Eliasberg: Kératite parenchymateuse double avasculaire d'origine blennorrhagique. Arch. d'Ophtalm. XIII. 2. — 6. Gałęzowski: Des kératites parenchymateuses sympatiques et réflexes et de leur traitement Rec. d'Ophtalm. 1897, 8 — 7. Hennicke: Ueber Keratitis paremchymatosa bei Bären. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1894. — 8. v. Hippel: Ueber Keratitis parenchymatosa. Bericht über die 24 Versamml. d. Ophthalmolog. Gesell. Heidelberg 1895. — 9. Hoffmann: Beiträge zur Keratitis parenchymatosa. Inaug. Dissert. 1891. — 10. Hutschinson. A clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent on inherited syphilis. — 11. Jakowlewa: Ueber Keratitis interstitialis. Inaug. Dissert. 1873. — 12. König: Kératite parenchymateuse récidivante d' origine utérine. Soc. franç. d' ophtalm. Congrès de 1897. — 13. Lardier: Amaurose sympatique des lésions dentaires guérie par l'extraction d'une molaire. Rec. d'Ophtalm. 1875. — 14. Mooren: Beiträge zur klinischen und operativen Glaucombehandlung. Düsseldorf 1881. — 15 Pagenstecher: Klinische Beobachtungen II. 1861. — 16. Panas: Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires. Soc. fraç. d'ophtalm. Congrès de 1897. — 17. Pfister: Hundertunddreissig Fälle von Keratitis interstitialis diffusa. Klin. Monatsbl. f. Augenh. XXVIII. — 18. Schmidt-Rimpler: Ueber Accomodationsbeschränkungen bei Zahnleiden. Arch. f. Ophthalm. XLI. 1. — 19. Soelberg-Wells: Treatise on the diseases of the eye. — 20. Trantas: Deux cas de kératite interstitielle n'ayant pas comme cause la syphilis héréditaire. Arch. d'Ophthalm. 1895. — 21 Trousseau: La kératite interstitielle dans la syphilis acquise. Annales d'oculist. 1895. 22. Vossius: Ueber paremchymatöse Keratitis. Deutsch. med. Wochenschrift 1892. — 23. Werndly: Keratitis diffusa en Hutschinson'sche tenden. — 24. Zimmermann: Ueber einen Fall von Keratitis parenchymatosa tuberculosa. v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLI. 1.

II. **Przypadek zaburzenia umysłowego krótkotrwałego** *(transitorisches Irresein)* **w przebiegu nerwobólu n. trójdzielnego.**

Podał

Dr. Mieczysław Switalski

praktykant kliniki psych. Prof. Dr. Krafft-Ebinga we Wiedniu.

Nerwobóle odgrywają znaczną rolę w przebiegu wielu chorób umysłowych, którym czasami towarzyszą. Mogą one dać powód do powstania idei niedorzecznych, a to albo w ten sposób, że chorzy, których świadomość i zdolność krytyki jest upośledzoną, tłómaczą je w sposób mylny, albo podrażnienie z nerwu chorego przenosi się odruchowo na ośrodki korowe i wywołuje wyobrażenia. Dalej dają one często powód do zaostrzenia się objawów psychozy. Wykluczając przypadki, gdzie nerwoból działa jako schorzenie przypad-

[1]) Schmidt-Rimpler: Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wiedeń 1898. S. 533.

kowe, może on sam jako taki wywołać zaburzenia w zakresie psychicznym u osobnika poprzednio zdrowego. Czynnikiem usposabiającym jest w tych razach neuropatyczna skłonność, której zwykle nie brak. Sposób, w jaki zboczenia umysłowe powstają, nie jest znany, dzieje się to jednak prawdopodobnie albo przez bezpośrednie przeniesienie się podrażnienia na ośrodki psychiczne, albo przez zaburzenia w krążeniu, wywołane odruchowo. Stany patologiczne są tutaj zwykle krótkotrwałe, od kilku godzin do kilku dni, t. j. przypadają na czas trwania nerwobólu, trwają czasami dłużej, a czasami krócej, niż on.

Z pomiędzy zboczeń krótkotrwałych przeważnie dają się spotykać zboczenia bardziej pierwotne, jak: afekt patologiczny, trwoga przysercowa, idee natrętne, albo też stany sennego zamroczenia (Dämmerzustand) z utratą świadomości, złudzeniami, przerażającej treści urojeniami, czynnościami impulsywnemi. Przypadek zaburzenia krótkotrwałego w zakresie psychicznym, wywołany nerwobólem, spostrzegaliśmy u chorego, którego historyę choroby podajemy:

W. lat 22, kelner. O stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa bliższych szczegółów podać nie umie. Dotychczas chorób nie przechodził żadnych, czuł się zawsze zdrowym. 30 kwietnia b. r. dał wyrwać zęba (2-gi lewy siekacz górny). Następnego dnia zauważył, że górna warga jest lekko spuchniętą, a nadto miejsce po wyrwaniu dość znacznie bolesne. Mimo tego oddawał się swemu zajęciu. W następnych dniach obrzęk wargi górnej rozszerzył się na lewy policzek i dziąsła wyrostka zębowego. 4 maja wstał rano z silnym bólem (rwącym i piekącym) w lewej połowie głowy, który miał tak znaczne nasilenie, że chory położył się nazad do łóżka, w którem pozostał przez cały dzień. W nocy tego dnia koło godziny 11 tej zaczął nagle krzyczeć, wyskoczył z łóżka, powybijał szyby w oknach, zaczął bić naczynie. Podarł bieliznę na sobie i całą pościel. Rzucał się na otoczenie, bił i kąsał. Wreszcie, po użyciu siły, udało się chorego utrzymać w łóżku. Zawezwany lekarz polecił odwieźć go do kliniki psychiatrycznej. Dla uzyskania »parere« przewieziono chorego do komisaryatu policyi. Tutaj zachowywał się zupełnie spokojnie. Na pytania nie dawał żadnej odpowiedzi, zdawał się nie odczuwać żadnych wrażeń. Przywieziony do kliniki o godzinie $4\frac{1}{2}$ zachowuje się zupełnie biernie, nic nie mówi, nie daje odpowiedzi na pytania, przeniesiony do łóżka wkrótce usypia. Kiedy się obudził o 7-mej rano, okazuje zadziwienie z powodu, że znajduje się w szpitalu, pyta zkąd się tutaj wziął.

Status presens 5 maja: O godzinie 9-tej chory zupełnie jest świadomy, pooryentowany co do miejsca i czasu, robi wrażenie człowieka znużonego. Zajścia z ubiegłej nocy nie pamięta zupełnie, czuje się silnie znużonym. Podaje, że dzień poprzedni przepędził w łóżku i koło godziny 9-tej wieczór wstał z pościeli, by się napić wody, następnie położył się napowrót i od tej chwili nie wie co zaszło, sądzi że spał. Nie czuje bólu, który mu dnia poprzedniego dokuczał. Napadów padaczkowych nie miał nigdy, napojów wyskokowych nie nadużywa. Chory wzrostu średniego dobrze zbudowany i odżywiony. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Czaszka krzywicza i niesymetryczna, guzy czołowe silnie występujące, potylica płaska, okolica ciemienia dużego siodełkowato zaklęśnięta. Obwód czaszki 55 ctm. Nieznacznego stopnia zez zbieżny towarzyszący, źrenice prawidłowe. Lewa połowa wargi górnej i lewy policzek w okolicy kości jarzmowej lekko obrzękłe i w tem miejscu cokolwiek przy ucisku bolesne. Nerwy nad- i podoczodołowy przy lekkim nawet ucisku bardzo bolesne. Czucie w przebiegu wszystkich gałęzi nerwu trójdzielnego zupełnie prawidłowe. Wyrostki zębowe górne po stronie lewej obrzękłe. Najznaczniejszy obrzęk znajduje się w okolicy drugiego siekacza, który został wyrwany. Po nacięciu dziąsła w miejscu największego obrzęku wylała się nieznaczna ilość ropy. Odruchy ścięgniste prawidłowe. Dnia następnego można było jeszcze wykazać nieznaczną boleśność uciskową nerwu pod- i nadoczodołowego. Po trzydniowym pobycie w klinice został chory na własne żądanie wypuszczony, bez jakichkolwiek pozostałości po przebytej chorobie.

Szukając przyczyny dla powstania szału, trwającego kilka godzin, o którym chory nie ma świadomości, myśleć trzeba było przedewszystkiem o zatruciu wyskokiem, albo też o zaburzeniu umysłowem padaczkowem. Ponieważ tak alkoholizm, jako też padaczkę, możemy stanowczo wykluczyć, za jedyny powód uważać musimy nerwoból n. trójdzielnego, za którego istnieniem przemawia oprócz wywiadów obecność boleśnych punktów przy ucisku na ten nerw. Co do etyologii nerwobólu, to był on prawdopodobnie następstwem zapalenia okostnej wyrostków zębowych górnych lewych, powstałem po wyrwaniu zęba.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przyczynek do drżączki porażennej (*paralysis agitans*).

Podał

Dr. J. Fels

lekarz szpitala powszechnego we Lwowie.

Przypadek drżączki porażennej, poniżej opisany, nie przedstawia nic znamiennego pod względem etyologii, przebiegu lub objawów. Publikując go wszakże mam na celu zwrócić uwagę na dziwny i bądź co bądź uwagi godny sposób, użyty przez chorą, celem sprawienia sobie ulgi w przykrem cierpieniu. Nie znajdując tedy w obrazie chorobowym żadnego zboczenia od klasycznego wzoru drżączki, ani pod względem etyologii, ani też objawów lub przebiegu, ograniczę się na przedstawieniu w krótkości wywiadów i stanu obecnego.

Wywiady z d. 1-go marca 1899 r. Ernestyna S., lat 45 licząca, wdowa. Dziedzicznego obciążenia wykazać nie można. Miesiączkować zaczęła w 16 roku życia, stale w odstępach 4 tygodniowych. W stanie panieńskim miała błednicę. W 22 roku życia wyszła za mąż, rodziła 4 razy i ma troje dzieci żyjących. Od lat 9 choruje na przewlekły gościec stawowy, którego przyczyny upatruje w wilgotnem pomieszkaniu, zajmowanem przez lat kilka. Gościec ten, z powodu znacznych bólów i częstych nasileń, skłonił chorą do kilkakrotnego pobytu w Cieplicach siarczanych. W 40 roku życia, t. j. przed 5 laty, straciła męża, który zmarł po krótkiej trzydniowej chorobie. Już kilka dni po tak nagłej utracie męża zauważyła drżenie w prawej dłoni, które niebawem objęło całą górną kończynę prawą. Kolejno rozprzestrzeniało się drżenie na prawą nogę, lewą rękę i nogę. Równocześnie pojawiła się u niej sztywność ciała, utrudniająca chodzenie i obracanie się. Nie mogła bez pomocy podnosić się sama z krzesła, ani też usiąść. Ciało przybrało charakterystyczną postawę, a nadto zauważyła chora, jakoteż jej otoczenie, że mimo tego niekiedy mogła nawet przebiedz przez pokój. Skarży się ona na nader silne bóle w kończynach, które częstokroć są powodem bezsenności. Zmianę pogody ma odczuwać na 2 dni przedtem.

Stan obecny: Chora o smukłej budowie kośćca i umięśnienia, o słabo rozwiniętej podściółce tłuszczowej, siedzi lub też stoi z tułowiem, pochylonym ku przodowi, mając kolana lekko zgięte, a ramiona zgięte w łokciach. Twarz o charakterystycznem wejrzeniu maski z błędnym błyszczącym wzrokiem. Od czasu do czasu domaga się, aby ją posadzono, a potem znów, aby podnoszono z krzesła. Ruchy są powolne i leniwe; głowa, trzymana sztywnie, obraca się bardzo powoli, przyczem chora wykonuje kilka drobnych kroków. Mięśnie oka zewnętrzne i źrenice prawidłowo oddziaływują. Na palcach rąk widoczne są zniekształtnienia i przykurczenia charakterystyczne dla *Arthritis deformans*, ze zgrubiałymi i sterczącymi wyrostkami kostnymi. Kształt ręki, cechujący przy drżączce porażennej, w niniejszym przypadku położyć należy tedy raczej na karb *Arthritis deformans*. Uścisk dłoni zdradza znaczne osłabienie obu rąk, a chora tylko z trudnością potrafi utrzymać przedmiot włożony jej w rękę. Odruchy ścięgniste i skórne nie są wygórowane, czucie zachowane, pojętność i sfera zmysłów bez zmian; mowa tylko stała się nieco powolną, a nadto chora łatwo się rozdrażnia. Ucisk na kręgosłup boleśny; świąd skóry dokuczliwy. Chora doznaje wciąż uczucia gorąca; w zimie odziana jest bardzo lekko, a w nocy sypia prawie zupełnie bez okrycia. Sama chodzić nie może; musi być prowadzoną, przy popchnięciu od tyłu robi kilka kroków biegiem. Miażdżyca tętnic powierzchownych; serce i płuca prawidłowe.

Obie kończyny górne i dolne pozostają w ustawicznym poziomym ruchu drżącym, głowa i tułów natomiast nie drżą. Chora podaje, że ma silne bóle, zwłaszcza w kończynach, a ulgi doznaje dopiero wtedy, jeżeli ktoś pociąga palcami po jej rękach lub kolanach i wstrząsa niemi. Z tego powodu wciąż musi ktoś być przy chorej celem wstrząsania. Odbywa się to w ten sposób, że ujmuje się ją za dłonie, przed-

ramiona lub łokcie i wstrząsa poziomo zupełnie w taki sposób, w jaki odbywają się drżenia przy drżączce porażennej, lub też ujmuje się ją i wstrząsa za kolana, albo też druga osoba kolana swe oparłszy o udo chorej, wstrząsa w ten sposób całem ciałem podobnie, jak to się odbywa przy kołysaniu dziecka w kolebce. Równocześnie domaga się chora, aby ją wciąż podnoszono z krzesła i znów sadzano. O ile chora nie śpi, potrzebna jest w nocy wciąż obecność drugiej osoby, która wstrząsa jej ciałem. Ani na chwilę nie można ustać w czynności wstrząsania, bo chora natychmiast się tego natarczywie domaga.

Drugiem zjawiskiem dziwnem u tej chorej jest to, że położenie ciężaru na ciało sprawia jej także ulgę. Ztąd też domaganie się tego. Kilkakrotnie w nocy musi jej otoczenie, celem zmniejszenia bólów i drżenia, stawiać na klatkę piersiową jakiś ciężki przedmiot.

Pierwszy Charcot spostrzegał, że niektórzy chorzy z drżączką porażenną doznają pewnej ulgi, jadąc koleją, tramwajem etc. i odnosił to zjawisko do dobroczynnego wpływu, jaki wywiera wstrząsanie ciała. Zaczął robić doświadczenia ze sporządzonem umyślnie tak zwanem krzesłem wibracyjnem, na którem wstrząsano chorych dziennie przez przeciąg kwadransa i dłużej. Chwalono sobie skutki tego tak zwanego leczenia wibracyjnego, a nawet tu i ówdzie je stósowano. Omawiana chora podaje, że, jadąc koleją lub wozem, nie doznaje takiej ulgi, jak przy bezpośredniem wstrząsaniu. Zauważywszy, że wstrząsanie przynosi jej ulgę, próbowała też używać fotelu do kołysania (Schaukelstuhl), atoli i to było bezskuteczne i nie mogło zastąpić wstrząsań przez drugą osobę dokonywanych. Wątpię też, czyby dzienne posiedzenia w krześle wibracyjnem przynosiły jej ulgę, bo chora domaga się ustawicznego wstrząsania. Podaje ona, że drżenie, wypływające z jej choroby, sprawia jej silne bóle i instynktownie, czy też przypadkiem, wpadła na pomysł wstrząsania. Ulgę przez to wywołaną tłómaczy, zdaniem mojem, prócz podanego przez Charcota wstrząsu ciała, ta okoliczność, że wstrząsanie przez osobę drugą jest kompensacya mimowolnych drżeń, tak, że chora niema już uczucia drżeń kurczowych, a wstrząśnienia zewnętrzne mogą być dla niej biernemi i zgoła nieboleśnemi. Wibracye Charcota nie mogły nigdy znaleść zastósowania jako metoda leczenia drżączki porażennej, gdyż wywołują u chorych tylko ulgę w podmiotowem uczuciu znużenia. Nie mogę sobie wytłómaczyć ulgi, którą przynosi chorej nakładanie ciężaru; może być, że to zmniejsza kurczowe drżenie (Schüttelkrampf).

Tem spostrzeżeniem chciałem zwrócić uwagę lekarzy na to zjawisko, które zapewne często u tego rodzaju chorych mogą zauważyć, celem obserwacyi, ponieważ zwłaszcza o drugim przytoczonym objawie nigdzie nie znalazłem wzmianki, a o pierwszym nie dość często w literaturze wspomniano.

IV. Oceny i sprawozdania.

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmetoden für praktische Aerzte und Studierende. Von Dr. A. Rosenberg in Berlin. Drugie, ponownie przejrzane i poprawione wydanie z 180 rycinami, 404 stronic, nakładem S. Kargera w Berlinie, 1899.

Odpowiednio do tytułu treść książki podzielił autor na 3 części. Włączenie do całokształtu chorób jamy ustnej może tylko podnieść wartość dzieła. W istocie związek anatomiczny i kliniczny między jamą ustną a gardłem nie jest chyba mniejszy, niż związek między pierwszą a przełykiem, które to narządy zwykle razem bywają traktowane. Każdą część poprzedza rozdział ogólny, poświęcony anatomii, fizyologii i t. p. Wyniki badań drobnowidowych i bakteryologicznych bardzo pobieżnie są tylko naszkicowane; anatomia zaś i fizyologia wyłożone są wprawdzie obszerniej, a przecież w zbyt ciasnych tylko ramach i tylko o tyle, o ile to niezbędne jest dla zrozumienia i leczenia objawów chorobowych. Dokładniej i celowi odpowiednio wyłożone są: symptomatologia, metody badania i leczenie. Opis choroby, przedstawiony obrazowo, wyrazistemi liniami, a rozpoznanie różniczkowe przedstawiono zwięźle, trafnie i pouczająco.

Jestto praca doświadczonego praktyka i nauczyciela, w której, obok bardzo bogatego własnego doświadczenia, uwzględnił autor spostrzeżenia obce i najnowsze piśmiennictwo. I tak n. p. przytacza wczesny objaw odry, opisany przez Koplika (str. 35), powołuje się na statystykę Sędziaka, odnoszącą się do różnych metod operacyjnych raka krtani (str. 335), (oczywiście, z najnowszego zestawienia tego autora, ogłoszonego w *Nowinach lek.* Nr. 1 i 2, 1899, nie mógł jeszcze korzystać) doświadczenia Heryngа przy leczeniu gruźlicy krtani (str. 383) i inne. Omawiając objawy otrucia kokainą, nie przytoczył jednak autor rozszerzenia źrenic i wysychania w jamie ustnej i w gardle. Leczenia takiego otrucia autor również nie podaje, a byłoby to, zwłaszcza dla początkującego bardzo na miejscu.

Słusznie ostrzega R. przed przesadną nadzieją, pokładaną w mięsieniu w chorobach gardła (str. 110) i zwraca uwagę na szkodliwość mechanicznego miejscowego leczenia w błonicy. Z zupełną też słusznością z naciskiem wskazuje na związek między zapaleniem gardła i gośćcem stawowym (str. 131), atoli sprawę, czy obie te choroby mają jedną i tęsamą podstawę etyologiczną, czy są w wzajemnej od siebie zależności przyczynowej, zostawia autor otwartą.

Przyczynę nagłej śmierci w błonicy dopatruje R., zgadzając się w tem z Henochem, w zatruciu serca wskutek krążącego w krwi jadu, a nie w zapaleniu mięśnia sercowego (str. 150). Nie zgadza się ze zdaniem Guyego, uważającego *aproseksyę* (niezdolność skupienia uwagi na jeden przedmiot przez dłuższy czas), jako bardzo częsty objaw obrzęków w jamie nosowo-gardłowej (str. 164). Kaszel szczekający w dławcu wrzekomym pochodzi według autora w największej liczbie przypadków od obrzęków podgłośniowych, a rzadko zależy od rozpychania kurczowo zamkniętej głośni silnym prądem wydechowym (str. 277). W zgrubieniu (pachydermia) krtani znachodził R., w przeciwieństwie do Chiariego i Gottsteina, cechujące zmiany znacznie częściej na więzadłach głosowych (74 razy na 94 przyp.), niż w przestrzeni międzynalewkowej (str. 283). Autor rozróżnia niezakaźne zapalenie włóknikowe krtani, niemające nic wspólnego z błonicą.

W niektórych miejscach uderza nierównomierne traktowanie przedmiotu. Tak n. p. o röntgenografii nie znajdujemy żadnej wzmianki, a przecież temu sposobowi badania w chorobach krtani przypada co najmniej niemniejsze znaczenie, niż przeświecaniu sposobem Voltoliniego, które autor, aczkolwiek pobieżnie, przecież przytacza. Gdy teorye, dotyczące prawa Semona (o porażeniu mięśni rozwierających głośnię), doznają uwzględnienia, jak na dzieło praktyczne, stanowczo, zaobszernego, o twardzieli gardła autor wcale nie wspomina, a twardzieli krtani (Laryngosclerom), jak również leczeniu błonicy zapomocą surowicy leczniczej, zbyt mało poświęca miejsca.

Zresztą autor opracował obfitą treść, zawartą w książce o 404 stronicach, w sposób bardzo pouczający i wystarczający nietylko dla początkujących, tak, że dzieło to, ze względu na wysoką swoją wartość dydaktyczną, zapewne znajdzie zasłużone rozpowszechnienie między lekarzami. Dołączonych 180 rycin przyczynia się znakomicie do wyjaśnienia trudnych poczęści stosunków topograficzno- anatomicznych i patologicznych i przychodzi w pomoc wyobraźni i pamięci.

Dr. Spira.

V. Wyciągi.

Lanz. **Przyczynki doświadczalne do nauki o nowotworach.** *(Deutsche medic. Wochenschrift).* Praca Lanza odnosi się do wykonanych przez niego prób przeszczepiania nowotworów. Najświetniejszym wynikiem uwieńczona została próba przeszczepiania brodawek *(verrucae vulgares).* Dawna wiara w „zaraźliwość“ brodawek, utrzymująca się między

ludem, a przez naukę wzgardzona, znalazła w nowszych czasach echo w pracy Jadassohna. Lanz przeszczepił swemu służącemu na rękę cząstki brodawek z innego osobnika w kilkunastu miejscach, tworzących razem kształt litery J. Po półtoramiesięcznym okresie wylęgania zarysowała się istotnie ta litera na ręce zaszczepionej, a w rok potem brodawki przybrały zupełnie znamienne wejrzenie, jak dowodzą załączone przez L. fotografie. L. nie chce rozstrzygać, czy brodawki istotnie są sprawą zakaźną i czy wynik jego doświadczeń polegał właściwie na zakażeniu, czy też na wszczepieniu żywych i zdolnych do rozwoju komórek nowotworowych; odpowiedź na to pytanie pozostać musi tem bardziej w zawieszeniu, że mimo rozlicznych usiłowań nie powiodło się L. wyhodować z brodawek żadnych drobnoustrojów. To tylko pewne, że brodawki mogą się przeszczepiać z osobnika na osobnika. Pomyślnym wynikiem uwieńczone zostały również próby wytworzenia sposobem sztucznym kaszaków, względnie skórzaków, co jednakże powiodło się tylko przy użyciu pewnego ściśle określonego sposobu postępowania. Raz także spostrzegał L. rzecz zgoła niespodziewaną, mianowicie przyjęcie się u psa cząstki ludzkiego wola koloidowego, co prawda, bez rozrostu. Próby przeszczepiania raków z człowieka na zwierzęta ani razu się L. nie powiodły, chociaż już dawniej przeszczepiano raki z wynikiem dodatnim ze zwierzęcia na zwierzę. Podobnież ujemny wynik wydały doświadczenia z tłuszczakami, włókniakami i mięsakami, prócz jednego mięsaka barwikowego (ten jedyny dodatni wynik nie jest zresztą dość jasny). *C.*

Grawitz E. **O powstawaniu biernego przekrwienia przy zupełnie wyrównanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1899, Nr. 20). G. zauważył niejednokrotnie w przypadkach zupełnie wyrównanej niedomykalności zastawek tętnicy głównej powiększenie wątroby i śledziony, których klinicznie nie można było wytłomaczyć, a które dały się pojmować jedynie jako skutek przekrwienia biernego, chociaż w innych narządach objawów przekrwienia nie było. Szczególnie uderzającem było powiększenie wątroby w jednym przypadku u wychudłej i niedokrewnej 44 l. kobiety. Nie zapuszczając się w kliniczne szczegóły, wystarcza nadmienić, że niedomykalność zastawek t. głównej była i w tym przypadku najzupełniej wyrównaną. Wiadomo zaś, że w podobnych przypadkach następuje przekrwienie bierne w zakresie wielkiego krążenia dopiero wówczas, gdy już mu uległ obszar krążenia małego i gdy wada zastawkowa jest niewyrównaną. Badanie pośmiertne wykazało w tym przypadku, jak i w innych podobnych, istotnie przekrwienie bierne wątroby, — w mniejszym stopniu śledziony i nerek, bez śladu przekrwienia biernego płuc. Obok typowej niedomykalności zastawek t. głównej stwierdzono bardzo znaczny przerost lewej komórki serca, przy której prawa wydawała się jakby drobnym dodatkiem o małem świetle, wskutek znacznego zgrubienia przegrody międzykomorowej. Otóż G. sądzi, że przekrwienie bierne wątroby powstaje w takich przypadkach nie przez pośrednictwo krążenia małego i prawego serca, ale przez bezpośredni ucisk na żyłę główną dolną ze strony powiększonego serca lewego, już w pobliżu jej ujścia do prawego przedsionka. Ciekawą stoną podobnych przypadków jest brak przekrwienia biernego i obrzęków kończyn dolnych; G. sądzi, że powodem tego zjawiska jest krążenie oboczne przez żyłę nieparzystą *(v. azygos)* bardzo rozszerzalną, a położeniem swem uchronioną od ucisku powiększonego serca. *C.*

Prof. Assaky. **Doszczętna operacya przepuklin pachwinowych wolnych zapomocą szwu wewnętrznego otworu przewodu pachwinowego.** *(Münch. med. Wochschr.* 1899. Nr. 4). Po odprowadzeniu przepukliny i ułożeniu chorego w położeniu Trendelenburga, cięciem 6—7 ctm. długiem, poprowadzonem prostopadle w górę, poczynając od okolicy wewnętrznego otworu przewodu pachwinowego, otwiera A. jamę brzuszną. Przez jamę brzuszną wprowadza palec do wspomnianego przewodu i dalej do worka przepuklinowego, oryentuje się w stosunkach anatomicznych, poczem cięciem okrężnem na 1 ctm. odległem od obwodu ujścia brzusznego przewodu pachwinowego, przecina otrzewną i odpreparowuje ją ostrożnie. Jeżeli niema zrostów ze sznurkiem nasiennym, udaje się łatwo wydobyć cały worek przepuklinowy; gdy jednak są zrosty, podwiązuje jego szyjkę jak najniżej i przystępuje do końcowego aktu tej operacyi, t. j. zaszycia przewodu pachwinowego od jamy brzusznej i zaszycia otworu w worku otrzewnowym. Przy szyciu przewodu uważać trzeba, aby w szew nie zachwycić naczyń lub przewodu nasiennego. Wreszcie zaszywa cięcie w ścianie brzusznej. *Herman* (Lwów).

Prof. Kraus (w Gradcu). **Serce wolowe** *(Kropfherz). (Wiener klinische Wochenschrift* 1899, Nr. 15). Tak nazywa się zbiór objawów sercowo-naczyniowych, który występuje wskutek wygórowanej czynności przerosłego gruczołu tarczykowego i to nie pod wpływem mechanicznego czynnika powiększenia tego gruczołu, ale za pośrednictwem narządu miarkującego serca i naczyń.

Niektóre objawy „serca wolowego“ są wspólne i chorobie Basedowa. I tak przyspieszenie czynności serca — *(tachycardia)* —, wybijające się naprzód w zejściu choroby Basedowa, występuje jako objaw główny w „sercu wolowem“. Wysadzenie oka (exophthalmus) i objaw Graefego, należące do jednoczesnych znamion choroby Basedowa, nie dadzą się wytłómaczyć na podstawie znanych nam czynności gruczołu tarczykowego.

Oprócz przyspieszenia czynności serca w „sercu wolowem“ występują jeszcze następujące objawy, odróżniające tę postać chorobową od choroby Basedowa. A mianowicie, źrenice są raczej szerokie, niż wązkie; obustronne wysadzenie gałek ocznych prawie się nie wydarza; jednostronne może wystąpić pod wpływem mechanicznego uszkodzenia jednego z obu nerwów spółczulnych szyjnych, zwłaszcza w większych wolach. Główna oznaka serca wolowego, w przeciwieństwie do choroby Basedowa, jest ta, że w tej pierwszej słabości występuje rozszerzenie źrenicy w połączeniu ze względną jej nieruchomością, a to po tej stronie, po której uciska przerosły gruczoł tarczykowy (wól) na nerw spółczulny. Także po tej samej stronie może być obniżona ciepłota w przewodzie usznym. Dalej chorzy z wolem doznają drżenia, napadowego i drobnego, oraz potnieją nieco. To są objawy w I okresie choroby, lub w słabszem nasileniu serca wolowego. Jeżeli choroba przybierze większe nasilenie lub trwa dłużej, albo odnawia się kilkakrotnie, to już można stwierdzić badaniem zmiany wypukowe w sercu. Uderzenie koniuszkowe przesuwa się do kresy sutkowej, lub nawet poza nią. Można jednakowoż zauważyć, że zmiany podmiotowe idą w parze z przedmiotowemi. I tak, wyniki badania fizycznego mogą się zmienić, granice serca i inne objawy wrócą do stanu prawidłowego, a równocześnie ustąpią zaburzenia podmiotowe. Przecież czasami może przyjść do rzeczywistego przerostu odśrodkowego serca.

Związek patogenetyczny pomiędzy wolem, a sercem wolowem da się wytłómaczyć na zasadzie czynników fizyologicznych.

Mianowicie Cyon w ostatnich czasach wyświetlił stosunek nerwów serca i naczyń do gruczołu tarczykowego, również wpływ jodotyryny i usunięcia czynności gruczołu tarczykowego — na układ nerwów serca i naczyń. Wskutek usunięcia gruczołu tarczykowego powstają w ustroju, podług Cyona, warunki, pobudzające wprost układ nerwów naczyniowych i zwojów spółczulnych, a również pobudzające tamże przebiegające włókna nerwowe przyspieszające. Zaś jodotyryna podnieca narządy miarkujące (regulujące i hamujące) serca i naczyń (nerw błędny, *nervus depressor)* w ich czynnościach fizyologicznych i podwyższa ich sprawność. Autor sprzeciwia się znanym zapatrywaniom Moebiusa co do związku wola z chorobą Basedowa, a mając sposobność w Styryi naocznie się o tem przekonać, gdzie jest tyle chorych z wolem, nie mógł się nigdy dopatrzeć owego nieprzerwanego szeregu, idącego rzekomo od zwykłego wola do wybitnej choroby Basedowa.

Również wynik leczenia jest odmienny w chorobie Basedowa, a w sercu wolowem. I tak, wyciąg z gruczołu tarczykowego nie pomaga, ale nawet szkodzi w chorobie Basedowa; zaś w wolu może pomódz. Tak wycięcie częściowe wola tylko w wolu samym rokuje pomyślny skutek; zaś w chorobie Basedowa nie daje żadnej pewności.

Dr. Eljasz-Radzikowski (Lwów).

Dr. O. Wendel. **O podwójnych szpilkach do włosów w pęcherzu moczowym kobiet.** *(Beitr. z. klin. Chir.* Tom 27, zeszyt 2).

Dr. J. P. Busch. **O ciałach obcych w pęcherzu mężczyzn.** *(Ctr. f. Chir.* 1899, Nr. 14). Podwójne szpilki do włosów cieszą się niezwyczajnem wzięciem u kobiet w celach samogwałtu, niestety jednak bardzo często wyślizguja się z palców i wpadają do pęcherza. W. podaje 9 podobnych spostrzeżeń z kliniki Brunsa. Jakkolwiek przypadłości występują tuż po wypadku, to jednak rozmaite względy długo powstrzymują chore od szukania porady. Nie dziw przeto, że niektóre pacyentki znosiły bóle przez 17 miesięcy. Wywiady, cewnik, sonda, cystoskop, a w jednym przypadku z doskonałym wynikiem zastósowane promienie Röntgena, upewniają w rozpoznaniu. Najczęstszem powikłaniem jest osadzanie się kamienia około szpilki — (w kazuistyce autora 5 razy); osadzanie to rozpoczyna się w kilka miesięcy po wypadku, — w obecnej statystyce najwcześniej w $7^1/_2$ miesiacach. I gdyby nie kamień, terapia byłaby bardzo prosta i łatwa. Zasadza się bowiem na powolnem rozszerzeniu cewki palcem, rozszerzadłami Hegara, wziernikami Simona l. c. p. Najoporniejszem bywa ujście zewnętrzne cewki, które czasami trzeba ponacinać. Po wprowadzeniu palca do pęcherza oryentujemy się o położeniu szpilki (najczęściej leży poprzecznie), obok palca wprowadzamy szczypczyki, chwytamy nimi za łuk szpilki i wydobywamy ją na zewnątrz. Rzadko tylko po tym zabiegu występuje niemożność zatrzymania moczu, która znika po kilku dniach. Ta sama metoda wystarcza także i tam, gdzie kamień jest nieduży, potrzebujemy bowiem do powyższego dodać poprzednie skruszenie kamienia. Kiedy kamień jest wielki, twardy, i gdy go wogóle kruszyć nie możemy, trzeba wykonać cięcie pęcherza (nadłonowe). Pierwszej metody użyto w zestawieniu W. 6 razy, — 3 razy potrzebnem się okazało cięcie nadłonowe.

Bardziej pomysłowymi w doborze środków do wzniecenia rozkoszy płciowej zdają się być mężczyźni. U dwóch bowiem mężczyzn, umysłowo niezbyt wysoko stojących, wydobył Busch przez *sectio mediana* raz ołówek z kostką, $16^1/_2$ ctm. długi, który, leżąc przez 2 tygodnie w pęcherzu, wywołał prawdopodobnie tam odleżynę, a potem przetokę do odbytnicy, w moczu bowiem był kał; w drugim zaś przypadku tą samą drogą wydobył źdźbło 23 ctm. długie. Obaj chorzy wyleczyli się zupełnie. *Herman* (Lwów).

Doc. Posselt Adolf. (Z kliniki prof. Rokitańskiego w Insbruku). **Wągrzyca wielokrotna** *(Cysticercosis multiplex). (Wiener klinische Wochenschrift* 1899, Nr. 15). Chory 25-letni, rękawicznik z pod Pragi, zgłosił się z powodu guzów pod skórą rozsypanych po całem ciele. Wśród tego dostał silnego napadu, przypominającego padaczkę. Przy bliższem wywiadywaniu się i badaniu pokazało się, że chory przez dwa lata żył w Pradze prawie samą surową wieprzowiną. Następnie spostrzegł raz w stolcu kawałek tasiemca. Potem wystąpiły napady padaczkowe, a powoli potworzyły się po całem ciele pod skórą niezliczone guzy. Wycięcie tych guzów potwierdziło początkowe przypuszczenie, że są to pęcherze z wągrami. Leczenie zasadzało się na wycinaniu pojedyńczych guzów z pod skóry, których ogółem usunięto kilkanaście, a zapomocą badania naliczono razem pod skórą 54, oprócz głębszych, które przypadkowo przy nacinaniu można było odkryć pomiędzy mięśniami.

Nie dość na tem. Po zastósowaniu leku przeciwczerwiowego odszedł tasiemiec (taenia solium).

Spostrzeżenia, czynione nad napadami drgawek wykazały, że jestto padaczka Jacksonowska, a zatem wągry musiały i do mózgu wtargnąć. W chwili ogłoszenia przypadku chory zgodził się na podjęcie operacyi przewiercenia kości czaszki (trepanacyi). Z innych objawów należy podnieść, że eozynofilia we krwi nigdy nie wystąpiła.

Autor na podstawie wszystkich tych objawów rozpoznaje: tasiemiec z wielokrotną wągrzycą tkanki podskórnej i mięśni, wskutek samozakażenia *(taenia solium, cysticercosis multiplex e autoinfectione).*

Wągry mogły się dostać w tym przypadku albo po wyjściu już z odbytnicy chorego przez zanieczyszczenie rąk kałem, albo też treść jelit cienkich podczas wymiotów mogła się wrócić do żołądka, lub też wreszcie w samych jelitach grubych, których treść oddziaływa kwaśno, mogą się rozpuścić otoczki jajek i wągry wprost wtargnąć do ustroju.

Z tego przypadku pokazuje się, że wągrzyca przedstawia znaczenie nietylko dla parazytologii, dermatologii, okulistyki i neurologii, — ale też należy się jej odpowiednie miejsce w medycynie wewnętrznej.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Schrötter Prof. **Zapalenie otętnicze węzłowate** *(Periarteriitis nodosa). (Wiener klinische Wochenschrift* 1899, Nr. 15). O tej sprawie chorobowej, od czasu wydania pierwszego jej opisu przez Kussmaula (w r. 1866), który też stworzył nazwę: „periarteriitis nodosa“, niewiele dotąd wiemy. Kussmaul, jak widać już z samej nazwy, sądził, że miejscem wyjścia sprawy chorobowej jest błona zewnętrzna naczyń *(adventitia).* Weichselbaum znów uważa sprawę tę za „endarteriitis“, że więc wychodzi ona z błony wewnętrznej *(intima),* a dopiero w dalszym ciągu zajmuje całą ścianę i staje się właściwą „arteriitis“.

Ogólnie biorąc, są to zapalenia ograniczone pewnych, najczęściej mniejszych, tętnic, grubości tętnicy wątrobowej, lub wieńcowej serca. W niektórych przypadkach zgrubienie zapalne jest więcej rozlane, w innych bywają guzki wielkości rozmaitej, od główki szpilki do grochu, barwy białej lub białawo-szarej, i to, albo w przebiegu naczynia, albo co częściej na rozwidleniach naczyń tam, gdzie odchodzą mniejsze gałązki. Zajęte bywają naczynia tak wolne, jak i wrośnięte w miąższ któregoś z narządów.

Ilość miejsc zajętych na naczyniach może być niezliczona; przecież tętnice mózgowe zazwyczaj są wolne, tylko bardzo wyjątkowo i na nich można wynaleźć zgrubienia. Ulubioną siedzibą ich są naczynia wieńcowe serca i krezkowe. Ilość przypadków opisanych przekracza małoco ponad tuzin, zawsze więc jeszcze sprawa ta nie jest zbadana dostatecznie. Sam autor stara się podać jej obraz kliniczny, który jest jeszcze mniej zbadany, niż anatomia patologiczna tej rzadkiej choroby.

Początek choroby ze stanowiska anatomii patologicznej wyprzedza początek jej kliniczny. Albowiem kiedy, jak podają autorowie, choroba zaczyna się nagłem podniesieniem ciepłoty (do 40·2°) inne równoczesne objawy (bicie serca, poty, pragnienie znaczne, zmiany w sercu, obrzęki, wysięki w stawach, i t. d.) wskazują, że początek sprawy należy odnieść znacznie w tył.

Są to już bowiem dowody znacznych zmian chorobowych w układzie naczyniowym.

W dalszym ciągu występują objawy różnorodne, a zależą one od tego, które tętnice są zajęte. W rzadkich przypadkach, kiedy zajęte są naczynia mózgowe, mogą się pojawić przypady od tego narządu zależne (zawroty, wymioty, różnica w szerokości źrenic, zmiany w ruchach gałek ocznych, języka, sztywność w karku, zwolnienie tętna). Ma się rozumieć, że w razie zajęcia naczyń trzewnych, wystąpią głównie zaburzenia odpowiednie, a ponieważ ulubioną siedzibą choroby są właśnie tętnice krezkowe, w większości więc przypadków spostrzegano objawy chorobowe w zakresie przewodu pokarmowego. Bóle w podżebrzu wędrujące z jednej strony na drugą, kolka, bolesność na ucisk, biegunki nawet ze stolcami krwawymi, lub krwawo-ropnymi, (z początku może być jednak zaparcie żywota). Może się też

wydarzyć krwotok do jamy brzusznej, wskutek zatoru w naczyniu krezkowem. Śledziona zazwyczaj nie powiększona. Czasami żółtaczka zastoinowa od ucisku przez większe guzki. Ostre zapalenie nerek, oraz zawały w nerkach wydarzać się mogą.

Bóle mięśniowe niekiedy bywają bardzo silne i to nietylko bolesność uciskowa, ale i bóle napadowe, które w niektórych przypadkach stanowią główną podstawę skarg chorego. Prócz tego zdarzają się objawy zależne od samych nerwów, nadczułość, nieczułość i t. d.

Ogólnie biorąc, obraz chorobowy pod względem klinicznym może tedy być bardzo rozmaity, w miarę tego, co się wysuwa naprzód. Albo więc schorzenie w zakresie układu nerwowego, albo mięśniowego, albo przewodu pokarmowego, lub nerek, wątroby, oskrzeli. Wszystkie te objawy dadzą się wytłómaczyć. Niepojętym byłby tylko początek kliniczny choroby, połączony z silną gorączką. Pamiętając jednak, że choroba już się dawno zaczęła, kiedy dopiero pojawiła się gorączka, odnieść możemy, powód gorączki do ciężkich zmian następowych, jak n. p. do owrzodzeń w jelitach, zapalenia oskrzeli i t. p., a więc byłoby to tylko zaostrzenie dawnej sprawy przewlekłej.

Co się tyczy wieku chorych, to przeważają chorzy w latach od 20—30, mogą jednak zapaść i dzieci; płeć męzka daleko częściej ulega. Ten szczegół może dać jakie takie wskazówki do odgadnienia etyologii, która jest bardzo ciemna. Winią oczywiście autorowie różne choroby, jakoby one usposabiały do zapalenia otętniczego węzłowatego. A więc w pierwszym rzędzie kiłę, nadużycia wyskoku, pierwotne zapalenie nerwu, nawet zakażenie swoiste. Najwięcej ma za sobą przypuszczenie Eppingera, że jest to sprawa wychodząca z wrodzonej wątłości błony sprężystej naczyń (elastica), na podstawie której mogą się wytwarzać tętniaki. Byłyby to więc wrodzone tętniaki, polegające na zmianie rozwojowej w błonie sprężystej, mianowicie na jej niedokształtcie. Tłómaczyłoby to, że tam gdzie już z prawidła błona sprężysta jest słabiej rozwinięta, a więc w naczyniach o węższem świetle i na rozwidleniach naczyń, rozwijają się najłatwiej zmiany chorobowe.

Przebieg choroby jest szybki, trwa 2—3 miesięcy. Rychło przychodzi do charłactwa i niedokrwistości, na które chorzy zazwyczaj giną.

Tylko jeden przypadek skończył się pomyślnie, lecz nastąpił zanik mięśni najwięcej dotkniętych. Biegunka i zapalenie nerek rozstrzygają nieraz o dalszym przebiegu choroby. Może też pęknąć tętniak gdziekolwiek, a więc w rzadkich przypadkach i w mózgu, a przez to przyspieszyć śmierć. Leczenie oczywiście prawie bezsilne. Kto uważa kiłę za przyczynę choroby, może podać środki swoiste, po których nawet czasem da się stwierdzić przelotne polepszenie, jak to w innych sprawach zapalnych się wydarza. Zresztą leczenie objawowe: kąpiele letnie dla łagodzenia bólów, morfina; można też próbować na zmiany mięśniowe elektryczności i wodolecznictwa. Dyeta mleczna byłaby najodpowiedniejsza.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Dr. F. K. Kleine. **Dwa przypadki tężca, leczone antitoksyną Behringa.** *(Deutsche med. Wochschr.* 1899, Nr. 3). Przypadek pierwszy, co do swego nasilenia, należał do ciężkich i miał przebieg przewlekły. Pierwsze zastrzyknięcie surowicy (56 sz. ctm.) nastąpiło w tydzień po wystąpieniu objawów tężcowych. Ulga w natężeniu objawów wystąpiła już po 48 godzinach, a po tygodniu choroba ustąpiła zupełnie. Drugi przypadek zaliczyć należy do ciężkich. Surowicę po raz pierwszy zastrzyknięto 4-tego dnia choroby. Mimo to i mimo później powtarzanych wstrzykiwań, cierpienie stawało się coraz gwałtowniejszem i kiedy się zdawało, że już dla chorego niema wyjścia, w 24 godz. po trzeciem wstrzyknięciu, choroba nagle, jakby przez przełom, ustąpiła.

W obu przypadkach podawano równocześnie wodan chloralu. *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekarsk. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 maja 1899.

Przewodniczący: kol. Sielski. — Obecnych członków 35.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnienia zmarłemu w Kołomyi na dur plamisty kol. Gabryelowi Sysakowi, członkowi Tow, który padł ofiarą zawodu. Obecni uczcili pamięć zmarłego Kolegi przez powstanie.

1. Kol. Szpilman demonstruje psa z wadą serca. Wady serca u zwierząt zdarzają się często, mianowicie u bydła rogatego, trzody chlewnej itd.; u psów są one bardzo częste tak, że trudno przy sekcyi natrafić psa z prawidłowemi zastawkami. Co do etyologii tych wad, to zdarzają się one u bydła po gośćcu i rozdzielają się równo na prawe i lewe serce. Bardzo często występują w przebiegu chorób zakaźnych, np. u trzody chlewnej po róży, która nie jest identyczną z różą u człowieka. U psów wady te, zdaniem prelegenta, pojawiają się po nosaciźnie, chorobie wywołanej przez diplokoki; tło więc ich jest bakteryologiczne. Nastąpiła demonstracya psa z typową wadą serca (niedomykalnością zastawek tętnicy głównej).

W dyskusyi oświadcza kol. Wehr, że przedstawienie kol. S. wyjaśnia mu, dlaczego przy jego doświadczeniach ze szwami sercowymi u niektórych psów szwu nie mógł założyć z powodu kruchości naczyń; tłómaczy sobie również wadami serca to, że mu wśród uśpienia chloroformowego psy przy doświadczeniach ginęły.

Kol. Szpilman zwraca uwagę, że psy są bardzo wrażliwe na chloroformowanie, chociażby nawet nie miały wady serca. Co zaś do konsekwencyi wad, to są one te same, co u ludzi.

II. Kol. Marischler przedstawia chorego z kliniki lekarskiej z chorobą Addisona. Wywiady wykazują, że chory ten w roku 1895 skarżył się na kłócie w piersiach i kaszel, a w plwocinie pojawiać się miała krew. W r. 1897 zauważył, że skóra zaczęła ciemnieć i w tym samym czasie miewał wymioty, skarżył się na brak łaknienia i zaparty stolec. Zabarwienie to skóry stawało się coraz ciemniejsze, a w styczniu 1899 roku w niektórych miejscach stało się prawie czarne, jak np. na członku. (Demonstracya).

Przy badaniu znaleziono powiększenie gruczołów w pasze lewej i zamostkowych. Dołek nadobojczykowy prawy zapadły, a w nim, obok przyczepienia się mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, jeden gruczoł wielkości orzecha laskowego. Gruczoły pachowe są wielkości orzecha włoskiego i laskowego, dość twarde i nigdzie ze skórą niezrośnięte. — W szczytach płuc po obu stronach stłumienie, a szmery oddechowe szorstkie, obok tego w prawym szczycie drobne rzężenia. W dolnych częściach klatki piersiowej, po obu stronach, objawy wysięku opłucnowego. Stłumienie serca poprzecznie powiększone, przysłuchem tarcie osierdziowe. Powiększenie wątroby i śledziony. Na skórze, zwłaszcza w miejscach doznających więcej ucisku, ciemno-brązowe plamy (w okolicy barków, krętarzy, żeber). Najsilniejsze zabarwienie, gdyż prawie czarne, znaleziono na członku, kości krzyżowej i w okolicy odbytnicy. Na skórze dłoni fałdy są brązowo zabarwione, łożyska paznogci są prawidłowej barwy. Także i na błonach śluzowych jak np. w jamie ustnej i na spojówkach, znaleźć można plamki ciemno zabarwione. Ciepłota u tego chorego podgorączkowa (37.8). W plwocinie prątków Kocha nie znaleziono.

Siła mięśniowa mała. Prelegent zwraca uwagę na szybkość wyczerpywania się siły mięśniowej, który to objaw, szczególnie w przypadkach choroby Addisona bez zabarwienia skóry, jest ważnym. Wspomina o dwu przypadkach, spostrzeganych w klinice, gdzie znaczna niedomoga (adynamia), nie dająca się wytłómaczyć zmianami anatomicznemi, zwróciła uwagę na możliwe zajęcie nadnerczy, co przy sekcyi zostało stwierdzone. W tych to przypadkach radzi Dieulafoy podawać nadnercza w tym celu, by z chwilowej poprawy ogólnego stanu chorego można wnosić o niedostatecznej czynności gruczołu nadnerkowego. U przedstawionego chorego zastosowano również ten sposób i zauważono, że szybkość wyczerpywania się siły mięśniowej zmniejszyła się.

Po wykluczeniu innych spraw chorobowych, mogących dać powód do brązowego zabarwienia skóry, dochodzi prelegent do wniosku, że rozpoznanie w tym przypadku może się wahać pomiędzy białaczką wrzekomą (pseudoleukaemia) a chorobą Addisona, powstałą na tle gruźlicy nadnercza. Są bowiem opisane w literaturze przypadki, gdzie po-

większone gruczoły w jamie brzusznej, uciskając na zwoje nerwu współczulnego, wywoływały zciemnienie skóry.

Uwzględniwszy jednak krwioplucie i zmiany szczytowe u tego chorego, skłania się prelegent raczej do rozpoznania choroby Addisona. Przypadek ten odznacza się powolnym przebiegiem, a właśnie w tych przypadkach, trwających nieraz i 13 lat, inne objawy, jak niedowład (adynamia) i zaburzenia jelitowe, schodzą na drugi plan, by później tem gwałtowniej wystąpić.

W dyskusyi zabiera głos kol. Rencki: Wszystkie objawy kliniczne, podane przez prelegenta, silnie przemawiają za rozpoznaniem choroby Addisona, tem więcej, że wywiady, objawy zapalenia opłucnej i osierdzia, jak i obrzęk gruczołów, wskazują na tło gruźlicze. Niezwykle ciemne, a miejscami czarne ubarwienie skóry, należy tłómaczyć ciemniejszą cerą chorego, jako b. silnego bruneta. Brak przypadów w narządzie pokarmowym, oraz ogólnego osłabienia mięśniowego, nie osłabia rozpoznania. Kol. R. wspomina o przypadku gruźlicy nadnerczy z kliniki krakowskiej bez objawów żołądkowo-jelitowych, gdzie również osłabienie mięśniowe nie było tak wybitne. Przypadek tutaj przedstawiony przez kol. M. przebiegać będzie prawdopodobnie przewlekle.

Rzadsze są przypadki, gdzie choroba Addisona przebiega szybko. Do takich zaliczyć należy bardzo zajmujący przypadek, obserwowany w klinice lwowskiej, który w ośmiu tygodniach zakończył się śmiertelnie; zasługuje on na bliższe omówienie.

Marya Balóg, służąca, lat 19, przybyła do kliniki 27/X 1898 r. Wywiady: Dziedziczności obciążającej żadnej; w dzieciństwie przebywała odrę; w b. r. zapalenie płuc. Początek choroby 24/X. Wśród zupełnego zdrowia dreszcz, kłócie w boku prawym, kaszel; plwocina z domieszką krwi, gorączka, wymioty, stolec zaparty, ogólne osłabienie. Dnia poprzedniego jadła kiełbasę, a często uszy wieprzowe.

Stan obecny 27/X: Budowa chorej i odżywienie dobre; skóra ogólnie zaczerwieniona; c. 39°, śpiączka. Spojówki gałkowe prawidłowe, język wilgotny, obłożony, gruczoły karkowe macalne, nieco bolesne; chrypka (laryngitis). Klatka piersiowa dobrze wysklepiona, oddechy nasilone = 30; w pasze prawej dolne przestwory bolesne, tu drżenie zniesione; nad obojczykiem prawym lekkie przytłumienie, w dole z przodu i w pasze przytłumienie, granica nieruchoma. Po stronie lewej — jawny.

Szmery po prawej w górze — pęcherzykowe, w dole osłabione i tu nieliczne drobne rzężenia, oraz tarcie opłucnowe; po lewej szmery szorstkie pęcherzykowe, furczenia. Plwocina śluzowo-ropna, bez prątków Kocha. Stłumienie serca prawidłowe, tony b. głuche, czyste, tętno miękkie = 144. Śledziona i wątroba niepowiększona: brzuch nieco bolesny. Ogólna, znacznego stopnia przeczulica mięśniowa; odruchy kolanowe słabe. Mocz bez białka, chlorki nieco lżejsze, indykan zwiększony, diazo-reakcya — ujemna. Stolec biegunkowy, — zawiera obfite śluz, ciałka wypocinowe i czerwone, przybłonki, b. liczne ameby. Krew: C. cz. 5200.000, Hgb. 90%, c. b. 20.500; neutrof: 63% limfoc. 29%, eozynochłonnych 8%.

Przebieg: Gorączka stale zwalniająca waha się między 37·1 do 39·8 z dwukrotną przerwą 3-dniowego stanu bezgorączkowego; biegunka (2—6) utrzymuje się do końca, w stolcach zawsze ciałka czerwone i wypocinowe, ameby znikają 12 grudnia; czasem kryształy Charcot-Leydena. D. 3/XI śledziona macalna, na kl. piersiowej kilka guzków różowych, wyniosłych; kruczenie nad jel. ślepem, skóra na podudziach i stopach łuszczy się, ślad białka w moczu, w osadzie wałeczki szkliste. Próba Vidala ujemna. D. 4/XI pokrzywka na twarzy, kl. piersiowej i kończynach; utrzymuje się przez 7 dni (2 dni przedtem 1 proszek *chinin. tannic.)*. 7/XI na błonie śluzowej policzków dwie ciemne plamki, jakby po wybroczynie. 7/XII w plwocinie, nie zawierającej krwi, dwoinki Fränkla; prątków Kocha nie znaleziono. 8/XII chora nie wymiotuje, twarz przedtem zaczerwieniona obecnie blada, rysy zaostrzone, tętno 120 140, miękkie. Odruchy kolanowe zniesione, znaczna przeczulica mięśniowa utrzymuje się. 13/XII skóra brudno-żółtawa, tętno ledwo wyczuwalne. 16/XII apatya, chrypka większa, skóra brudno-ziemista, na podeszwach łuszczenie, dłonie jaśniejsze; spojówki gałkowe prawidłowe, źrenice szerokie, zęby, po zdjęciu osadu, białe; mięśnie łydkowe b. bolesne, stopy i ręce lekko obrzękłe, w kolanach przykurczenia, tętno niewyczuwalne.

We krwi stała leukocytoza (12 500—14 600). Ilość c. cz. spada do 3.000.000 a hgb. 60%, neutrof. 47%, limfoc. 46%; eozynochł. 7 do 15%. 18/XII — śmierć.

Wynik sekcyi. *Degeneratio caseosa, necrosis ac petrificatio gland. suprarenalium, lymphadenitis calculosa gland. mesaraicarum. Bronchopneumonia tbc. lobi inf pulm. dextri; caverna lobi infer. dextr. Concretiones pleurales taeniformes, pleuritis fibrinosa circumscripta lobi infer. p. d. Tumor lienis acutus. Degeneratio renum; eruptio miliaris hepatis; enteritis chronica piggmentosa; pigmentatio cutis, uterus infantilis; Addisoni.*

W opisanym pokrótce przypadku, nagły początek choroby, śpiączka, objawy żołądkowo-jelitowe, dreszcz, gorączka, zmiany w dolnym płacie płuca prawego i opłucnej, leukocytoza — kazały myśleć o chorobie zakaźnej, lecz trudno było wszystkie objawy sprowadzić do wspólnego mianownika. Nie można było rozpoznawać ani czerwonki z powikłaniami, ani duru brzusznego i grypy, a gruźlica płuca prawego nie tłómaczyła obrazu, tem więcej, że brak zmian szczytowych i prątków Kocha w plwocinie nie przemawiał tak stanowczo za gruźlicą. Intoksykacyi z przewodu pokarmowego, zatruciu kiełbasą, nie odpowiadał przebieg. Wobec wywiadów, stale utrzymującej się przeczulicy mięśniowej, chrypki, uporczywych objawów ze strony narządu pokarmowego, eozynofilii, myślano o włośnicy (*trichinosis*), lecz badanie wyciętego kawałka z mięśnia dwugłowego nie potwierdziło przypuszczenia.

Dopiero wystąpienie ku końcowi życia ciemniejszego zabarwienia skóry, przy jaśniejszych dłoniach, zwróciło uwagę na chorobę Addisona. Podany przypadek dowodzi, jak ważnym objawem w rozpoznaniu choroby Addisona są zmiany barwikowe na skórze. Melanodermia i melanoplakia zdarzyć się może i w innych stanach patologicznych; widziano ją n. p. przy nowotworach, marskości wątroby i kamicy wątrobowej (Leva, Schultze); obecność jej jednak każe poszukać innych objawów, a w każdym razie zwraca uwagę na chorobę Addisona. Osłabienie mięśniowe i zaburzenia w narządzie pokarmowym, na które tak kładzie nacisk Kahlden, nie są stałym objawem dla tej choroby, jak tego dowodzi przypadek kol. Marischlera.

W rozpoznawaniu więc choroby Addisona należy uwzględnić wszystkie objawy tej choroby; wśród nich jednakowoż, jak dotąd, najważniejszym będzie obecność zmian barwikowych na błonach śluzowych i skórze, a wykazanie sprawy gruźliczej w ustroju ułatwić może rozpoznanie (Leichtenstern).

Z wyników badania krwi podnieść należy stałe zmniejszenie ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny, oraz zwiększanie się ilości limfocytów na niekorzyść neutrofilowych. Uderza nadto znaczna ilość ciałek eozynochłonnych (7—15%) na co zwrócił już uwagę Eichhorst.

Kol. St Eljasz-Radzikowski: Chcę zwrócić uwagę na obraz hematologiczny w chorobie Addisona. Wogóle biorąc, podług zdania wielu autorów, a również prof. Neussera (w jego monografii chorób nadnerczy), zachowanie się krwi w tej chorobie jest bardzo rozmaite. Zazwyczaj znajduje się mały stopień niedokrewności bez zwiększenia ilości ciałek białych.

Co do stosunku odsetkowego rozmaitych rodzajów ciałek białych, to zazwyczaj w chorobie Addisona niema zwiększenia ilościowego ciałek eozynochłonnych. Zaznaczają to Kolisch i Pichler, a również Neusser nie znalazł eozynofilii. W jednym przypadku Neussera ilość ciałek eozynochłonnych wynosiła 4·0%, w drugim 4·65%, a więc wartości wogóle nizkie, które jeszcze eozynofilii nie oznaczają. Z tego też nawet powodu Neusser uważa za podstawę rozpoznania różniczkowego pomiędzy rumieniem lombardzkim (pellagra), a chorobą Addisona — zachowanie się ilościowe ciałek eozynochłonnych. Eozynofilia przemawiać ma w przypadkach wątpliwych za rumieniem lombardzkim, a przeciw chorobie Addisona.

W całej dostępnej mi literaturze nie znalazłem zdania, któreby wbrew przekonaniu temu, wypowiedzianemu przez Neussera, uważało eozynofilię za objaw towarzyszący koniecznie chorobie Addisona. W wyjątkowych tylko przypadkach może rzeczywiście wystąpić eozynofilia w chorobie Addisona. Z przypadków ogłoszonych znalazłem jeden w podręczniku Eichhorsta, który miał przebiegać z wybitną eozynofilią. Nie podaje jednak Eichhorst żadnych bliższych szczegółów, nawet nie wymienia ilości odsetkowej ciałek eozynochłonnych.

W pracach znów szczegółowo poświęconych eozynofilii, jak np. w znanych badaniach Zapperta, Neussera, Canona, również nie bywa choroba Addisona zaliczana do spraw przebiegających z eozynofilią. Tem więc dziwniejszem musi się wydawać twierdzenie Stanisława Kleina, który niedawno przy sposobności ogłoszenia nowej własnej teoryi eozynofilii (*Medycyna.* 1898. Nr. 46, 47, 48), zaliczył chorobę Addisona do spraw, znamionujących się eozynofilią.

Rzecz ta jest ważniejsza, niżby się zdawać mogło, ponieważ oprócz znaczenia czysto teoretycznego, przydać się też jest w stanie do rozpoznania w przypadkach ciemnych. Jakiegoż więc trzeba się trzymać zdania? Na podstawie literatury należy powiedzieć tak: choroba Addisona zazwyczaj nie przebiega z eozynofilią, wydarzyć się jednak mogą przypadki, w których przychodzi niewątpliwie do wyraźnej eozynofilii. Co zaś na to wpływa, może mi się powiedzie wytłómaczyć na podstawie przypadku choroby Addisona, który spostrzegałem w naszej klinice ze szczególnem zwróceniem uwagi na eozynofilię i zachowanie się krwi wogóle, a który to przypadek przytoczył właśnie kol. Rencki.

Otóż w przypadku tym, cechującym się przebiegiem nadzwyczaj zawiłym, bez wybitniejszych zmian na skórze, była wyraźna eozynofilia. Odsetki ciałek eozynochłonnych w całym przebiegu były zawsze dosyć znaczne = 6, 8, 10, 15 aż do 17%. Eozynofilia nawet w myśl zdania Neussera oddalała nas raczej od rozpoznania choroby Addisona, skłaniając ku innym sprawom chorobowym, z pośród których tak ten wzgląd, jak i oprócz pewnych objawów w przebiegu klinicznym i szczegółów z wywiadów jeszcze zachowanie się zastanawiające samej ziarniny eozynowej w ciałkach eozynochłonnych (o czem zaraz wspomnę obszerniej), — przechylały ku rozpoznaniu rzadkiej u nas włośnicy (trichinosis).

Mianowicie, pojedyncze ziarenka ziarniny eozynowej w ciałkach eozynochłonnych zachowywały się inaczej wobec barwików, niż to zazwyczaj bywa. Jak wiadomo ziarenka te przy pewnem nastawieniu soczewki przedmiotowej wyglądają jak perełki jednostajnie zabarwione, przy innem znów nastawieniu w odpowiednim przekroju optycznym mają postać kółeczek ostro i ciemniej na obwodzie obrysowanych. Pomięszanie ziarenek eozynowych z ziarenkami obojętnochłonnemi jest jak wiadomo zgoła niemożliwe przy jakiej takiej wprawie w mikroskopowaniu. Tymczasem w przypadku naszym odróżnienie ziarenek eozynowych od ziarenek obojętnochłonnych, a więc, co za tem idzie, ciałek eozynochłonnych od ciałek wielojądrzastych neutrofilowych, napotykało na pewne trudności. I tak, przy świetle elektrycznem, jakiego używamy w naszej klinice, a było to w zimie i trzeba było z konieczności przy oświetleniu sztucznem mikroskopować, rozpoznanie było istotnie trudne. Dopiero światło dzienne pozwalało na pewność w tym względzie. Ziarenka eozynowe niejednokrotnie były mniejsze niż prawidłowe, a zabarwienie ich było niejako przejściowe pomiędzy zabarwieniem zwyczajnych ziarenek eozynowych, a ziarenek obojętnochłonnych.

Objaw zupełnie podobny opisują świeżo autorowie angielscy mianowicie Thayer i pracujący pod jego kierunkiem T. R. Brown, którzy zauważyli te jakoby przejściowe ziarenka we włośnicy.

To tedy dziwne zachowanie się ziarenek w ciałkach eozynochłonnych przemawiało, jak wspomniałem, też obok innych objawów, za domyślaniem się włośnicy. Domysł niesłuszny, jak się zresztą pokazało z rozbioru zwłok.

Bądź co bądź atoli należy jakoś powiązać eozynofilię i ów objaw barwny z chorobą Addisona.

Przedewszystkiem trzeba powiedzieć, że eozynofilia w przypadkach wątpliwych nie przemawia przeciwko chorobie Addisona. Wprawdzie zazwyczaj w chorobie Addisona niema eozynofilii, może się jednak wydarzyć niekiedy w niektórych przypadkach, a posiada wtedy osobną przyczynę.

W naszym przypadku była taka i to nawet niejedna przyczyna. Były bowiem zmiany na skórze, jak rozległe łuszczenie się, a także chwilowo pokrzywka. Oprócz tego w stolcach znajdowały się w wielkiej ilości ameby, bądź co bądź pasorzyty, a te, jak wiadomo, powodują zazwyczaj eozynofilię krwi. Ponadto w stolcach były kryształki Charcot-Leydenowskie, znane zaś są spostrzeżenia Leichtensterna, że w przypadkach, w których kał zawiera owe kryształki, krew odznacza się eozynofilią.

Ta więc wieloraka przyczyna wyjaśnia, zupełnie zgodnie z całą naszą wiadomością o eozynofilii, wystąpienie jej w wymienionym przypadku choroby Addisona.

Pozostaje jeszcze do wytłómaczenia objaw barwny w ziarenkach eozynowych. To już rzecz dużo trudniejsza. Wiadomo, że przedewszystkiem niema zgody pomiędzy badaczami co do przyrody ziarenek eozynowych. Jedni przyjmują możliwość przechodzenia ziarniny obojętnochłonnej w kwasochłonną czyli eozynochłonną. Tak też zapatrują się na owe zabarwienia przejściowe w przypadkach niektórych włośnicy wspomnieni badacze angielscy Thayer i Brown.

Zwolennicy swoistości ziarniny eozynochłonnej, przedewszystkiem Ehrlich, przeczą wogóle, aby istniało zabarwienie przejściowe, jak w przypadkach badaczy angielskich. Zabarwienie takie przejściowe dowodziłoby bowiem możliwości przechodzenia ciałek obojętnochłonnych w ciałka eozynochłonne, jak pisze Ehrlich.

Tymczasem, stojąc nawet na stanowisku zupełnej odrębności ziarenek w różnych rodzajach ciałek białych, a więc na stanowisku Ehrlicha, można ten objaw wytłómaczyć.

Istnieje spostrzeżenie Thayera i Browna we włośnicy, a podobne doń nasze w chorobie Addisona. Ziarenka w ciałkach eozynochłonnych, podobnie jak i w ciałkach obojętnochłonnych, są wytworem wewnętrznej przemiany materyi w samych ciałkach. Skład ziarenek eozynochłonnych jest niewątpliwie już oprócz innego oddziaływania chemicznego zgoła odmienny niż skład ziarenek obojętnochłonnych. Istota chemiczna ziarenek eozynochłonnych jest najpewniej o wiele wyżej uorganizowanem połączeniem. Bardzo więc być może, że w pewnych chorobach skład tej istoty ulega zmianom, a to się w pierwszym rzędzie pokazuje na zmianie w zabarwieniu ziarenek. Ogólnie mówiąc, można przyjąć, że zmiana polega przedewszystkiem na osłabieniu własności kwasochłonnych, czyli eozynochłonnych, wskutek czego powstaje barwa przejściowa w barwikach mięszanych, jak w trójbarwiku Ehrlichowskim.

Objaw ten nie jest może pozbawiony większego znaczenia, jeżeli się zważy, że badania nad przemianą materyi w chorobie Addisona, jakie np. przeprowadzali Kolisch i Pichler, dały wyniki ujemne.

Kol. W e c h s l e r sądzi, że w przypadku kol. R. był obraz pewnego zakażenia mięszanego, przypuszcza mianowicie, że z objawami choroby Addisona mięszał się objaw posocznicy.

Kol. B e d n a r s k i zwraca uwagę na zmiany w oczach. Zabarwienie spojówki gałkowej jest w przypadku kol. Marischlera bardzo charakterystyczne. Kol. B. badał siłę mięśniową mięśni ocznych zapomocą pryzmatów, nie stwierdził jednak wyczerpywania się siły mięśniowej.

Kol. R e n c k i odpowiada, że posocznicy nie można było przypuścić, gdyż punktu wyjścia dla ropienia stanowczo nie było można wykazać, tor zaś gorączki był gruźliczy.

Kol. K r z y s z k o w s k i stwierdza, że wykonując sekcyę u chorej kol. R., nie znalazł zmian posoczniczych, brak bowiem był ostrego obrzęku śledziony, zaburzeń w nerkach i innych narządach.

W końcu przemawiali jeszcze koll. M a r i s c h l e r, F e u e r s t e i n i R a d z i k o w s k i.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie

Podał

Dr. T. Janiszewski
lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

Dnia 23 maja o godzinie 8mej wieczór zebrali się członkowie Zjazdu w gmachu parlamentu niemieckiego, celem wzajemnego poznania się. Rolę gospodarzy sprawowali książę na Raciborzu, przewodniczący Zjazdu i księżna Hohenlohe-Schillingfürst. Pomiędzy członkami widzieć było można wszystkie wybitniejsze znakomitości lekarskie zagraniczne; nawet Chiny i Japonia wysłały specyalnych delegatów. Przeszło 2000 osób zgłosiło swój udział. Tak liczny Zjazd wymownie świadczy, jak wielką wagę przywiązuje cały świat cywilizowany do sprawy zwalczania gruźlicy. Polaków lekarzy, obecnych na Zjeździe, było trzech. Dnia 24-go maja o godzinie 11tej przed południem nastąpiło uroczyste otwarcie Zjazdu w obecności cesarzowej niemieckiej, która objęła protektorat nad Zjazdem. Opis tego oficyalnego aktu, jako najmniej ciekawy, opuszczam. Właściwy program Zjazdu obejmował następujące działy: I. rozpowszechnienie się gruźlicy; II. etyologia; III. profilaktyka; IV. terapia; V. sanatorya. W każdym dziale zgłoszono (z wyjątkiem Igo) po kilka odczytów i k i l k a d z i e s i ą t referatów. W czterech ostatnich działach nie przyszło wcale do rozpraw, bo nawet większość zgłoszonych referatów nie mogła być wyczerpaną. Wszystkie odczyty i referaty bez wyjątku ogłoszone będą drukiem w pamiętniku Zjazdu, który wyjdzie za parę miesięcy. Nie mam zamiaru streszczać każdego odczytu, lub referatu; podam jedynie wątek z każdego działu. Ogólne uwagi o odbytym Zjeździe umieszczę na końcu sprawozdania, a obecnie przystępuję do 1go działu.

I. R o z p o w s z e c h n i e n i e s i ę g r u ź l i c y. Na podstawie bogatego materyału statystycznego przychodzi Dr. K ö h l e r, dyrektor urzędu zdrowia w Berlinie, do następujących wniosków: Gruźlica wogóle, a w szczególności gruźlica płuc, należy do chorób zakaźnych, która rok rocznie najwięcej ofiar pochłania. Śmiertelność u mężczyzn jest większą, aniżeli u kobiet; jeżeli się zważy, że śmiertelność naj-

większa przypada na wiek 20—30 lat, t. j. na wiek, w którym człowiek najintenzywniej pracuje, to jasnem się staje, jakie straty ponosi społeczeństwo z powodu tej tak ogromnie rozpowszechnionej choroby.

W roku 1894 zmarło w Niemczech

na błonicę	63.701
„ krztusiec . . .	21.521
„ płonicę	8.937
„ odrę	16.173
„ dur	6.373
Razem	116.705.

Na gruźlicę zmarło w tym samym roku 123.904.

Gruźlicę spotyka się we wszystkich częściach świata; nie oszczędza ona żadnej rasy. Co się tyczy rozpowszechniania się gruźlicy w Europie, to najkorzystniejsze warunki pod tym względem, t. j. najmniej rozpowszechnioną jest gruźlica w Anglii, Belgii i we Włoszech, najwięcej zaś na Węgrzech, w Austryi i Rosyi; jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę także wszystkie przypadki śmierci z powodu chorób zapalnych narządów oddechowych, to najkorzystniejsze warunki przedstawiają: Szwajcarya, Norwegia i Dania, najmniej korzystne — Belgia, Włochy i Rosya. Niemcy mają średnią śmiertelność z gruźlicy płuca 2,25, razem z innemi chorobami narządów oddechowych 4,9 — na tysiąc ludności, przy ogólnej śmiertelności 21,8‰. W pasie umiarkowanym wzrasta śmiertelność z powodu gruźlicy w pierwszych pięciu miesiącach roku. Wpływ na rozpowszechnianie się gruźlicy wywierają warunki klimatyczne.

Liczby obliczone na podstawie dotąd istniejących liczb statytystycznych są jeszcze zbyt niskie, ponieważ liczby te wykazują wiele braków; sprawdzono np., że jako przyczynę śmierci podawano np. zapalenie płuc u osób obarczonych gruźlicą, u których zapalenie płuc było tylko powikłaniem istniejącej oddawna choroby. Statystyka zachorowań na gruźlicę jest również niedokładną, bo większość przypadków dochodzi do wiadomości dopiero wtedy, jeżeli choroba poczyniła już znaczne postępy. *(Ciąg dalszy nastąpi).*

VIII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

(Ciąg dalszy).

Romberg (z Lipska) podnosi przedewszystkiem z naciskiem, że niewydolność mięśnia sercowego najczęściej nie jest wyrazem klinicznym schorzenia jednakowego pod względem etyologicznym lub anatomicznym. Raczej najczęściej kliniczny przebieg choroby zależy od wielu rozmaitych szkodliwości anatomicznych i czynnościowych, które znowu działają w sposób zmienny i w coraz nowych połączeniach. Tylko w tych przypadkach należy przypuścić zaburzenie jedynie czynnościowe, jeżeli dokładne anatomiczne badanie nie wykaże zmian organicznych.

Omawiając uszkodzenia mięśnia sercowego wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych, zwraca mówca uwagę, że kiedy nawet te tętnice nie są zupełnie niedrożne, to już zmniejszone ukrwienie mięśnia sercowego może wywołać osłabienie jego sprawności.

W ocenieniu klinicznem zapalenia mięśnia sercowego należy baczyć na dwie okoliczności: mianowicie, czy zapalenie już minęło i doprowadziło do zbliznowacenia, czy też ma się do czynienia jeszcze ze świeżą sprawą postępującą.

Chociaż zwyrodnienie tłuszczowe samo przez się nie wpływa na sprawność mięśnia sercowego, to przecież jest dowodem, że na mięsień działała pewna szkodliwość. Rozklejanie się mięśnia sercowego — *(fragmentatio)* — nie stanowi osobnej choroby serca. Tak samo nie uznaje mówca t. zw. „wyskokowego“ zapalenia mięśnia sercowego *(myocarditis alcoholica)* albo „wyskokowego“ zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego. Uszkodzenie wyłącznie czynnościowe siły serca jest wogóle rzadkie; natomiast zdarza się o wiele częściej i posiada wielkie znaczenie zaburzenie czynnościowe w sercu już chorem. Wskutek takiego zaburzenia serce chore może wypowiedzieć służbę. Do szkodliwości czynnościowych należy, oprócz nadmiernego wysilenia pracą cielesną, bardzo silne pobudzenie psychiczne, przestrach, strapienie, a to mianowicie wskutek olbrzymiego podniesienia parcia krwi.

W dalszym ciągu, do czynników, które mogą spowodować niewydolność mięśnia sercowego, albo już istniejącą pogorszyć, należy niedostateczne odżywienie ustroju wskutek zaburzeń w trawieniu, albo też niewystarczający dowóz żywności do ustroju, nieraz spowodowany pewnym sposobem leczenia, np. leczeniem odtłuszczającem, przesadną dyetą w cukrzycy. Podobnie działają także przygnębienia umysłowe i niektóre choroby zakaźne, które nie powodują zmian anatomicznych w sercu, jak np. grypa *(influenza)*.

Osłabienie serca u tłuściochów tłómaczy mowca niestosunkiem pomiędzy wielką objętością ciała, a względnie małą objętością mięśnia sercowego u tych ludzi. Obrośnięcie tłuszczem (otłuszczenie) i zwyrodnienie tłuszczowe tylko w małym stopniu wchodzą tutaj w grę. Na tej też podstawie tak wybitnie dobrze działa gimnastyka mięśni i serca u tłuściochów z niewydolnością mięśnia sercowego. Również popiera ów związek wzajemny uderzająca w oczy różnica w zachowaniu się serca u tłuściochów z mięśniami rozwiniętymi, a u ludzi opasłych ze słabymi mięśniami.

Te same przyczyny, które sprowadzają niewydolność mięśnia serca prawidłowego, powodują ten stan i w sercu przerosłem. Oprócz tego sama choroba podstawowa sprzyja występowaniu powikłań. Także wymagania większe, nałożone na sprawność serca, a które spowodowały jego przerost, nie ustają, przeciwnie, wymagania te nawet rosną, aż ostatecznie zupełne skurcze serca nie mogą już powstać.

Siła zapasowa serca przerosłego równa się takiejże sile serca zdrowego. Jedynie tylko w tym okresie, kiedy zaburzenie, powodujące przerost, postępuje, kiedy więc przerost, odpowiadający zaburzeniu pierwotnemu, nie dosięgnął jeszcze właściwej miary, serce przerosłe rozporządza mniejszą ilością siły zapasowej do pracy zewnętrznej, aniżeli serce prawidłowe. Krom tego serce przerosłe szczególniej jest skłonne do rozmaitych chorób, do stwardnienia tętnic wieńcowych, do zapalenia mięśnia sercowego i t. d.

Co się tyczy sposobu powstawania t. zw. serca piwoszów, mówca zwraca uwagę, że Hirsch znajdował tylko wówczas przerost serca u piwoszów, jeżeli równocześnie istniało śródmiąższowe zapalenie mięśnia sercowego. Rzeczywistego przerostu roboczego serca nie widział mówca ani razu. Należy dopiero ściśle udowodnić, że istnieje taki przerost.

Tak zw. „małe serce suchotników“ nie jest objawem wrodzonym, ale polega podług ścisłych badań Hirscha na niedostatecznem odżywieniu całego ustroju. Jak wszystkie mięśnie w suchotach chudną, tak samo szczupleje mięsień sercowy.

Najgłówniejszym, choć nie jedynym, czynnikiem zaburzeń w krążeniu na szczycie wszystkich ostrych chorób zakaźnych jest ośrodkowe porażenie nerwów naczynio-ruchowych, a nie uszkodzenie samego mięśnia sercowego.

Niezupełnie zgadza się mowca na zapatrywanie Martiusa, że powiększenie uderzenia koniuszkowego serca polega na rozstrzeni serca, a więc na zmniejszeniu przestrzeni, w której się serce może poruszać w klatce piersiowej. Zmienia to zapatrywanie o tyle, iż przyspieszenie przebiegu skurczów serca jest w stanie silniej wstrząsnąć ścianę klatki piersiowej, niż się to dzieje w stosunkach prawidłowych.

Obraz „rozstrzeniowej słabości serca u dzieci“, przedstawiony przez Martiusa, uznaje mowca, ale ogranicza w znacznym stopniu jego pojęcie.

His (z Lipska) prostuje błędne mniemanie, jakoby on i Romberg kiedykolwiek sądzili, że wszystkie nerwy serca są dośrodkowe.

Dzisiaj po pracach Betfiego i Apathyego jeszcze mniej mamy pewnych wiadomości co do czynności komórek zwojowych serca. Jedynie tylko nie ulega wątpliwości, że z komórek tych rozwijają się włókna nerwowe. Podług tego należy odróżniać nerwy mające początek w zwojach serca, od nerwów, których ośrodki znachodzą się w rdzeniu i w rdzeniu przedłużonym. O czynności tamtych nie wiemy prawie nic pewnego. Za to czynność ostatnich, to jest nerwów pozasercowych, jest już dawno zbadana. Zwłaszcza dla klinicystów posiadają nerwy pozasercowe wielkie znaczenie, mianowicie wpływ ich na stan i czynność mięśnia sercowego, jak tego dowodzą prace Engelmanna, który odróżnia trzy rodzaje zdolności mięśnia sercowego: 1) zdolność wytwarzania samoruchowych (automatycznych) podniet w oznaczonych okresach czasu; 2) zdolność przewodzenia tych podniet z jednej komórki mięśniowej na drugą; 3) zdolność odpowiadania na podniety zewnętrzne czy wewnętrzne zapomocą skurczów o pewnej oznaczonej sile.

Wszystkie to trzy zdolności nie zależą od siebie nawzajem. Występują pod wpływem rozmaitych warunków, zawisłych znów od mięśnia sercowego (stan odżywienia tego mięśnia, znużenie, dowóz tlenu, ciepłota itd.) z jednej strony, jak i od nerwów pozasercowych ze strony drugiej.

Nerwy pozasercowe pośredniczą np. w zmianach odruchowych czynności serca, a zmiany te odruchowe powstają pod wpływem

drażnienia powierzchni serca (mięśni) i osierdzia. Ośrodek więc odruchowy nie znajduje w ten sposób w sercu, ale w ośrodkowym układzie nerwowym.

Nerwy pozasercowe wywierają wielki wpływ na ruchy serca. Jednym z najlepszych przykładów tego wpływu jest zbiór objawów, znany pod nazwą choroby Adams-Stokesa [1]).

W chorobie tej zwolnienie tętna, względnie przerwa w ruchach serca, jest pochodzenia ośrodkowego, a dowodem tego są inne objawy towarzyszące, jak oddech Cheyne-Stokesa, kurcze, rozszerzenie źrenic, bezprzytomność.

W jednym przypadku choroby Adams-Stokesa zauważył mowca objaw dotychczas nadzwyczaj rzadko spostrzegany i dotąd nieopisany dokładnie. Mianowicie występowała przerwa w ruchach komór sercowych trwająca $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ minuty. Na tę chwilę ginęły tony sercowe, uderzenie koniuszkowe i tętno. Tylko ponad przedsionkami wysłuchać można było rytmiczny pomruk, współczesny z wyraźnem tętnem żył szyjnych. Nawet gdy wróciły tony sercowe i tętno, swoją drogą bardzo zwolnione (30—40 uderzeń na minutę), częstość uderzeń przedsionkiem była znacznie większa [2]).

Quincke (z Kiel). Do powstania sprzeczności pomiędzy czynnością serca a tętnem, opisanej przez drugiego sprawozdawcę Martiusa, nie potrzeba podług mowcy rozstrzeni serca, choć pojawia się ona przytem często. Serce jest złożonym układem mięśniowym, a kojarzenie ruchów jego może przedstawiać zboczenia od prawidła. Cząstkowe (frustan) skurcze serca należy uważać za kurcze. Uchwycił je mowca na kardyogramach, na których mają szerszy wierzchołek, aniżeli w stanie prawidłowym. Badanie zapomocą prześwietlania Roentgenowskiego wykazało, że serce w skurczach cząstkowych podczas rozkurczu jest tak samo wypełnione krwią, jak i w innym razie; atoli następujące zmniejszenie skurczowe nie dochodzi do *minimum* skurczu prawidłowego, lecz zatrzymuje się nagle, aż nie nastąpi rozszerzenie rozkurczowe i wypełnienie krwią. Ów skurcz cząstkowy stanowi przejście do skurczu prawidłowego, różni się przecież wybitnie od zwykłego skurczu słabego, przy którym wypełnienie rozkurczowe serca jest mniejsze i następujący skurcz również mniej wydatny.

Te zboczenia w kojarzeniu ruchów mięśni sercowych wydarzają się prawdopodobnie także w warunkach fizyologicznych. Należy zwracać uwagę nietylko na zwyżkę lub zniżkę siły sercowej, lecz również na sposób objawiania się jej.

Poehl (z Petersburga). Istoty chemiczne, wytwarzające się wskutek znużenia mięśnia sercowego, należą do gromady ksantyn, które powodują samozatrucie mięśnia sercowego, czyli nagromadzenie się wytworów przemiany materyi w mięśniu sercowym. Tak samo działają choroby przebiegające z wybitnie zmniejszonem utlenianiem śródnarządowem, jak płonica, dur, błonica, grypa itd. Istoty powstające ze znużenia utleniają się łatwo.

Filipps czynił doświadczenia ze sperminą Poehla i doszedł do wyniku, że t. zw. zbiorowe działanie naparstnicy nie występuje, jeżeli się równocześnie podaje sperminę.

Czynność serca, będącą źródłem energii ruchowej, wspierają własności osmotyczne soków narządowych. Względne ciśnienie osmotyczne moczu przedstawia wielkie różnice w rozmaitych chorobach.

I tak, w wielu chorobach sercowych i w zapaleniu płuc mocz, ubogi w chlorki, posiada bardzo obniżone ciśnienie osmotyczne.

Zniżenie punktu zamarzania jest bardzo małe. Niektóre wody mineralne ułatwiają pracę sercu przez podwyższenie ciśnienia osmotycznego soków tkankowych.

Basch trwa w przeciwieństwie do zdania Schroettera i pozostaje przy dawnem swojem mniemaniu, że nauka o t. zw. wyrównaniu w wadach zastawkowych jest zupełnie przestarzała i zbędna.

W końcu odpowiadali jeszcze obaj sprawozdawcy, Schroetter i Martius.

---

[1]) Pierwszy Adams opisał tę bardzo rzadką chorobę jeszcze w roku 1827 (*Hospital reports*, Dublin), następnie rodak jego, Stokes (*Krankheiten des Herzens*, tłomaczenie niemieckie przez Lindwurma 1855). Z tego powodu klinicysta francuski Huchard nazwał ją: „*Maladie de Stokes-Adams*« (*Maladies du coeur*, Paris 1889, str. 255). Podobne przypadki w polskiej literaturze opisali Polak (*Medycyna*, 1882, Nr. 51), Arnstein i Edgren (*Gazeta Lekarska*, 1894, Nr. 24).

Najświeższą pracą o chorobiej Adams-Stokesa jest gruntowna rozprawa tegoż. W. Hisa *jun.*, umieszczona w: *Deutsches Archiv für klinische Medicin, 54 Band, Festschrift zur Feier des 100 jährigen Bestehens der medicinischen Klinik zu Leipzig*, 1899, str. 316).

Przyp. Dr. St. E-R.

[2]) Niezgoda w częstości ruchów przedsionków a komór jest objawem znanym w fizyologii serca zwierząt, a także zarodków ludzkich; objawna sercu ludzkiem dotąd nadzwyczaj rzadko spostrzegany, a nawet przez wielu badaczy zaprzeczany. *Przyp. Dr. St. E-R.*

2) F. Winkler (z Wiednia). *Badania doświadczalne nad niedomykalnością czynnościową zastawki dwudzielnej (insufficientia mitralis functionalis).*

Spostrzeżenia kliniczne stwierdziły występowanie szmerów nad zastawką dwudzielną, dla których rozbiór zwłok nie może dać wyjaśnienia. Tłómaczy się więc tę sprawę czynnościową zaburzeniem w czynności mięśni brodawkowych i mięśni przyczepu zastawek. Mowca, aby zbadać doświadczalnie stosunek niedomykalności czynnościowej do rzeczywistej anatomicznej, przeciągał nitkę przez serce w ten sposób, że mięsień brodawkowy doznał przeszkody w pracy swej, samo płatki jednakowoż zastawkowe nie były uszkodzone. Z doświadczeń pokazało się, że po przeciągnięciu nitki występowały szmery skurczowe, a częściowo też rozkurczowe. Również, chociaż zastawka przy obdukcyi była domykalną, w każdym przypadku można było stwierdzić zwracanie krwi z lewej komory do lewego przedsionka. Na podstawie więc tych doświadczeń niedomykalność czynnościowa zastawki dwudzielnej, tak w objawach swych, jak i w skutkach, różni się od istotnej niedomykalności tej zastawki tylko co do stopnia natężenia sprawy. Jest to więc niedomykalność zastawki dwudzielnej, która istnieje podczas czynności komory, której jednak po śmierci nie można już wykazać. (D. c. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 czerwca.

* Dnia dzisiejszego odbył się pod przewodnictwem prof. Jakubowskiego Wiec lekarzy krakowskich w celu ułożenia listy kandydatów z Krakowa do mającego się wybrać zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Największą liczbę głosów z kolei otrzymali — na członków zarządu: Ponikło Stan., Rutkowski Maks., Wachholz Leon i Łazarski Józef. Na zastępców: Gwiazdomorski Jan, Raczyński Jan, Zarewicz Aleksander i Droba Stan.

* Na posiedzeniu Najwyższej austryackiej Rady zdrowia w dniu 3 czerwca Radca ministeryalny, Dr. Kusy, zdawał sprawę o przebiegu dżumy za granicą, zwłaszcza w Aleksandryi, o wydanych z tego powodu zarządzeniach przez ministra spraw wewn. w porozumieniu z ministrem handlu, oraz o środkach, zawartych w punktacyach konwencyi weneckiej, a zmierzających do zapobieżenia zawleczeniu dżumy drogą morską do Europy. Sprawozdanie to N. Rada zdrowia przyjęła do wiadomości. W dalszym ciągu mówił Dr. Kusy o ospie i durze osutkowym, szerzących się jeszcze w południowej Galicyi, o pojedyńczych przypadkach duru osutkowego wśród robotników galicyjskich, pracujących na Szląsku i o zlokalizowaniu tych przypadków przez miejscowe władze sanitarne.

Prof. Gruber mówił o odkażaniu formaldehidem podług najnowszych sposobów, ulepszonych w wiedeńskim instytucie higienicznym. Wreszcie Dr. Kusy zdał sprawę z berlińskiego Zjazdu dla zwalczania gruźlicy, przedłożył liczne przedmioty i druki do tej sprawy należące, które przekazano austryackiemu komitetowi do zwalczania gruźlicy.

* Izba lekarska tryesteńska wezwała rząd do energiczniejszego czuwania nad okrętami, przybywającymi z Egiptu, wskazując na szpital św. Bartłomieja, jako na przybytek dla 12-dniowej obserwacyi podróżnych. Również Izba uprasza rząd, ażeby zaopatrzył gminę tryesteńską w znaczniejszą ilość surowicy przeciwdżumowej.

* Sprawa reorganizacyi szpitala powszechnego w Wiedniu została wyjaśnioną przez namiestnika w Sejmie dolno-austryackim. Komisya, powołana przez namiestnictwo, w celu podania możebnie najlepszego planu tej instytucyi, zwiedziła szpitale zagraniczne, wyzyskała wszystkie urządzenia nowoczesne i złożyła ministerstwu sprawozdanie ze swego mandatu. Państwowa Rada sanitarna powołała ze swego łona komitet do tej sprawy i oświadcza, że układy z ministerstwem finansów są w toku i na dobrej drodze.

* Dr Higier, sprawozdawca z prac polskich (z zakresu medycyny wewnętrznej) do nowo-powstałego w Berlinie pisma *Deutsche Aertzte Zeitung*, uprasza autorów o nadsyłanie mu odbitek z prac swoich (*Gaz. Lek.*, Nr. 23).

* Prof. L. Rydygier wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. (*Medycyna*, Nr. 23).

* Popularna publikacya Dr. Puławskiego pod tyt. »O tem, co to jest ospa i co trzeba robić, aby się od ospy ochronić«, wyszła w Warszawie w 2-giem nieco rozszerzonem wydaniu; broszura ta,

przekonywująco dowodząca potrzeby i pożytku ochronnego szczepienia, powinna znaleźć rozpowszechnienie i w Galicyi, ze względu na szerzącą się w południowych powiatach ospę.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Józef Konstanty Mang.

* Dr. Serwaes, który niedawno po Kobercie objął kierownictwo zakładu w Görbersdorfie, opuścił już to stanowisko, z powodu ograniczania jego władzy, jako lekarza kierującego, przez obecnych właścicieli Görbersdorfu.

* D. 6 czerwca obchodził prof. Ziemssen jubileusz 25-letniej swej działalności, jako kierownik szpitala powszechnego w Monachium.

* Dr. Ed. Pflüger, prof. w Bonn, obchodził d. 6 b. m. 70-ty rok swoich urodzin.

* Dnia 1 maja rozpoczął już wychodzić w Freiburgu tygodnik *Psychiatrische Wochenschrift* pod redakcyą Dr. Breslera. Bogaty program obejmuje choroby umysłowe wogóle ze stanowiska lekarskiego i administracyjnego. Wydawnictwo liczy pomiędzy współpracownikami pierwszorzędne siły psychiatryczne.

* Wiele lekarstw, tak zw. »specyfików« dostaje się do publiczności pocztą, w pakietach opieczętowanych, albo jako »próbki bez wartości«. Ministeryum spraw wewnętrznych przypomina urzędom pocztowym, że do ich obowiązków należy czuwać nad tego rodzaju przesyłkami i jeśli stwierdzą, że pakiet zawiera lekarstwo, aby takowe odsyłali do urzędów cłowych, które postąpią dalej podług ustawy.

* Jedna kobieta, w celu poronienia, spożywała przez dłuższy czas pigułki z diachylonu; zamiar jej w zupełności się powiódł, lecz jednocześnie sama ona przebyła wszystkie objawy ołowicy, zakończonej śmiercią. Sekcya zwłok wykazała zapalenie żołądka i kiszek, miąższowe zapalenie nerek, obrzęk śledziony, wybroczyny, krwotoki okołonaczyniowe i zwyrodnienie tłuszczowe ścian naczyniowych. W korze mózgowej również znaleziono ogniska wybroczynowe. Fakt ronienia przy zażywaniu ołowiu już dawniej był znany.

* Liczba umierających na raka zwiększa się w Anglii z roku na rok. Kiedy w r. 1865 umarło ogólnie na raka osób 7922, to w r. 1875 liczba ta wynosiła 11,414, a w r. 1895 — 22,965. Podług świeżej pracy Heimanna, to samo zjawisko stwierdzono i w Prusach: w roku 1877 umarło tam na raka osób 2,952, a w r. 1896 — 22,548. Według umiejscowienia rak usadawiał się najczęściej w macicy, następnie z kolei w żołądku, sutkach, odbytnicy, przełyku, na skórze, w wątrobie, na wargach, w gruczołach. Co do wieku chorych, to między 25 a 30 r. życia było przypadków 336, w następującej kolei: żołądek, macica, policzki i odbytnica.

* Chirurgia u ludów dzikich uderza nieraz pomysłowością i śmiałością: pomijając takie zabiegi, jak otwieranie ropni zaostrzonym rogiem, zaszywanie ran, puszczanie krwi, nasiekanie (scarificatio), wykonują dzicy resekcyę płuc, a niektóre szczepy indyjskie robią laparotomię wcale z dobrymi wynikami.

* W Montreal wydarzyła się jednemu głośnemu okuliście okropna pomyłka: zapalenie oka lewego po urazie groziło przeniesieniem się na oko prawe; postanowiono oko chore wyłuszczyć, na co chory 18-letni mężczyzna, zgodził się i operacyę wkrótce wykonano w uśpieniu chloroformowem. Po upewnieniu rodziny i przyjaciół chorego, że operacya odbyła się jak najpomyślniej, przekonano się wkrótce ze zgrozą, że wyłuszczonem zostało oko nie chore, lecz zdrowe. (*The Lancet*).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXI (od 21 do 27 maja). Ludność średnia roczna wraz z wojskiem 83,730. Zawarto w tym czasie małżeństw 19 (11,8); urodzin było 40 (24,84); skonów — 64 (39,75). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 16.10, u starozakonnych 10:7.

* Stanowisko profesora warszawskiej kliniki chirurgicznej po prof. J. Kosińskim zostało poruczone profesorowi nadzwycz. chirurgii teoretycznej, Dr. Wasilijewowi.

* Wydział krajowy zamianował doktora Zygmunta Wierzbickiego sekundaryuszem oddziału chorób umysłowych w Krakowie.

* W okolicach Odesy, w niemieckiej wiosce Landau, kolonista Steinberg doręczył własnoręcznie list odźwiernemu szpitala wiejskiego, z prośbą o oddanie go lekarzowi. List był tej treści: »czy nie dałoby się tak rzeczy pokierować, ażeby żona moja, Katarzyna, lecząca się obecnie w szpitalu, wyzionęła ducha za 2 tygodnie?«

Oczywiście Steinbergowi odpowie na to pytanie sędzia śledczy, któremu list ten doręczono.

* Pomyłka drukarska. W Nrze 23 *Przegl. Lekar.*, na stronie 324. wiersz 26 od góry, słowo »historyi« — ma być »histeryi«.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Bodin mianowany został prof. kliniki lekarskiej w Tours. Rząd krajowy w Bośnii mianował prowizorycznie na stanowisko lekarza rządowego w dolnej Tuzli Dra panią Jadwigę Olszewską; Dra panią Gizelę Kuhn przeznaczył na takież stanowisko w Banialuce, a Dra panią Teodorę Krajewską przeniósł z Dolnej Tuzli do Serajewa w tym samym charakterze. Prof. nadzwycz. wiedeńskiego Uniw. dr. Maurycy Benedikt otrzymał tytuł prof. zwyczajnego. Docenci berlińscy: Benda, Salomon i Heymann otrzymali tytuł profesorski.

Nekrologia. Dr. A. Charpentier, prof. położnictwa w Paryżu, zmarł w 63 r. życia. Dr. Marcin Ehrlich, wychowaniec Uniw. dorpackiego, założyciel Tow. lek. płockiego, zmarł w Płocku w 65 r. życia. Dr P. Onichimowski, zmarł d. 23 maja z duru — w Lipowcu. Dr. Franciszek Fuchs, zmarł we Lwowie, w 47 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *W Nowinach Lekarskich* Nr. 6. Dra Noiszewskiego K.: Czucie włosowe i czucie gruczołowe. Dra Brunera W.: O zastósowaniu leczniczem upustu krwi. Doc. Dra Sieradzkiego W.: O wartości próby płucnej, jako próby życiowej noworodka. Dra Drobnika T.: Uwagi i spostrzeżenia dotyczące opatrywania ran (dokoń.). *W Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 5: Zielińskiego Wł O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 23: Doc. Dra Barącza R.: Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. Szwajcera L.: Kilka cyfr o ospie w szpitalu zapasowym. Stróżewskiego K.: Kilka przypadków nowotworów mózgowia. Dra Sędziaka L.: Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach nerwowego układu ośrodkowego (dok.). Kijewskiego Fr.: Kilka uwag o pozostawianiu ciał obcych w jamie brzusznej. *W Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 7: Dra Goldmana A.: Przyczynek do powstawania nowotworów w związku z urazem. Dra Grodeckiego Fr.: Przypadek górzycy prącia (Epispadiasis penis). Dra Zdanowicza I: Stenosis congenita vaginae. Partus. Dra Górskiego K.: Trochę statystyki szkolnej. Dra Tchórznickiego I: W kwestyi pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych. Dra Sonnenberga E.: Tajemnica lekarska, jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne. Dra Sterlinga S.: Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. W *Medycynie* Nr. 23: Grosglika S.: Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottiniego (dokończenie).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, w klinice chirurgicznej, — posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) Kol. Dr. Rutkowski przedstawi kilku chorych, operowanych w klinice; 2) Kol. Doc. Raczyński będzie miał odczyt: „W sprawie gruźlicy u dzieci".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nadesłane.

L. 1991.

KONKURSY.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Jabłonowie* rozpisuje Wydział powiatowy w Kołomyi konkurs pod warunkami, zastrzeżonymi w §. 7 ustawy z dnia 2 lutego 1891 Dz. ust. kr. Nr. 18.

Roczna płaca wynosi 600 złr. oraz ryczałt na koszta podróży służbowych w kwocie 400 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki dom.

Podania mają być wnoszone do Wydziału powiatowego najdalej do 1 Lipca 1899.

Na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą roczną 700 złr. oraz wolnem mieszkaniem w Zakładzie. — Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego w Krakowie do d. 30 czerwca 1899 roku.

Wydział powiatowy w Jarosławiu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Sieniawie 11* koło Jarosławia. Płaca roczna 500 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Podania do 30 czerwca 1899. — Posada nadaną zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie roku stabilizacya.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Czernichowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę. — Podania do 1 lipca b. r.

Gmina miasta Ciężkowice pow. Grybów ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z poborami oznacznymi za oględziny bydła rocznie około 120 złr. — Podania do 15 lipca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Uściu zielonem*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową (aż do otwarcia apteki publicznej). Płaca roczna 500 złr. ryczałt na objazdy 300 złr. Podania do 30 czerwca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Andrychowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 300 złr. — Podania wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do dnia 20-go czerwca 1899 r.

Wydział Rady powiatowej w Brzeżanach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Kozłowie* z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 350 złr. Podania do 20 czerwca.

Wydział powiatowy w Staremmieście rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Starejsoli*. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podanie do Wydziału powiatowego w Staremmieście w terminie do 15 lipca b. r.

Towarzystwo lekarskie warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra med. i chir. Leona Konitza przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 października 1902 r., jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna, odpowiednio do wartości naukowej pracy: albo w kwocie Rb 570, złożonej z dwóch nagród: jednej pozostałej z poprzedniego konkursu i drugiej przypadającej na bieżący trzechletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody, każda po Rb. 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszeryi z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 kwietnia 1899 roku do dnia 31 marca 1902 roku. Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne jakoteż laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jakoteż podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1902 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała L. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożona zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz stały: *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1. Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezinfekcyi przewodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych, lub dotychczas niepróbowanych);
2. Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci;
3. Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów, występujących przy *Favus*, *Herpes tonsurans* lub *Eczema marginatum*;
4. Zbadanie dokładne jednego z produktów bakteryj gruźliczych;
5. Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (varices);
6. Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (cystitis);
7. Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (Pneumectomia).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1900 r. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 7 tematów wyznacza się nagroda Rb. 300. Takich nagród jest dwie.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (ulica Niecała L. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz stały: *Dr. Brodowski*

Towarzystwo lekarskie warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1901 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1897 r. do 31 grudnia 1900 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1897, 1898, 1899, 1900 i w ciągu stycznia 1901 r. na ręce Sekretarza stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała L. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz stały: *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu Dra Romualda Pląskowskiego przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1900 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od dnia 24 czerwca roku 1896, jako rocznicy śmierci testatora do dnia 31 marca 1900 roku, bądź też w rękopiśmie Towarzystwu lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1900 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rs. 185 kop. 25. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem »Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego w Warszawie« (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopismach — zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz stały *Dr. Brodowski.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. Romualda Pląskowskiego udzieloną będzie w miesiącu czerwcu roku 1900 zapomoga pieniężna w kwocie rs. 185 kop. 25 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też za granicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie, w jak najkrótszym terminie złożyć Towarzystwu lekarskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem: »Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego w Warszawie« ulica Niecała Nr. 7), w czasie od dnia 1 stycznia do dnia 1 kwietnia roku 1900, z podaniem dokładnego adresu kandydata i wymienieniem zajęć lub prac w dziedzinie psychiatryi.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz stały *Dr. Brodowski*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 24 Czerwca 1899. Nr. 25.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 24 Czerwca 1899. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych (I. b) szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Trzeci przypadek tężca urazowego (*tetanus traumaticus*) wyleczony zapomocą wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej.

Podał

Dr. Krokiewicz Antoni

prymaryusz.

Pod koniec roku 1898 ogłosiłem w *Nowinach Lekarskich* Nr. 9 i 10 [1]) przypadek tężca urazowego u kobiety, w którym, opierając się na doświadczeniach, wykonanych na zwierzętach przez Wassermanna i Takakiego, zastósowałem po raz pierwszy z pomyślnym wynikiem wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej. Do wstrzykiwań użyłem zawiesiny mózgu cielęcego w rozczynie fizyologicznym 0·6% soli kuchennej, przyczem w całości spotrzebowałem 15·5 grm. mózgu cielęcego, wykonując wstrzykiwania na trzy zawody, wśród wszelkich ostrożności aseptycznych. Przebieg korzystny choroby po zastósowaniu wstrzykiwań był widoczny i szybki; sensoryum chorej było ciągle utrzymane; napady kurczów tężcowych zaraz po pierwszem wstrzyknięciu bardzo się zmniejszyły, a chora doznała swobodnego uczucia tak dalece, iż z upragnieniem wyczekiwała następnych wstrzykiwań; cała też sprawa chorobowa o dość ciężkiem nasileniu zakończyła się zupełnem wyleczeniem w ciągu 11 dni. Jedynym objawem ubocznym było wytworzenie się ropni aseptycznych, ograniczających się jedynie tylko do miejsca wstrzyknięcia. Wkrótce potem, bo w Nr. 3 *Przeglądu lekarskiego* [2]) z r. 1899 podał Schramm ze Lwowa również bardzo korzystny wynik zastósowania wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w przebiegu tężca urazowego u 9-cioletniej dziewczynki. Schramm zużył w całości około 16 grm. mózgu króliczego i zauważył zgodnie z mojem spostrzeżeniem poprawę szybką i bardzo widoczną stanu ogólnego już po pierwszem wstrzyknięciu, a zupełne ustanie kurczów prawie bezpośrednio po drugiem. Schramm, uwzględniając przypady uboczne w moim przypadku, t. j. wytworzenie się ropni w miejscu wstrzyknięcia, użył mózgu królika, gdyż ten zawsze świeży można otrzymać bezpośrednio przed wykonaniem wstrzyknięcia, podczas gdy mózg cielęcia dostać można najrychlej dopiero w kilka godzin po zabiciu zwierzęcia w rzeźni; powtóre, że o królika po wsiach łatwiej, niż o mózg z cielęcia. Zarazem Schramm przesączył zawiesinę mózgową przez wyjałowioną gęstą gazę, aby uniknąć dostania się pod skórę grubszych cząstek mózgu, czemu ja przypisuję powstanie ropni w moim pierwszym przypadku. Wszystkie te ostrożności okazały się bardzo skutecznemi w przypadku Schramma, skoro w miejscu wstrzyknięcia nie przyszło do następowego miejscowego ropienia.

Obecnie podaję trzeci przypadek tężca urazowego u mężczyzny, w którym stósowano z bardzo dobrym wynikiem, — podobnie jak w dwóch poprzednich, — wstrzykiwania zawiesiny istoty mózgowej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej.

Tomasz W., lat 35 liczący, rolnik z powiatu ropczyckiego, w Galicyi, poprzednio zupełnie zdrów, miał przed dwoma tygodniami upaść w tył na krzyże, poślizgnąwszy się przy podpieraniu wozu pod górę ciągnionego. Wskutek upadku w tył na część lędźwiową kręgosłupa nie stracił wprawdzie przytomności, jednakowoż uczuł jakby niedowład w krzyżach i kończynach dolnych. Po kilku dniach, gdy stan jego nie poprawiał się dostatecznie, za poradą krążącej po wsi kobiety, t. zw. »pijawczarki« (t. j. trudniącej się stawianiem pijawek) zezwolił na postawienie 6 pijawek na krzyże, tudzież okolice pachwinowe. Zrazu miał doznać po owych pijawkach znacznej ulgi tak, iż mógł chodzić i oddawać się zajęciu codziennemu; atoli już w 5 dni potem, stan jego coraz bardziej miał się pogarszać, gdyż zaczął z powodu kurczów tężcowych tracić władzę już to w nodze prawej, już to w lewej, a nawet doznawać stężania napadowego w mięśniach brzucha i kręgosłupa. Ponieważ napady kurczów coraz bardziej się potęgowały, zasięgał pomocy lekarskiej w Sędziszowie, jednak z ujemnym wynikiem, pomimo zastósowania wstrzykiwań podskórnych, prawdopodobnie morfiny. Ostatecznie, przy pomocy towarzysza, sam bowiem z powodu wypreżania kończyn dolnych i mięśni brzucha nie mógł chodzić, dostał się do szpitala św. Łazarza w Krakowie w dniu 10 maja b. r., t. j. w 4-ym dniu choroby, gdzie też na mój oddział przyjęty został.

Stan obecny chorego jest następujący: Osobnik wzrostu średniego, dość silnej budowy, prawidłowo odżywiony. Skóra blada; nie okazuje żadnych śladów otarcia lub stłuczenia, z wyjątkiem ran po pijawkach w okolicy krzyża i w pachwinach. Ranki te pokryte są przeważnie zeschłym, czystym strupem, a tylko w pachwinie prawej miazgą szarozielonkowatą, nieco cuchnącą, po zdjęciu której okazały się powierzchnia i brzegi rany silniej zaczerwienione i obrzękłe. Na twarzy wyraz cierpienia. Kończyny dolne wyprężone, nie dają się zgiąć w stawach kolanowych. W mięśniach tułowia przemijające bolesne kurcze tężcowe, dość krótko trwające. Odruchy kolanowe podwyższone; kręgosłup za uciskiem boleśny na całej długości.

Przytomność utrzymana; źrenice równomiernie rozszerzone, leniwo oddziałują na światło. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz prawidłowy.

Przez pierwsze dwa dni pobytu w szpitalu, po zastosowaniu większych dawek antypyryny i fenacetyny, rozczynu wodnego 5% jodku potasu, tudzież kąpieli ciepłych, napady tężca nieco zelżały i wystąpiły gwałtowniej dn. 13/5 w czasie, kiedy prof. Domański chorego przedstawiał swoim uczniom na wykładzie. Chory doznał naówczas dość silnych kurczów tężcowych w mięśniach kończyn dolnych, brzucha i kręgosłupa, które wkrótce tak się spotęgowały, iż go można było za stopę prawie unieść w górę. Odtąd napady były przez cały dzień częste i dotkliwe i zajmowały wszystkie gromady mięśniowe. Ciepłota

[1]) »Dwa przypadki tężca urazowego (*tetanus traumaticus*), z których jeden leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, a drugi antitoksyną«.

[2]) »W sprawie leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań zawiesiny mózgowej«.

wieczorem po raz pierwszy podniosła się do 38°C. Pomimo podania lewatywy z 2 ma gramami wodnika chloralu i wstrzyknięcia 2 cgm. morfiny, stan chorego się nie zmieniał. Po pierwszej bowiem lewatywie i wstrzyknięciu morfiny na pół godziny napady kurczów nieco zwolniały, tężec z kończyn dalszych ustąpił i ograniczał się na mięśnie brzucha i tułowia, jednak później napady ogólnego tężca, a zwłaszcza szczękościsku występowały silnie i pomimo powtórnego zastósowania lewatywy z wodnika choralu, trwały prawie bez przestanku przez całą noc.

14/5. Ciepłota rano 37.7°C; tętno 60; liczba oddechów 40 na minutę. Na skórze brzucha i klatki piersiowej *erythema medicamentosum* (po wodniku choralu). Napady tężca ogólnego częste i silne Chory przytomny. Ciepłota wieczorna 37.8°C; tętno 60; liczba oddechów 40.

15/5. Ciepłota rano 37°C; tętno 60; oddechów 40. Napady tężca w tem samem nasileniu; wszystkie gromady mięśni kolejno zajęte, najbardziej mięśnie brzucha i kończyn dolnych, potem kręgosłupa i twarzy. Połykanie utrudnione. Noc bezsenna z powodu ciągłych kurczów. pomimo podawania narkotyków. *Erythema medicamentosum* ustąpiło. Wstrzyknięto[1]) o godzinie 10-ej 45 min. przed południem zawiesinę z całego mózgu młodego królika, przyrządzoną według zasad ścisłej aseptyki, w tkankę podskórną okolicy mięśnia piersiowego dużego po prawej stronie klatki piersiowej. W pół godziny po wstrzyknięciu chory doznaje znacznej podmiotowej ulgi, napady tężca opuszczają go. O godzinie 7-ej wieczorem ciepłota 37°C; tętno 80; liczba oddechów 30. Przez cały dzień napady tężca bardzo zelżały; chory czuje się swobodny, może dobrze połykać i otwierać usta: trudno mu jednak usiąść i przy każdym ruchu doznaje słabych kurczów w kończynach dolnych, tudzież w mięśniach brzucha i dolnej części kręgosłupa. Górna część tułowia wolna. Poprawę swego stanu tak znaczną chory odnosi bezsprzecznie do zadziałania środka wstrzykniętego i prosi o wykonanie jeszcze więcej takich zabiegów, mówiąc: »jeśli mi panowie jeszcze dwa razy tak zastrzykniecie, to będę zupełnie zdrów.«

16/5. Rano ciepłota 36.6°C; tętno 68; liczba oddechów 30. Napady tężca słabe i krótko trwają. W nocy chory dość dobrze spał. Przy wykonywaniu ruchów kurcze tężcowe wzmagają się w kończynach dolnych i mięśniach kręgosłupa. Chory prosi o drugie wstrzyknięcie, aby mógł pójść do domu. W miejscu wstrzyknięcia brak zmian. Ciepłota wieczorna 36.5; tętno 72.

17/5. Ciepłota rano 36°C; tętno 66. W nocy dość dobrze spał. Tężec w zakresie mięśni brzucha, kończyn dolnych i kręgosłupa rzadziej występuje. Chory, choć znacznie swobodniejszy, jednak jeszcze ani usiąść, ani chodzić o własnej mocy nie może. O godzinie 10 przed południem wstrzyknięto w okolicę mięśnia piersiowego dużego lewego zawiesinę całego mózgu i móżdżku z młodego królika w rozczynie wodnym 0.6% soli kuchennej. Po południu godzina 6: Chory swobodnie siedzi w łóżku. Ciepłota ciała 36.5°C; tętno 60, dobre; liczba oddechów 28 na minutę. Tężec w nogach i mięśniach kręgosłupa zupełnie ustąpił, a w mięśniach brzucha bardzo rzadko się pojawia. Łaknienie doskonałe.

18/5 Rano ciepłota 36.5; tętno 72; zresztą stan jak dnia poprzedniego. Pod wieczór napady tężca w dolnych częściach tułowia silniej występują i są częstsze. Wobec tego, ulegając i prośbie chorego wstrzyknięto podskórnie po raz trzeci w powłoki brzuszne zawiesinę z całego mózgu i móżdżku dużego królika. W czasie wstrzykiwania kurcze się jeszcze bardziej wzmogły w zakresie mięśni brzucha i dolnej części kręgosłupa, stan taki trwał 3 godziny, poczem zupełnie ustąpiły i chory swobodnie przespał całą noc, wolny od kurczów tężcowych.

19/5. Rano stan bezgorączkowy. Miejsca wstrzyknięcia na powłokach brzusznych bolesne, ale nie zaczerwienione. Tętno 80; liczba oddechów 24. Chory zupełnie swobodny, siada swobodnie na łóżku i tylko przy chodzeniu zaczyna go jeszcze zrywać w mięśniach kręgosłupa. Ciepłota ciała wieczorna 37°C; tętno 80.

20/5. Ciepłota ranna 36.5; tętno 60. Chory bardzo osłabiony, jakby zbity. Doznaje jeszcze czasem jakby słabego zrywania w mięśniach brzusznych, ale tylko przy silnych ruchach. W miejscu wstrzyknięcia nieznaczne obrzęki bez zaczerwienienia, nieco za uciskiem bolesne. Zastósowano okład wysychający z octanu glinowego na brzuch. Odtąd chory czuje się zupełnie zdrów, chodzi zupełnie swobodnie bez pomocy, tak że na własne żądanie wyleczony opuszcza szpital po południu dn. 23 maja b. r.

Dodać mi przytem należy, iż z chwilą zastósowania wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w rozczynie wodnym 0.6% soli kuchennej usunięto wszelkie inne lekowanie, t. j. stósowanie antypiryny, fenacetyny, jodku potasu, wodnika chloralu, morfiny — i dopiero na dwa dni przed opuszczeniem szpitala przez chorego podano dla wzmocnienia całego ustroju salicylan kofeiny w ilości 0.5 grm. *pro die*.

Jak widzimy i w tym trzecim przypadku tężca urazowego, w którym zastósowano zawiesinę istoty mózgowej, wynik leczenia był zdumiewający. Objawy tężca, które wystąpiły u chorego 5-go dnia po zadziałaniu bodźca chorobowego, t. j. postawieniu pijawek, wobec krótkiego trwania okresu wylęgania się sprawy chorobowej, zapowiadały w przypadku naszym dość ciężkie nasilenie, a jeśli do tego nie przyszło, to prawdopodobnie dlatego, iż wkrótce przystąpiono do stósowania wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej. I w tym przypadku wstrzykiwania podskórne zawiesiny mózgowej, prawie zupełnie bezbolesne, okazały się jedynie dzielnym środkiem leczniczym, podczas gdy narkotyki, jak morfina i wodnik chloralu lub inne leki przeciwtężcowe, n. p. jodek potasu, antypyrina i fenacetyna zupełnie zawodziły. To skuteczne działanie wstrzykiwań zawiesiny mózgowej w przypadku naszym i teraz było bardzo widoczne wkrótce już po pierwszem zastosowaniu, — a wobec zaniechania z chwilą rozpoczęcia wstrzykiwań wszelkich innych leków, nie mogło być niczem zamącone. To też dziś, — już na podstawie trzech przypadków, — można ustęp z odnośnego artykułu, umieszczonego w Nr. 9 i 10 *Nowin lekarskich*, z tem większą otuchą powtórzyć: „Nie chcę przesądzać na podstawie jednego przypadku (dziś trzech przypadków), iż w metodzie stósowania zawiesiny mózgowej w przypadkach tężca urazowego przybywa bardzo cenny środek leczniczy. Bądź co bądź korzystne bardzo zejście w tym jednym przypadku (dziś już w trzech przypadkach) zachęca do dalszych prób w tym kierunku".

Zastrzeżenia, wprowadzone przez Schramma, aby do wstrzykiwań używać zawiesiny mózgu króliczego, przesączonej przez gęstą gazę wyjałowioną, okazały się bardzo odpowiednie i w naszym przypadku, skoro w miejscu zastrzyknięcia nie wytworzyły się ropnie miejscowe i jedynie tylko na powłokach brzusznych, w miejscu wstrzyknięcia zauważono kilka dni utrzymujące się obrzęki, mało bolesne, nie zaczerwienione pomimo wstrzyknięcia znacznej ilości mózgu króliczego, bo około 40 grm.

Wreszcie przypadek nasz zasługuje i z tego względu na uwagę, iż jad tężcowy najprawdopodobniej przez zanieczyszczone pijawki został na chorego przeniesiony.

[1]) Postępowano według ścisłej aseptyki. Moździerz i naczynia szklane wyjałowiono dwukrotnie przy ciepłocie 160°C przez 1½ godz. Rozczyn wodny 0.6% soli kuchennej wyjałowiono przy ciepłocie 100°C kilkakrotnie przez ½ godziny. Wszystkie narzędzia, służące do otwarcia czaszki i wyjęcia mózgu królika, wygotowano w 3% rozczynie wodnym kwasu borowego. Mózg wyjęto wśród wszelkich możliwych ostrożności aseptycznych, złożono w gazę odtłuszczoną i wyjałowioną, opłókano rozczynem ostudzonym soli kuchennej i następnie w moździerzu wyjałowionym roztarto na delikatną zawiesinę z tym samym rozczynem soli kuchennej. Do uzyskania bardzo delikatnej zawiesiny wystarczało 25 minut czasu. Następnie przesączono zawiesinę przez gęstą wyjałowioną gazę, wyciśnięto i zapomocą wyjałowionej strzykawki Rouxa o pojemności 20 gm. wstrzykiwano w tkankę podskórną. Miejsce wstrzyknięcia poprzednio dokładnie obmyto wodą i mydłem, 1% rozczynem sublimatu, wyskokiem i eterem — i po wstrzyknięciu przykryto gazą jodoformową, na którą zastósowano opatrunek kolodyonowy z gazy odtłuszczonej.

II. O błędach i nadużywaniu leczenia operacyjnego w ginekologii.

Podał
Dr. A. Sołowij.

(Wykład miany na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego w dniu 1 lutego, 1899).

Z natury rzeczy wynika, że umiejętność leczenia ciągłych zmian doznaje. Nic w niej bez mała nie jest niezbitym, nieprześcignionym pewnikiem, i szukając ulepszonych metod leczenia, ulegamy często złudzeniu i opuszczamy metodę starą dobrą dla zagadkowych nieraz zalet metody nowej. Postęp ginekologii wogóle, szczególnie zmniejszenie niebezpieczeństwa i śmiertelności po operacyach, rozszerzyły wskazania do operacyi na przypadki, które i zapomocą leczenia zachowawczego wyleczyć się dają. W ostatnich dwóch dziesiątkach lat metody operacyjne wypierały dawne leczenie zachowawcze, często ze szkodą tych, którzy w ślepem zaufaniu swoje zdrowie lekarzom powierzają. To też nie brakło w ostatnich latach słów napomnienia, nawołujących do rozwagi, że przytoczę np. Priestleya [1]), który powiada: „Dobro chorych jest najgłówniejszem, a dopiero potem przychodzą zadania i zagadnienia chirurgii“; — lub: „Operator powinien sobie zadać przedewszystkiem pytanie, czy ta lub owa operacya jest konieczną, a nie czy jest wykonalną; wyliczenie tysiąca operacyj niema żadnej prawdziwej wartości, jeżeli się nie potrafi równocześnie udowodnić, że operacye te były w istocie potrzebne“.

Zdaje mi się zatem, że warto zastanowić się nad naszemi zdobyczami, o ile takowe leczenia operacyjnego w ginekologii dotyczą. W granicach krótkiego wykładu nie zdołam nic wyczerpującego powiedzieć, lecz podniosę w krótkości kilka różnic zapatrywań, które do najważniejszych zagadnień leczenia się odnoszą.

I tak np. posiadamy w łyżeczkowaniu macicy doskonały sposób leczenia krwotoków, występujących z powodu zapalenia błony śluzowej macicy, połączonego z bujaniem gruczołów (t. zw. *endometritis glandularis)*; łyżeczkując jednak zaraz lub wnet po porodzie lub poronieniu, możemy, pomimo całej ostrożności i wprawy, przedziurawić ścianę macicy. Właśnie w ostatnich czasach wzmogła się ilość publikacyj, zajmujących się tem fatalnem zdarzeniem (Beuthner [2]), Jahreis [3]), Glaeser [4]), Alberti [5]), Courant [6]), itd). Ztąd przestroga, że tam, gdzie domyślać się musimy nieprawidłowej wiotkości, ścieńczenia lub stłuszczenia ściany macicy (zwłaszcza po porodzie lub poronieniu), łyżeczki używać nie wolno, a części jaja płodowego, po poronieniu w macicy pozostałe, palcem wydalić się nie dające, tylko nader ostrożnie szerokiemi kleszczykami wyjąć wolno. Za silne zaś łyżeczkowanie może sprowadzić zupełną utratę błony śluzowej i zarośnięcie jamy macicznej [7]); a zapoznawanie równoczesnych spraw zapalnych jajników i trąbek wywołuje prawie zawsze nader silny odczyn i bez mała każdy ginekolog doświadczył tego, zwłaszcza z początku swej praktyki zawodowej.

Co do zwężenia ujścia zewnętrznego i szyi macicy w okolicy ujścia wewnętrznego zachodzą jeszcze różnice zapatrywań; nie ulega jednak wątpliwości, że dzisiaj operacye, mające na celu rozszerzenie ujścia i szyi macicy nieporównanie rzadziej są wykonywane. Pominąwszy przypadki błędów rozwoju macicy, jej zupełnego niedokształcenia *(uterus imperforatus)*, w których naturalnie żadnej terapii nie trzeba, mogę twierdzić, że do dzisiaj nie spostrzegałem tak wązkiego ujścia zewnętrznego lub wewnętrznego, któreby zgłębnika macicznego nie przepuszczało (wyjątek stanowią sztucznie wywołane zwężenia zapomocą środków silnie żrących). Niema zatem absolutnego zwężenia, wręcz niedozwalającego dostępu nasienia do macicy i odpływu krwi miesiączkowej, a przyznać można tylko istnienie względnego zwężenia ujścia zewnętrznego i wewnętrznego. W celu ułatwienia zapłodnienia i odpływu krwi miesiączkowej w tych razach wystarczy przepalić poprzecznie żegadłem Paquelina ujście zewnętrzne macicy lub wyciąć 2 małe kliny z obu stron części pochwowej. W ten nader pojedynczy sposób można osiągnąć trwałe rozszerzenie ujścia zewnętrznego, a coraz mniej licznych zwolenników dyscysyi ujścia wewnętrznego macicy zapytuję, czy potrafią zaprzeczyć, że po dyscysyi powstaje blizna, zatem z czasem jeszcze większe zwężenie i czy sądzą w istocie, że plemniki nie mogą się tam dostać, gdzie wprowadzić się daje narzędzie o pojemności nożyczek Greenhalgha? Przyczyny niepłodności kobiet należy najczęściej całkiem gdzieindziej szukać, mianowicie w nieżycie macicy i ciężkich zmianach zapalnych trąbek i jajników na tle rzeżączki! Ginekolog jednak niech nie będzie jednostronnym w swych poszukiwaniach i nie zapomina przekonać się także o tem, czy nie brak plemników w nasieniu męża jest przyczyną niepłodności.

Jedną z najsmutniejszych kart w historyi operacyj ginekologicznych są operacye Dührssena i Mackenrodta, wykonywane w celu usunięcia tyłozgięcia macicy *(vaginae fixatio)*. Nie setki, lecz tysiące kobiet poddawano tej operacyi za ich przykładem, często bez ścisłego wskazania i ze szkodą. Nad operacyami temi, z wyjątkiem stosowania ich u kobiet, które zwrot płciowy już ukończyły, przeszliśmy dawno do porządku, a dzisiaj wykonałby takowe chyba tylko ten ginekolog, który szuka pomnożenia wskazań dla cięcia cesarskiego!

W jesieni r. 1895 doniósł Strassmann o smutnym przebiegu porodu u chorej, u której wykonał był Dührssen waginofiksacyę z powodu ruchomego tyłozgięcia macicy. Strassmann musiał wykonać cięcie cesarskie i operowana umarła w $1^{1}/_{2}$ godziny po porodzie. Tak samo musiał Döhnhof i wielu innych uciekać się do cięcia cesarskiego podczas porodu po waginofiksacyi. Wyrazem otrzeźwienia była dyskusya w Towarzystwie berlińskich ginekologów, w listopadzie roku 1895, podczas której prawie wszyscy oświadczyli się przeciw operacyom Dührssena i Mackenrodta, podnosząc ich niepewność co do zamierzonego skutku i przyznając im uprawnienie tylko u kobiet starszych, już nie miesiączkujących. Natomiast doznały rehabilitacyi metody przyszycia macicy do powłok brzusznych (Ohlshausena, Czernego i Leopolda), zwłaszcza przy sposobności laparotomii z innego powodu wykonanej, tudzież metoda skracania więzów okrągłych macicy (Alexander-Adamsa).

Przy tyłozgięciu ruchomem cała trudność polega w rozstrzygnięciu, kiedy tyłozgięcie ruchome macicy jest wogóle patologicznem, a kiedy nie. Bo że każde tyłozgięcie ruchome nie jest stanem chorobliwym, nie ulega wątpliwości. Przeciwnie, przechylam się raczej na stronę tej mniejszości, która twierdzi, że tylko niewielki odsetek tyłozgięć ruchomych jest patologicznym, mianowicie wtedy, gdy wywołuje zastój krwi

w macicy, a w następstwie zapalenie błony śluzowej, miąższu macicy, zadrażnienie jajników, bóle krzyżów, żołądka i głowy, a wreszcie dlatego jest poniekąd patologicznym, ponieważ tyłozgięcie macicy usposabia do obniżenia się i wypadnięcia macicy. Żeby zaś tyłozgięcie macicy miało mieć jaki wpływ na powstawanie guzów jajnika, jak to Schultze [8]) przypuszcza, niema żadnych dowodów. Często niema żadnych objawów chorobowych przy tyłozgięciu macicy ruchomem i przypominam sobie z początku mojej praktyki lekarskiej bardzo wiele tyłozgięć u chorych, szukających z innego powodu porady lekarskiej, u których, będąc mocno przekonany o chorobliwości tego stanu, chciałem wmówić w moje chore różne dolegliwości, aż pouczony dłuższem doświadczeniem przekonałem się, że nie każde tyłozgięcie ruchome macicy musi dolegliwości wywoływać. Nie podzielam dalej zdania Theilhabera [9]), który tyłozgięcie macicy ruchome wyłącznie tylko zachowawczo leczyć radzi, lecz raczej uznając wyjątkowo potrzebę leczenia operacyjnego, szukam dla takowego bardzo ścisłego wskazania, pomny słów Schultzego, że „środek, zapomocą którego chorobę usunąć chcemy, dolegliwości i niebezpieczeństw samej choroby przewyższać nie powinien!“

Co innego tyłozgięcie macicy nieruchome z powodu zmian zapalnych trąbek, jajników i otrzewnej otaczającej. Tutaj tyłozgięcie jest następstwem zapalenia, a jeżeli czujemy się uprawnionymi do leczenia operacyjnego, to przedewszystkiem dla ciężkich zmian zapalnych trąbek i jajników, nieuleczalnych już innym sposobem. Właśnie 22gi rok mija, jak Hegar postawił na porządku dziennym operacye części dodatkowych, zapalnie zmienionych. Dopiero w 10 lat później zaczęto takowe coraz częściej wykonywać i przyznać musimy, że nadużywano ich często, operując bez należytego wyboru, przy niedość znacznych zmianach anatomicznych, w przypadkach, uleczalnych przy dostatecznej cierpliwości także bez operacyi. Po latach błędów nastąpiło po r. 1890 coraz większe ustalenie poglądów, głównie pod wpływem dłuższej dokładnej obserwacyi co do trwałości wyleczenia, względnie co do oczekiwanego polepszenia. Otóż pokazało się, że wyniki były w w pierwszych miesiącach po operacyi lepsze niż później, gdyż z czasem tworzyły się naokoło kikutów boleśne nacieki, niekiedy zawierające (Schauta [10]) ropę w środku. Dzisiaj więc uciekamy się do wyłuszczenia (ekstyrpacyi) części dodatkowych tylko w przypadkach rozpaczliwych, gdzie pomimo bardzo długiego leczenia nie następuje polepszenie, przytem zmiany anatomiczne są bardzo znaczne, a przedewszystkiem przy nagromadzeniu się ropy w trąbkach *(pyosalpinx)* lub jajniku *(abscessus ovarii)*. Naturalnie, że wiek i zatrudnienie chorych na wskazanie wpływ mieć muszą: zdecydujemy się zatem łatwiej na operacyę u osoby młodej, której chcemy zdolność do pracy czemprędzej przywrócić.

Obowiązkiem moim jest poświęcić słów parę leczeniu mięśniakowłókniaków macicy. W operacyjnem ich leczeniu popełnia się wiele błędów i każdy ginekolog utwierdza się, w miarę wzrostu swego doświadczenia, w przekonaniu, że stosunkowo tylko mała ilość mięśniakowłókniaków macicy (15—20%) wymaga operacyi. Z wyjątkiem mięśniakowłókniaków podśluzowych tylko nieznaczna część śródściennych lub podotrzewnowych zniewala nas do tego z powodu znacznych dolegliwości, ciągłego wzrostu, zwyrodnienia, usadowienia się w szyi macicy lub w tkance łącznej pod jamą Douglasa. Że stanowisko, jakie klinika, jako szkoła doświadczalna zajmuje, odmiennem być musi od takowego w praktyce prywatnej, że zatem granice wskazań dla operacyi nieco szerszemi być muszą w klinice, niż w praktyce prywatnej, nie ulega wątpliwości.

Nie odpowiedziałbym choćby pobieżnie mojemu zadaniu, gdybym nie wspomniał jeszcze o błędach zbyt częstego operowania przez pochwę. Ośmieleni z jednej strony nader pomyślnymi wynikami całkowitego wyłuszczenia macicy przez pochwę, a z drugiej strony nie umiejąc, pomimo całego udoskonalenia techniki operacyjnej, zapobiedz zawsze powstawaniu przepuklin w bliźnie po laparotomiach, zaczęli ginekologowie w ostatnim dziesiątku lat zbyt często torować sobie drogę do jamy brzusznej przez pochwę.

Że laparotomia sama przez się jest cięższym zabiegiem, niż otwarcie jamy brzusznej przez pochwę, któż przeczy? Doświadczenie moje w tym kierunku jest bardzo szczupłe, a to z tego powodu, że z góry nie mając pociągu do porzucania laparotomii dla drogi tak niewygodnej, źle dostępnej i trudnej do oczyszczenia, jaką jest pochwa, tylko bardzo niechętnie na ten eksperyment zdecydować się mogłem. Przypadek zrządził także, że zaraz z początku bardzo niemiłe zrobiłem doświadczenie. Co znaczy, że niektórzy operatorowie ogłaszają tak zwane świetne wyniki operacyi przez pochwę — (n. p. Landau w r. 1895 na 109 operacyi miał 1 wypadek śmierci, Péan, Segond, Richelot i inni $4^1/_2$% śmiertelności wskutek operacyi), — każdy bezstronny i doświadczony przyznać musi, że operując przez pochwę nigdy na pewne naprzód wiedzieć nie możemy, z jakiemi trudnościami w danym przypadku się spotkamy. Stopnia zrostów guza z otoczeniem nikt nigdy z góry ocenić nie potrafi, a gdzie raz są zrosty do pokonania, tam wystąpić może krwotok, który tylko przez ranę brzuszną, dozwalającą zwłaszcza w położeniu Trendelenburga na dokładne przejrzenie pola operacyjnego, opanować się daje. Dlatego tylko wyjątkowo radziłbym wyłuszczać niezbyt duży guz jajnika lub trąbki przez pochwę, jeżli obecność zrostów napewno wykluczyć możemy, a nadają się do operacyi przez pochwę stanowczo tylko ropnie, które już pierwej do pochwy się otworzyły. Co innego, gdy chodzi o wydalenie guza samej macicy. Tutaj niezawodnie lepsza jest droga przez pochwę, ale także w pewnych granicach przez naturę nam wskazanych, mianowicie guz macicy, który przez pochwę wydalamy, niech nie przechodzi wielkością główki płodu nowonarodzonego. Bo że guz macicy nawet od główki płodu większy zapomocą rozkawałkowania *(morcellement)* przez pochwę wydalić możemy, nie ulega wątpliwości; utrata krwi jednak może być przy tym sposobie operowania tak wielka i operacya tak długą, że wszystkie korzyści złudnemi, a szanse wyzdrowienia, w porównaniu do prawie bezkrwawej i krótko trwającej laparotomii, o wiele gorszemi się stają.

Sądźmy zatem z nieubłaganą trzeźwością nasze czyny, a wówczas może nam się uda zbliżyć do naszego ideału i nieść pomoc chorym, lecz nigdy nie szkodzić. *Nihil nocere primum*!

Literatura.

1. Ueber die Operationswuth in der Gynaekologie 1896, Karger. 2. Centralblatt f. Gynaekologie 1897, Nr. 42. 3. Ibidem, 1898, Nr. 6. 4. Ibidem 1898, Nr. 6. 5. Ibidem, 1894, Nr. 39. 6. Ibidem, 1897, Nr. 48. 7. Ibidem, 1894, Nr. 52 8. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie VII. 9. Ibidem, Bd. VI und VII. 10 Ibidem, Bd. VI. 11. Ibidem, Bd. VI.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Leon Wachholz, Prof. Uniw. Jagiell.: **Podręcznik medycyny sądowej** z uwzględnieniem prawodawstwa austryackiego, niemieckiego i rosyjskiego. Kraków, 1899. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. 8°, str. 648 z 46 rycinami i 1 tablicą chromolitograficzną. Cena 15 koron.

Poważne to dzieło, stanowiące pierwszy oryginalny polski podręcznik medycyny sądowej, powita niewątpliwie nasz ogół lekarski z żywem zadowoleniem. Podręcznik ten powinien niebawem wyprzeć z rąk polskich lekarzy i uczniów dzieła tego rodzaju, pisane w obcych językach, nie tylko z powodu, iż jest pisany w języku ojczystym, lecz i przedewszystkiem dlatego, iż posiada pierwszorzędne zalety, jakie go stawiają na równi, a nawet pod niejednym względem ponad najlepszymi podręcznikami niemieckimi i francuskimi. Nie wchodząc w bliższe porównania, nie mogę się jednak powstrzymać od uwagi, że w szczególności ponad powszechnie używanem i słusznie cenionem dziełem Hofmanna okazuje podręcznik Wachholza tę wyższość, iż jest krótszym, zwięźlejszym i w przedstawieniu materyału o wiele więcej przejrzystym; nie posiada on mianowicie tego przeładowania literaturą i teoryami często już pogrzebanemi, jakie znamionuje dzieło Hofmanna, przez co nadaje się lepiej nie tylko do nauki uczniom, lecz stanie się i przystępniejszym poradnikiem lekarzowi w praktycznym zawodzie znawcy sądowego. Mimo to jest dzieło Wachholza w wielu względach zupełniejszem od znacznie obszerniejszych obcych podręczników. Ponadto, przez uwzględnienie prawodawstwa austryackiego, niemieckiego i rosyjskiego może być omawiany podręcznik użytecznym w równej mierze kolegom ze wszystkich trzech zaborów; troistość zaś ta ustawodawstwa nie obciąża w niczem treści i toku przedstawienia rzeczy, lecz owszem nadaje wykładowi pewien głębszy, szerszy i bardziej zajmujący charakter. Dzieło całe dzieli się na dwie części, ogólną i szczegółową, ponadto zawiera, oprócz przedmowy, spisu autorów i rzeczy, obszerny wstęp. We wstępie podaje autor pojęcie medycyny sądowej, kreśli jej dzieje, omawia piśmiennictwo, znaczenie i sposób uczenia. Część ogólna zawiera, oprócz odpowiednich ustaw o postępowaniu sądowem, uwagi tyczące się działalności znawcy we wszystkich okresach i przypadkach praktyki sądowej, a kończy się podaniem wzorów różnych protokołów i orzeczeń sądowo-lekarskich, — dodatek wielce pożądany i praktyczny.

Część szczegółowa dzieli się na dziesięć głównych rozdziałów. Porzucając utarty w tym kierunku szablon, porządkuje autor cały materyał w sposób oryginalny i bardzo odpowiedni. Lekceważony nieco i zazwyczaj na szarym końcu umieszczany dział o zmianach pośmiertnych postawił autor na czele części szczegółowej w tem zupełnie słusznem przekonaniu, że stanowi on jeden z najważniejszych działów nauki medycyny sądowej, z którym następne muszą wchodzić niejednokrotnie w styczność. Przedmiot ten opracowuje też autor wyczerpująco i obok strony praktycznej uwzględnia treściwie dotychczasowe wyniki badań specyalnych o wartości czysto naukowej, które jednak, rzucając światło na ten zawiły proces rozkładu zwłok, zdolne są wzbudzić zainteresowanie w każdym lekarzu. Dokładniejsze omówienie tego działu było tem więcej uzasadnionem, że stanowi on prawie wyłączną własność nauki medycyny sądowej i skutkiem tego lekarz nie ma sposobności zapoznania się z tym przedmiotem gdzieindziej. Rozdział ten zawiera dalej sposoby dochodzenia tożsamości osoby i kończy się uwagami o badaniu zwłok rozkawałkowanych i kośćców. Z kolei rzeczy następuje rozdział o badaniu lic sądowo-lekarskich, a więc plam krwawych, włosów, śladów i narzędzi, przedstawiony jasno, zwięźle i wyczerpująco. W obszernym rozdziale trzecim zajmuje się autor uszkodzeniami cielesnemi ze stanowiska sądowo-lekarskiego; omawia zatem ich znaczenie w stosunku do ustawodawstw, ze względu na rodzaj użytego narzędzia i umiejscowienie, rozstrząsa wszystkie inne, mogące się nasunąć przy tej sposobności zagadnienia, jak sposoby odróżniania uszkodzeń zadanych za życia a po śmierci, sprawę związku przyczynowego między uszkodzeniem a śmiercią, wreszcie podstawy, jakich się należy trzymać przy rozstrzyganiu między samobójstwem, morderstwem i wypadkiem. W rozdziale tym poświęca autor kilka słów uszkodzeniom powstałym przy wybuchach, a jeden ustęp sprawie bardzo będącej na czasie, a mianowicie postępowaniu przy ocenie uszkodzeń wskutek wypadków nieszczęśliwych w fabrykach i innych zakładach przemysłowych ze względu na prawo austryackie z r. 1887, a niemieckie z r. 1884. Żałować tylko wypada, że autor ograniczył się w tym kierunku tylko do krótkich i ogólnych uwag; rzecz ta bowiem wyrobiła sobie zwłaszcza w niemieckiem piśmiennictwie osobny już wcale pokaźny dział, który z natury rzeczy musi wejść w skład nauki medycyny sądowej. Tę samą uwagę możnaby zrobić co do omówienia związku przyczynowego między urazem a różnemi sprawami chorobowemi, oprócz bowiem sprawy zakażenia ran ze stanowiska sądowo-lekarskiego, zbywa autor resztę zawiłych zagadnień tego rodzaju krótko, czyniąc tem uszczerbek dla całości dzieła. Rozdział o śmierci gwałtownej, a w szczególności część jego, omawiająca śmierć z uduszenia, jest koroną całego dzieła. Trudny ten przedmiot opanowany jest tak jasno, przejrzyście i krytycznie, jak w żadnym innym dotychczasowym podręczniku. Sposób przedstawienia rzeczy jest tego rodzaju, że autor, omówiwszy najpierw objawy kliniczne, a raczej patologię duszenia się, zestawia w dalszej części w osobno ponumerowanych ustępach wszystkie objawy, stwierdzone wogóle przy sekcyi zwłok osób uduszonych, tłómacząc je i rozbierając odpowiednio, w końcu zaś zbiera jeszcze raz wszystkie dane w osobny wywód i roztrząsa pytanie, kiedy ten rodzaj śmierci można rozpoznać i o ile pewnem, prawdopodobnem lub wątpliwem może być w danym przypadku orzeczenie. Ten tok wykładu stanowi ogromne ułatwienie dla ucznia, a nawet i mniej doświadczonego lekarza, dając mu możność szybkiego zdania sobie sprawy w danych okolicznościach. W podobny sposób traktuje autor inne rodzaje gwałtowej śmierci, mianowicie śmierć wskutek wstrząsu, wstrząśnienia mózgu, urazu psychicznego, działania wysokiej i nizkiej ciepłoty, rażenia piorunem i prądem elektrycznym, oraz rażenia słonecznego. Ustęp, omawiający śmierć z upływu krwi, wolałbym znaleźć pomieszczony w rozdziale poprzednim. Znaczna część tego działu zajmuje rzecz o śmierci wskutek otrucia, objęta ze stanowiska sądowo-lekarskiego, a więc z naciskiem strony ogólnej nauki o otruciach, sposobów postępowania i rozpoznawania przy stole sekcyjnym, wkraczając w zakres toksykologii i chemii sądowej o tyle tylko, o ile to dla znawcy jest dostępnem i koniecznem. Jako dodatek do tego rozdziału omawia autor dwie sprawy, pierwszorzędnej wagi dla lekarza sądowego, które dotychczas były powszechnie w podręcznikach lekceważone, mianowicie rzecz o przewinieniach lekarskich i o śmierci nagłej (naturalnej). Co do pierwszej, to niepodobna sobie wyobrazić lepszego przedstawienia rzeczy w szczupłych ramach zakreślonych w podręczniku; natomiast nauka o śmierci nagłej wypadła zbyt krótko i ogólnikowo. Rozdział piąty i szósty omawia zagadnienia, leżące w zakresie życia płciowego, a więc pierwszy o zdolności, względnie niezdolności płciowej, drugi o zaspokojeniu popędu płciowego w sposób wzbroniony ustawą; w następnych, t. j. siódmym i ósmym, — zawartą jest nauka o dochodzeniu ciąży i porodu i o spędzeniu płodu; w dziewiątym wreszcie skreśloną jest nauka o dzieciobójstwie. Wszystkie te działy opracowane zostały z nadzwyczajną starannością i dokładnością i stoją na wysokości całości dzieła.

W stosunku do reszty upośledzonym jednak został widocznie rozdział ostatni, traktujący o dochodzeniu stanu umysłowego. Jest to słaba strona wszystkich prawie dotychczasowych podręczników, a uderza ona tem bardziej, jeśli się

zważy, że dział ten zajmuje w wykładach uniwersyteckich całe półrocze letnie, podczas gdy resztę medycyny sądowej wyczerpuje się zazwyczaj w półroczu zimowem. Niewątpliwie czuł się autor skrępowany z jednej strony rozmiarami podręcznika, z drugiej powszechną nieznajomością psychiatryi u uczniów i lekarzy. Nie chodzi mi jednak o sam rys kliniczny pojedynczych postaci chorobowych, który, o ile dawał się ująć w tak szczupłe ramy, nie pozostawia nic do życzenia, aczkolwiek wolałbym inny podział, odpowiadający więcej dzisiejszemu stanowi nauki o chorobach umysłowych. To jednak, czego tu niedostaje, to całego szeregu uwag praktycznych dla lekarza-znawcy, który nie będąc zawodowym psychiatrą, nie może się niejednokrotnie usunąć od dochodzenia stanu umysłowego; brak tem dotkliwszy, że w przypadkach sądowych postępowanie znawcy różni się pod niejednym względem, tak formalnym, jak rzeczowym, od zwyczajnego badania psychiatrycznego, n. p. w zakładzie. Niema więc tu mowy o czasie i miejscu badania, o wglądaniu w akta śledcze i ich lekarskiem uzupełnianiu, o rozważaniu przyrody czynu karygodnego, o udawaniu i zatajaniu (symulacyi i dyssymulacyi) choroby umysłowej, brak objaśnienia i krytyki dotyczących ustaw, stanowiska psychopatologii i znawcy względem nich, wreszcie zasad stylizacyi orzeczeń ze względu na naukę o poczytności, zwłaszcza wobec tych stanów umysłowych, które stoją na granicy zdrowia umysłowego, a skutkiem tego posiadają w przeciwieństwie do psychiatryi największe znaczenie dla właściwej psychopatologii sądowej. Powściągliwość autora stała się przyczyną, że rozdział ten nie będzie wystarczającym poradnikiem dla lekarza w przypadkach dochodzenia stanu umysłowego.

Niepodobna rozbierać tu bliższych szczegółów tego wybornego dzieła. Całość robi nadzwyczaj miłe i poważne wrażenie. Styl wszędzie gładki, jasny i, o ile sprawozdawca może to ocenić, nie dałby powodu do żadnych zarzutów najbardziej dbałym o czystość języka. Co do piśmiennictwa, to uwzględnionem zostało z wyraźnym pietyzmem całe piśmiennictwo ojczyste, obok tego podaje autor przy pojedynczych ustępach wykładu spis najważniejszych prac o danym przedmiocie, ułatwiając tem czytelnikowi podejmowanie studyów ściślejszych. Z samego tekstu możnaby jeszcze opuścić niejedną wzmiankę literacką, niejedno nazwisko autora, bez krzywdy dla niego i bez szkody dla podręcznika, a natomiast dodać tu i ówdzie krytyczną ocenę przytoczonego zapatrywania. Podręcznik zawiera wiele cennych spostrzeżeń z bogatego doświadczenia autora, ze statystyki zakładu krakowskiego i ze spraw, rozpatrywanych przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell.; podnosi to wybitnie znaczenie jego dla zawodowców. Poza tem uwzględnił autor całą polską kazuistykę, ze spostrzeżeń zaś obcych autorów najbardziej zajmujące, zachowując w tem szczęśliwą miarę. W dopiskach można wyczytać niejedną zajmującą historyczną notatkę. Dzieło zawiera 48 oryginalnych rycin i jedną wyborną tablice chromolitograficzną, przedstawiającą widma różnych pochodnych barwika krwi. Wydanie i korekta bardzo staranne.

Nie będę tu podnosił znaczenia tego dzieła dla naszego stanu lekarskiego i dobra społeczeństwa. Doniosłość jego zrozumie każdy lekarz, który z całą sumiennością i poczuciem odpowiedzialności przystępuje do zawodu znawcy sądowego; na potrzebę jego wskazuje znaczna ilość lekarzy, którzy się temu zawodowi poświęcają. Osobiście nie mógłbym dość gorąco zalecić tego dzieła, bo jeżeli pozwoliłem sobie poczynić pewne uwagi, to tylko z obowiązku sprawozdawcy, a są one tego rodzaju, że doskonałości dzieła nic nie ujmują. Książka ta powinna się znaleźć na półce każdego lekarza i ucznia; pożytek, jaki niewątpliwie przyniesie, będzie słuszną nagrodą dla autora za jego ogromny trud i pracę, której sprawozdawca miał sposobność być przez dłuższy czas blizkim świadkiem.

W. Sieradzki.

IV. Wyciągi.

Scheibner. **Czy migdałki są często wrotami, przez które prątki gruźlicze dostają się do ustroju?** *(Dts. med. Wochensr.* 1899, Nr. 21). Badania dróg, któremi gruźlica wkracza do ustroju, stwierdzając ostatecznie wielką rolę, jaką przytem odgrywa narząd oddechowy, zwróciły uwagę i na pewne odcinki górnych dróg oddechowych, jako na możliwą siedzibę pierwotnego zakażenia. Wbrew pierwotnym zapatrywaniom Virchowa okazało się przy dokładniejszych badaniach, że migdałki nie odznaczają się żadną szczególną odpornością na sprawę gruźliczą, a skoro bardzo wielu badaczy jednozgodnie stwierdziło częstość wtórnej gruźlicy migdałków przy gruźlicy płuc, zwrócono się do rozwiązania zagadnienia, czy narządy te nie są częściej, niż sądzono, pierwszemi wrotami zakażenia. Poszukiwania dotychczasowe nie dostarczyły stanowczej odpowiedzi. Pierwotna gruźlica migdałków zdawała się rzeczą mało prawdopodobną przed publikacyą Straussa w r. 1894, który utrzymywał, że na 29 osobników, stykających się z suchotnikami i zresztą zdrowych, u 13 znajdowały się jadowite prątki gruźlicze na błonie śluzowej nosa i gardła. Wobec takiego twierdzenia i wykazanej niewątpliwie łatwości, z jaką gruźlica wtórnie w migdałkach rozwijać się może, niebezpieczeństwo zakażenia tą drogą zdawało się bardzo wielkie. — Aby rzecz wyjaśnić, przedsięwziął S. w zakładzie Birch-Hirschfelda badania histologiczne i bakteryologiczne migdałków, bądź wyciętych operacyjnie u osób, nie okazujących klinicznie objawów gruźlicy w żadnym narządzie, bądź uzyskanych ze zwłok: 1) osobników zupełnie od gruźlicy wolnych, 2) z początkowemi lub „wygojonemi“ zmianami gruźliczemi w płucach, 3) z gruźlicą prosówkową ogólną. Wyniki badań S. dadzą się krótko zebrać. Z 62 przypadków badanych bakteryologicznie nie udało się w żadnym wykazać w migdałkach prątków gruźliczych. Z 28 młodych osobników, u których wycięto migdałki operacyjnie, u 2 znalazł S. w migdałkach utkanie gruźlicze. W obu przypadkach (rodzeństwo) istniało silne obciążenie dziedziczne. Co do badań na zwłokach, to obejmowały one: *a)* 13 osobników bez śladu gruźlicy, *b)* 6 z „wyleczoną“ gruźlicą, *c)* 4 z nieznacznemi (klinicznie utajonemi) zmianami, *d)* 6 z rozległą gruźlicą płuc, *e)* 2 z gruźlicą prosówkową bez gruźlicy płuc, *f)* 1 z gruźlicą opon mózgowych bez gruźlicy płuc. Z tych, odtrąciwszy 4 przypadki gromady *d)*, gdzie niewątpliwie gruźlica migdałków była wtórną, znalazł S. utkanie gruźlicze w migdałkach tylko w jednym przypadku gromady *c)* i w jednym przypadku, wspomnianym pod *f)*. — W żadnym z tych 4 przypadków (na 60), w których migdałki zajęte były przez utkanie gruźlicze, nie zawierało ono jednak prątków gruźliczych, dających się zabarwić. Wobec tego żadnego z tych 4 przypadków z wynikiem dodatnim badania czysto histologicznego nie można uważać za stanowczy i niewątpliwy przykład pierwotnej gruźlicy migdałków; zakażenie tą drogą jest tu co najwięcej tylko prawdopodobne. Na tej podstawie sądzi S., że twierdzenia Straussa, opierające się zresztą na badaniu osobników, przebywających dużo w szpitalach i stykających się często z suchotnikami, dla codziennych stosunków życiowych nie mają praktycznego znaczenia. *C.*

Dr. Otto Trinke. **Sprawa nowego cięcia cesarskiego.** *(Beiträge zur Geburts. und Gynäk.).* W pierwszej części swej pracy rozbiera autor zalety cięcia cesarskiego poprzecznego, sposobem Fritscha; w drugiej — zastanawia się nad pytaniem, czy lepiej jest przy rozmiękczeniu kości robić operacyę Porry, czy też trzebienie?

Jako zalety cięcia cesarskiego poprzecznego podnosi T. *a)* możność operowania bez odpowiedniej asysty, a to z powodu bardzo nieznacznego krwawienia nawet wtenczas, gdy się wiązadeł nie uciska, cięcie bowiem przebiega równolegle do naczyń; *b)* szybkie zmniejszenie się światła cięcia, wskutek kurczenia się macicy, wreszcie *c)* łatwość zakładania szwu. Przy cięciu podłużnem ściany rany są różnej grubości,

gdyż górna część, jako część czynna, ma ściany grubsze, dolna, jako bierna ma — cieńsze; wskutek tego i zestósowanie brzegów przy szyciu będzie utrudnione i powstała blizna rozmaitej grubości; gdy tymczasem przy cięciu poprzecznem brzegi rany są grube, a więc łatwo się przystosowują i następnie dają mocną bliznę. Jako ujemną stronę tej operacyi podaje autor trudne zakładanie szwu otrzewnowego, nadto częste przyrastanie macicy do rany powłok.

W drugiej części swej pracy, opierając się na literaturze i danych statystycznych, autor najgoręcej poleca robić przy rozmiękczeniu kości trzebienie. *T. P.*

Lydia Rabinowitsch i W. Kempner. **W sprawie zakaźności mleka krów perliczych i pożytku szczepienia tuberkuliną.** *(Dts. med. Wochens.* 1899. Nr. 21). Liczne badania stwierdziły niewątpliwie, że mleko targowe stosunkowo często, bo przeszło w $^1/_4$ prób badanych zawiera prątki gruźlicze. Z kolei nasuwało się zagadnienie, czy mleko takie pochodzi tylko od krów, dotkniętych gruźlicą wymion, obok gruźlicy ogólnej, czy też i mleko, pochodzące od krów bez gruźlicy wymion, a tylko z gruźlicą płuc, również bywa zakażone. Większość badaczy utrzymuje, że tylko mleko krów w wysokim stopniu perliczych, lub dotkniętych gruźlicą wymion, zawiera często prątki Kocha, a że mleko krów z małemi zmianami w płucach tylko wyjątkowo jest zakażone; Nocard zaś w przeciwieństwie do tych badaczy sądzi, że warunkiem zakażenia mleka jest wyłącznie gruźlica wymion, wykazalna klinicznie. R. i K., uwzględniając wyniki badań mleka targowego, uważają panujące zapatrywania za zbyt optymistyczne; z tego względu postanowili zbadać, czy i jak często znajdują się prątki Kocha w mleku krów z początkiem gruźlicy bez wykazalnego schorzenia wymion, oraz krów z gruźlicą utajoną, oddziaływających na tuberkulinę. W tym celu badano mleko 15 krów w 3 miesiące po próbach tuberkulinowych i wykryto prątki Kocha w 10 przypadkach, to jest 66·6%! — Porównanie wyników badania bakteryologicznego mleka ze stanem klinicznym krów, które go dostarczyły, wykazało: że tylko u jednej z nich istniała gruźlica wymion, wykazalna klinicznie, u drugiej wykryto gruźlicę wymienia tylko histologicznie, u 3 dalszych ogólną posuniętą gruźlicę bez gruźlicy wymienia, u szóstej początki gruźlicy, u siódmej zdołano kliniczne wykazać początki gruźlicy dopiero przy powtarzanych badaniach, w końcu u 3 pozostałych nie zdołano badaniem fizykalnem wykryć żadnych objawów gruźlicy. Wobec tego należy wnosić, że mleko może zawierać prątki gruźlicze zarówno w początkach gruźlicy, bez zmian gruźliczych wymion, jak i w gruźlicy utajonej, a wykazalnej wyłącznie zapomocą tuberkuliny. Wynikają z tego dwie praktyczne wskazówki: 1) że mleko krów, oddziaływających na tuberkulinę należy w każdym razie uważać za podejrzane, 2) że najważniejszym sposobem uzyskania mleka niezakażonego jest badanie krów zapomocą szczepień tuberkuliny. *C.*

Baginsky: **Przyczynek do poznania istoty zaniku (atrofii) osesków.** *(Deutsche med. Wochens.* Nr. 18, 1899). Znany jest powszechnie pewien stan schorzenia osesków, zwany zanikiem — *marasmus-l'atrepsie)*, jednak, jak dotąd, niewyjaśnione jego przyczyny. B. rozróżnia zanik następowy, wywołany najczęściej chorobą przewlekłą przewodu pokarmowego, lub nieodpowiedniem żywieniem, od zaniku pierwotnego, samoistnego, przydarzającego się u dzieci pozostających w względnie dobrych warunkach. Dzieci te, nawet dłuższy czas trzymane w szpitalu, odpowiednio żywione i pielęgnowane, mimo że nie wymiotują i nie cierpią na biegunki, nietylko nie przybywają na ciężarze, lecz z dnia na dzień zanikają. Przyczyna tego pierwotnego zaniku jest dotąd niejasną, chociaż nie brak teoryj, usiłujących ją tłómaczyć. Tak np. nie wyjaśnia tego stanu teorya, przyjmująca zakażenie ustroju wytworami rozkładowymi, ani też ostatnimi czasy wypowiedziana przez Czernego teorya wchłaniania przez krew kwasów, powstałych z rozkładu białka w przewodzie pokarmowym. Tem mniej przyczyną tego zaniku mogłoby być spotykane czasami zakażenie krwi drobnoustrojami. Chcąc dociec przyczyny pierwotnego zaniku osesków, zbadał B. przemianę azotu u tych dzieci i przekonał się, że około 52·7% azotu, podanego w pokarmach, odchodzi niewyzyskanych ze stolcem, podczas gdy zdrowe dziecko przyswaja z tych samych pokarmów 96%. Ten wynik badania naprowadził B. na myśl, że w tych przypadkach zachodzić muszą znaczne zmiany anatomiczne w przewodzie pokarmowym, wycinał więc wkrótce po śmierci kawałki jelita i odpowiednio je badając, — przekonał się o obecności rozległych zmian w błonie śluzowej. Zmiany te przedstawiały się jako obrzmienia zapalne z całym szeregiem pośrednich okresów aż do zaniku błony śluzowej. Zmiany te nie zajmują błony śluzowej jelita w całej długości, — lecz tylko pewne jego części, — ztąd też zdaniem B. możliwą jest poprawa i wyzdrowienie. Na podstawie swoich badań określa B. zanik osesków jako zaburzenie w przyswajaniu, powstałe wskutek zmian w błonie śluzowej jelit. *Doc. Raczyński.*

Dr. B. P. B. Plantenga. **Teorya Grütznera o ruchach jelit po wlaniu do odbytnicy roztczynów soli kuchennej.** *(Deutsche med. Wochenschr.* 1899, Nr. 6). Grützner wykazał, że cząsteczki węgla z zawiesiny jego w fizyologicznym roztczynie soli kuchennej, zastrzykniętym do odbytnicy, po kilku godzinach wykazać można w całym przewodzie pokarmowym, co miało wskazywać na powstający w jelitach ruch wsteczny (antyperystaltyczny) w błonie mięsnej. Doświadczenia te powtarzało wielu autorów, między innymi najszczegółowiej Christimanos, i doszli do różnych wyników. Wymieniony zwłaszcza autor stwierdził, że cząsteczki (węgla) z lewatywy, danej zwierzętom, u tych tylko w wyższych częściach przewodu pokarmowego wykazać było można, które nie uwiązane mogły wylizywać sobie rzyć. Którym zaś to uniemożliwiono, po zabiciu znajdowano węgiel tylko w jelicie grubem. W ten sposób powtórzył doświadczenia te P., używając do lewatyw zawiesiny z widłaka (lycopodium). Po wlaniu lewatywy zalepiał on rzyć kleiną. Po 5—7 godzinach zabijał zwierzęta i znachodził widłak tylko w jelicie grubem, do zastawki Bauhiniego. Tak samo i u ludzi po podaniu takiej lewatywy nigdy nie mógł wykazać ziarn widłaka (lycopodium) w treści wypłókanej z żołądka. Natomiast przekonał się, że dodatek soli kuchennej do lewatyw odżywczych nie jest bez celu; znacznie bowiem, prawie w dwójnasób, wzmaga wchłanianie ciał białkowych, np. somatozy. *Herman.*

Dr. Mekerttschiantz (z Tyflisu). **Dwa przypadki krwiaka sromu, jeden po spółkowaniu, drugi po porodzie.** *(Monatschr. für Geburt. und Gynäk.*, Nr. 9). Autor opisuje dwa przypadki krwiaka sromu, jeden powstały po pierwszem spółkowaniu z mężczyzną o członku przeciętnej wielkości, drugi po porodzie, przy którym urodzenie barków, wskutek nadmiernie rozwiniętego płodu (ważył 15 funtów), napotykało na wielkie przeszkody. Pierwsze tłómaczy niezręcznością mężczyzny, który zamiast w miejsce odpowiednie, skierował członek nieco w bok i ku dołowi; napotkawszy opór, jaki stawiała warga mniejsza, sądząc, że jest to opór stawiany przez błonę dziewiczą, starał się takowy forsownie przezwyciężyć, przyczem zranił przedsionek i rozerwał pewną liczbę naczyniek, co sprowadziło wybroczynę. Podrażniona uciskiem odbytnica sprowadziła uczucie parcia, każda zaś próba wypróżnienia zwiększała jeszcze krwawienie, zwłaszcza przy przekrwieniu, w jakiem w tym czasie znajdują się narządy miednicy małej.

Aby powstał krwiak potrzeba przerwania naczyń i miejsca w tkankach, gdzieby się krew mogła gromadzić. Naczynia przerwać się mogą albo wskutek urazu, albo wskutek schorzenia. Miejsce zaś w tkankach powstaje albo przez gwałtowne zmiażdżenie tkanek, lub przez gwałtowne przesunięcie tkanek ponad sobą, a więc przez rozerwanie. Ponieważ w ciąży i połogu srom i wogóle części rodne są więcej rozpulchnione, dlatego łatwiej w tym czasie może przyjść do

przerwania łączności tkanek i pęknięcia naczyń. To właśnie tłómaczy powstanie krwiaka po porodzie, zwłaszcza po porodzie ciężkim.

Małe krwiaki radzi M. leczyć konserwatywnie, t. j. spokój i okłady lodowe; jeżeli wystąpią objawy zapalne, radzi nacięcie; tak samo radzi nacinać krwiaki rozległe, aby uniknąć zgorzeli skóry i niepewnego wessania. Krwotok, powstały po nacięciu, tamuje przez podwiązanie pojedynczych naczyń lub okłócie. Szczególnie radzi robić nacięcie, jeżeli krwiak powstaje podczas samego porodu. *T. P.*

Dr. L. Pfeiffer. **Zarazek ospy.** *(Handbuch der spec. Pathol. und Therapie [Infectionskrankheiten], herausg. v. Penzoldt u. Stintzing.* II. wyd. *Jena*, 1899). Autor opisuje *Cytorryctes variolae* jako zarazek ospy. Zalicza on ów pasorzyt do sporozoów, uważając go na razie bliskim *acystosporidia*, do których także *plasmodium* zimnicy należy. Owe *sporozoca* okazały się przyczyną wszystkich prawdziwych postaci ospy: *Variola vera, Purpura variolosa*, *Variola haemorrhagica*, *Variolois*, *Varioline* (t. j. *variola inoculata)* i *Vaccina*, oraz spraw ospowych u małp, krów, kóz i koni. Pasorzyt znajduje się we krwi osób gorączkujących, chorych na ospę, oraz szczepionych i gorączkujących dzieci (7 dzień) i cieląt (4 dzień). Krwią taką można wywołać na większych miejscach szczepionych typowe uodporniające krosty.

Cytorryctes variolae są to komórki podobne do pełzaków (ameb), wykonywujące wyraźne, samoistne ruchy na ogrzewanym stole. Objętość ich wynosi $^1/_4$ ciałka krwi człowieka, a jądro daje się barwić. W przebiegu wylęgania pasorzyta, właściwego ospie, można rozróżnić 2 postacie rozwoju: Pierwszą, pełzakowatą postać znajdujemy we krw podczas gorączki zakaźnej. Postać tę już przedtem kilkakrotnie widzieli i opisali różni badacze; po raz pierwszy hodował ją Guarnieri (Pisa), jako *Cytorryctes variolae seu vaccinae* na rogówce. Druga postać powstaje z pierwszej, którą uważać można za młodocianą. Tworzy się rodzaj torbiela, którego treść bezpośrednio w pewną ilość zarodków się rozpada. Natomiast nieznaną jest rzeczą, jak z tych zarodków powstają pełzakowate postacie młode. Torbiele znajdują się wewnątrz zakażonych komórek przybłonkowych i zostały w r. 1887 przez L. Pfeiffera zebrane z treści krost ospy i ospy krowiej i opisane jako *monocystis epithelialis*.

Wysypkę, która 5 dnia podczas opadu gorączki występuje *(stadium eruptionis)*, uważa P. za zatorowe zajęcie skóry, powstające przez mechaniczne zatkanie naczyń włosowatych zarodkami pasorzyta. Z tego powodu można z dobrym skutkiem dalej szczepić z guzkowatej wysypki, i z tego powodu występuje czasem w międzyżebrzach wysypka ustawiona rzędami, odpowiednio do przebiegu tętnic, tak jak przy półpaścu św. Franciszka (Herpes zoster).

Wtórna gorączka ospowa (okres nabierania i tworzenia się krost ospowych), która 8—9 dnia choroby się rozpoczyna, jest, według Pfeiffera, zawisłą od drugiego najścia (inwazyi) pasorzytów, wychodzącego z wysypki guzkowatej.

Na dowód, że krosty powstają przez zatory włosowate, wskazuje L. P. na fakt, że na rogówce nie posiadającej naczyń, nie tworzą się krosty ospowe i zajęcia rogówki przy ospie wyraźnie uznane są za poospowe, jakoto: zapalenie rogówki ograniczone i powierzchowne, ropień rogówki z nagromadzeniem ropy w komórce przodkowej (hypopyon), zrosty i zropienie rogówki, wreszcie zapalenie ropne całego oka. Najczęstsze i najniebezpieczniejsze choroby oka usadawiają się nie na samej rogówce, lecz na jej brzegu.

Dla wytłómaczenia odporności po przebytej ospie i szczepieniu obmyślił sobie autor własną hipotezę na mocy bardzo często zdarzającego się trwałego zatrzymania zarodków pasorzyta: Zarodek ospy usadawia się w ciałkach krwi i komórkach tkanin nabłonkowych; o zachowaniu się jego względem innych komórek nic nie wiemy. Według L. Pfeiffera „muszą więc pasorzyty same pozostać w uchronionych miejscach tkaniny, a ztąd stan odporności utrzymuje się i odnawia przez miesiące i lata, dopóki z wygaśnięciem ostatniego gniazda zarodków i w odpowiedniej tkaninie stan odporności nie ustanie". Tak długi żywot pasorzytów ospy w odpowiednich komórkach nie powinien zadziwiać, gdyż i limfa dziecinna, dobrze zachowywana, dłużej jak lat dziesięć utrzymuje swoją żywotność. Podobne zjawiska spotykamy także u pasorzyta zimnicy, którego postać sierpowata, zachowując się długo we krwi, po miesiącach i latach czasami powoduje nawroty choroby. *Dr. Fels* (Lwów).

Dr. Thiele: **O pośrednich złamaniach kości śródstopia** (przyczyna tak zw. „Fussgeschwulst"). *(Deutsche mediz. Wochschr.*, Nr. 10, 1899). Po dłuższych marszach żołnierzy w pełnym rynsztunku występuje czasami obrzęk w okolicy śródstopia, w kształcie płaskiego stożka, którego szczyt odpowiada II-giej lub III-ciej kości śródstopia *(metatarsus)*, bardzo rzadko IV-ej. W obrzęku tym, w świeżych przypadkach okazującym cechy wylewu krwawego, wykazać można ściśle ograniczone, bardzo bolesne miejsce. Przyczynę tych rozmaitych objawów tłómaczono rozmaicie. Uważano je za zapalenie torebek ścięgnistych, za naderwanie się i zapalenie więzadeł, za zapalenie okostnej i t. d.; dopiero Kirchner wykazał, że chodzi tu o złamanie lub nadłamanie nazwanych powyżej kości w śródstopiu. Fakt ten potwierdza obecnie T., opierając się na kilkunastu röntgenogramach, na których wyraźnie można było rozpoznać kostninę w miejscu najbardziej bolesnem. Leczenie, które trwa około 4 tygodni, ogranicza się na zapewnieniu stopie spokoju, przez ułożenie chorego w łóżku. W razie znacznej bolesności okłady z płynu Burowa. Zagipsowywania, mięsienia i t. p. nie potrzeba. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Philippson leczy *(D. m. Woch., 1899)* czyraki w ten sposób, że przykrywa je 50% plastrem salicylowym, zmienianym kilka razy na dobę, przyczem usuwa ropę zapomocą eteru samego, lub zmięszanego z wyskokiem. Przy czyrakach twarzy wprowadza palnik żegadła w środek, czop usuwa łyżeczką ostrą, a ściany przyżega kawałkiem drzewa, zanurzonym w kwasie salicylowym. Przy małych czyrakach, lub dla zapobiegania tworzeniu się nowych, zmywa skórę 2% wyskokiem salicylowym. Przy czyrakach licznych szuka przyczyny ogólnej i leczy ją wewnętrznie, a zewnętrznie zaleca nacieranie skóry 2½% waseliną salicylową. Brocq zaleca *(Gaz. hebd. 1899, 19)*, gdy istnieje przyczyna ogólna czyraków, drożdże, po łyżeczce przy każdem jedzeniu i twierdzi, że ma wyniki zadawalniające, szczególnie co się tyczy zapobiegania dalszemu tworzeniu się czyraków. *F. K.*

Przeciw mendeweszkom (phtirius pubis) stosują w szpitalach paryskich do zewnętrznego użycia. *Rp. Sublimat. 0,25, Ol. terebinth. 30,0, Glycer. 40,0 Spir. camphor. 175,0.* *F. K.*

Dr. Cassel. Zastósowanie euchininy w krztuścu. *(Therap. Monatschr.* kwiecień, 1899). Autor sądzi, że euchinina nie jest lekiem swoistym w krztuścu, lecz i nie ustępuje tym wszystkim przetworom, które zalecano i wychwalano w ostatnich latach; zmniejsza ona również liczbę napadów i skraca czas trwania choroby. Łatwość zastósowania i wszelkie bezpieczeństwo co do działania ubocznego przemawiają za tym lekiem, który podawać można całymi tygodniami. *A. K.*

Querlach ogłasza *(D. Medztg. 1899. 8)* doświadczenia swoje z alumnolem w niożytach dróg rodnych kobiecych, twierdząc, że działanie jest prawie swoiste. Dla wzmożenia działania ściągającego łączy octan cynkowy z alumnolem w stosunku 1: 4, a rozpuszczając tę mięszaninę w stosunku 3: 1000, przepłókuje pochwę i część pochwową, lub wprowadza do macicy paski gazy, w tym płynie zamoczonej. Płyn ten wcale nie drażni błon śluzowych, działa silnie ściągająco i sprowadza szybkie wyleczenie w ostrych i przewlekłych sprawach. *F. K.*

Dr. Pagenstecher zaleca *(Deut. med. Woch. Nr. 14, 1899)* nici celuloidynowe do ligatur i szwów. Przyrządzanie

ich jest następujące: nici angielskie najlepszego gatunku wygotowują się ½ godziny w 1% roztworze sody w celu odtłuszczenia i wyjałowienia, następnie przepłókują się wrzącą wodą i szybko suszą się w wysokiej ciepłocie; poczem następuje namakanie ich (impregnacya) celuloidyną i wygładzenie. Ostateczne wyjałowienie odbywa się w gorącej parze lub gorącem powietrzu. Tak przyrządzone nici przechowują się na sucho lub w wyskoku sublimatowym. Zalety takich nici mają być następujące: wielka wytrzymałość, sztywność i gładkość; nie namakają wydzieliną ran, nie skręcają się, węzły utrzymują się trwale. Jest pięć rodzajów tych nici: najcieńsze mają służyć do szwów i do operacyj plastycznych; dwa następne numera przeznaczone do zwykłych szwów i podwiązek; najgrubsze używać się mają do podwiązek ryczałtowych (en masse).

Nici te przyrządza firma Lütgenau et Cie., w miejscowości Krefeld. *A. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 2 czerwca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Sielski. — Członków obecnych 27.

Kol. przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnienia pamięci zmarłego dra Franciszka Gluzińskiego, ojca kolegów Antoniego i Lesława Gluzińskich. Obecni uczcili pamięć Jego przez powstanie.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Barącz omówił przypadek skręcenia sieci większej w jamie brzusznej, wywołujący ciężki obraz chorobowy. Obrzęk sieci skręconej naokoło osi i przyrośniętej do worka przepuklinowego, ważący około kilograma, przedstawiał obraz zawału krwawego i przypominał wejrzeniem swojem nowotwór złośliwy. Kol. B. usunął go z dobrym wynikiem przez herniolaparotomię. Mówca uważa przypadek ten jako bardzo rzadki ze względu na niezwykły i ciekawy sposób powstania skrętu (okręcenie kilkakrotne około osi pionowej). Nastąpiła demonstracya preparatu.

W dyskusyi zauważył kol. Wehr, że sposób powstania uwięźnięcia sieci, jakoteż jej przerost w opisanym przypadku, nie jest tak bardzo rzadkim.

II. Kol. Szulisławski przedstawia chorą, liczącą lat 17 z ciastowatym przerostem powieki górnej prawej, która zwisa aż na policzek. Choroba datuje się od 13 r. życia, trwa zatem lat 4, a objawia się powiększeniem całej prawej połowy twarzy, które odnosi się do części miękkich i twardych. Powiększenie części miękkich jest ciastowate; owłosienie po tej stronie twarzy większe, kości grubsze. Z twardego podniebienia zwisa miękki, ciastowaty guz, zajmujący całą prawą połowę. Przy zamkniętych oczach spostrzega się, że cała górna powieka, przy podniesionej zaś powiece górnej, że cała gałka wykonywa ruchy jednoczesne z tętnem.

Tętnienie to zmniejsza się i ustępuje przy ucisku na tętnicę szyjną wspólną. Gałka oczna lekko wytrzeszczona. Zmiany takie wywołane być mogą przez rozlany nowotwór naczyniakowy. Co do leczenia, to znane (chociaż nieliczne) są przypadki, w których podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej sprowadziło trwałe wyleczenie.

W dyskusyi kol. Wehr przypuszcza, że guz ten powstał na tle rozszerzenia naczyń chłonnych i że w danym przypadku może się wyrobić początkowa postać słoniowaciny.

Kol. Szulisławski odpowiada, że trudno rozstrzygnąć jakiego rodzaju jest naczyniak, gdyż objawy się nie zgadzają; n. p. tętnienie jest wyraźne, szmerów natomiast nie słychać. Podnosi, jako okoliczność niezwykłą, że, mimo 4 lat trwania choroby, wysadzenie gałki ocznej jest nieznaczne.

Kol. Barącz nadmienia co do terapii, że Amerykanie polecają od kilku lat, o ile sobie przypomina, obustronne podwiązywanie tętnicy szyjnej zewnętrznej (*carotis externa*), a nie jednostronne wspólnej (*carotis communis*) wobec nowotworów złośliwych jamy nosowo-połykowej i wobec obrzęków unaczynionych policzka (*angiomata, lymphangiomata cavernosa*); wyniki ich miały być dobre, dlatego polecałby spróbowanie tego zabiegu i w przedstawionym przypadku z modyfikacyą, o której wspomina Szulisławski.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 11 marca 1899 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Edward Korczyński. Obecnych członków 10.

1) Zastanawiano się nad wynikami badania bakteryologicznego sztucznego lodu krystalicznego, dokonanego w c. k. Zakładzie dla badania środków spożywczych, jak nie mniej nad rozbiorem chemicznym tegoż lodu, wykonanym przez Dra Ignacego Lembergera. Stanowczej uchwały nie powzięto dla nieobecności na posiedzeniu referenta Prof. Dra Bujwida.

2) Upoważniono sekretarza, ażeby zachęcił kogoś z uzdolnionych po temu do wyrobu wina borówkowego.

3) Przyjęto do wiadomości świadectwo weterynarza o dobrym stanie zdrowia krów w mleczarni śledziejowickiej.

4) Jarzyny i owoce z fabryki konserwów w Lubyczy odstąpiono do ocenienia Prof. Drowi Bujwidowi.

5) Zastanawiano się nad wyrabianiem w kraju wag dokładnych do ważenia chorych dla użytku zakładów zdrojowych, szpitali i klinik.

6) Uchwalono odnieść się do kilku właścicieli kopalń nafty o nadesłanie próbek łupków bituminowych, a to w celu podjęcia badań, czy z łupków tych nie dałby się wytwarzać ichtyol.

7) Do odbyć się mającej ankiety balneologicznej uchwalono zaprosić także kilku wybitniejszych balneologów warszawskich i wejść w porozumienie z sekcyą balneologiczną warszawską.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz.

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie

Podał

Dr. T. Janiszewski

lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

Dr. Köhler (ciąg dalszy), uwzględniając wszystkie powyżej wyliczone braki nowej statystyki, przytacza dane, odnoszące się do Galicyi. Na 6,956.699 ludności (1895 r.) umarło na gruźlicę płuc 24.068, na zapalenie płuc 22.990, czyli razem 47.058; na milion żyjących przypada 3460 śmierci z powodu gruźlicy, 3305 śmierci z powodu zapalenia płuc, czyli razem 6764 przypadków śmierci. Wybitny wpływ na rozpowszechnienie się gruźlicy wywierają warunki, w których człowiek żyje i zajęcie, któremu się oddaje. Warunki te wpływać mogą albo w ten sposób, że dostarczają sposobności do zakażenia się gruźlicą, lub że osłabiają ustrój i czynią go mniej odpornym na szkodliwe wpływy. Dowiedzionym jest ujemny wpływ złych mieszkań i złego odżywiania się; tak samo u ludzi, oddających się pewnym zajęciom, gruźlica jest bardziej rozpowszechnioną, niż u innych. Pewne zajęcia, przy których człowiek narażony jest na oddychanie pyłem, np. szlifowanie, zawody wymagające pewnego ustawienia ciała, przeszkadzającego swobodnym ruchom oddechowym, np. szewstwo, w końcu zajęcie siedzące, które z powodu niedostatecznej czynności układu mięśniowego wpływają osłabiająco na cały ustrój; wszystkie te zajęcia sprzyjają rozwinięciu się gruźlicy płuc. (Dr. Krieger).

Stwierdzono również zależność pomiędzy stopniem zamożności, a ilością śmierci z powodu gruźlicy; w Hamburgu wyliczono, że u ludności z dochodem powyżej 2000 marek przypada 15 zgonów z powodu gruźlicy na 10.000 przypadków śmierci, gdy tymczasem u ludności z dochodem poniżej 2000 marek przypada aż 40 zgonów z gruźlicy na 10.000 przypadków śmierci. Wpływ zajęcia na rozpowszechnienie się gruźlicy objaśniają sumiennie zebrane dane statystyczne w pracach Brauera dla fabryk tytoniu, G. Meyera dla drukarń, Strattmanna dla szlifierzy, Moritza — dla górników.

Dr. Schjerning przedstawia obszerną pracę tyczącą się rozpowszechnienia gruźlicy w armii niemieckiej. Rok ostatni wykazuje zaledwie 1,8‰ zachorowań na gruźlicę. Schjerning przychodzi do wniosku, że przez dokładne badanie przy poborze wojskowym, przez leczenie odpowiednie i zapobieganie dałoby się osiągnąć jeszcze lepsze wyniki, a tem samem niemało przyczynić się do ograniczenia szerzenia się gruźlicy wogóle.

Dyrektor hanzeatyckiego Towarzystwa ubezpieczeń na przypadek niezdolności do pracy lub starości, p. Gebhardt, wykazuje na podstawie danych statystycznych, zebranych za lata 1892—1895, jak ważną jest rzeczą dla Towarzystwa, wziąć czynny udział w walce z gruźlicą, a to z powodu wielkiej liczby przypadków gruźlicy płuc u osób, ubezpieczonych w Towarzystwie.

Na rozpowszechnienie się gruźlicy pomiędzy ludźmi wielki wpływ wywiera tak często się wydarzająca gruźlica u krów i świń. Gruźlica szerzyć się może zapomocą spożywania źle sporządzonego mięsa chorych zwierząt (ten sposób zakażenia gruźlicą wydarza się rzadko), a szczególniej przez spożywanie niewyjałowionego mleka krowiego.

Ze wszystkich danych, jakie się mieszczą w pracach i sprawozdaniach 1go działu, wynika jeden fakt bardzo ważny, że we wszystkich państwach, które wykonały energiczną walkę w celu zwalczania gruźlicy, liczba zgonów z powodu gruźlicy stale się zmniejsza; to dać powinno zachętę do dalszej walki tam, gdzie ją już od dłuższego czasu prowadzą, a rozpoczęcia akcyi w tych krajach, gdzie dotąd panuje pod tym względem zupełna obojętność. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. **XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.**

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

3) J. Jacob (z Chudowy): *Niewydolność serca nerwicowa (insufficientia cordis neurotica).*

(Ciąg dalszy posiedzenia z dnia 12 kwietnia).

1) Istnieje zbiór objawów pozornie podobny do zwyrodnienia mięśnia sercowego. Możnaby go nazwać „zwyrodnieniem rzekomem mięśnia sercowego". Pozwala on na dobre rokowanie, pomimo oznak niewydolności serca. W tym razie naprzekór rozstrzeni serca i niemiarowości tętna, napięcie jego jest dobre.

2) Są objawy, które pomięszać można z chorobą Basedowa, zwłaszcza jeżeli przyłączy się do nich małe wole wrodzone i oczy już z urodzenia nieco wysadzone. Do tych objawów należy przyspieszenie czynności serca z tętnem prawidłowem, rozstrzeń i niewydolność serca. Od choroby Basedowa odróżnić można ten zbiór objawów na podstawie braku rozgrzanej skóry; przeciwnie skóra bywa chłodna; dalej na podstawie braku pragnienia i szmerów sercowych, wogóle braku oznak podwyższonej przemiany materyi. Tętno bywa napięte. Chorzy tacy nie znoszą kąpieli lub zabiegów kąpielowych chłodzących, jak dotknięci chorobą Basedowa. Natomiast przynosi ulgę leczenie niedokrwistości, a poprawa następuje względnie szybko. Choroba Basedowa, z rzadkim wyjątkiem przypadków bardzo ciężkich, odznacza się tętnem słabo napiętem. Opisany zbiór objawów można nazwać „rzekomą chorobą Basedowa".

3) Niewydolność serca poprawia się najszybciej wskutek leczenia mającego na celu zwolnienie napięcia tętniczego, względnie obniżenie pobudliwości ośrodka naczynioruchowego.

4) Obrazy podobne do rzeczywistej niewydolności serca są w stosunku do siebie pokrewne, a różnią się tylko stopniowaniem tej samej sprawy.

4) Hirschfeld (z Berlina). *Przyczynek do nauki o krwistości (plethora).*

Mimo, że nieraz mówi się o stanach krwistości, dotychczas niema dowodu istnienia większej ilości krwi, czy to chwilowego, czy też stałego. Stan taki jednak musi istnieć, ponieważ bez przyjęcia jego trudno wyjaśnić przerost serca po nadzwyczaj obfitem odżywianiu.

Mowca znalazł wysokie parcie krwi (zapomocą sfygmomanometru Bascha u osobników) młodych, mających objawy nerwicy serca lub niewydolności serca przemijającej. Zapomocą niedostatecznego odżywiania (chory stracił około 5 funtów) udawało się mu obniżyć parcie do stanu prawidłowego. Ponieważ wzmocniła się również wtedy siła serca, można wytłómaczyć obniżenie parcia tylko zmniejszeniem ilości krwi, a przemawia zatem też i to, że ustrój wydalił stosunkowo wiele białka w początku niedostatecznego odżywienia.

Objawy krwistości zaznaczają się zwłaszcza wyraźnie, jeżeli układ naczyniowy jest wązki. Odżywianie niedostateczne, albo t. zw. dyeta umiarkowana w ciągu kilku tygodni, działają bardzo skutecznie. Nie można jej jednak zalecać na czas dłuższy. Następnie należy poradzić choremu, aby się starał pracować mięśniami i aby się strzegł przybytku na ciężarze.

5) Grodel (z Nauheim). *Uwagi o leczeniu naparstnicą w przewlekłych zaburzeniach krążenia.*

Nieraz nie wystarczają już czynniki leczenia fizykalno-dyetetycznego (kąpiele, gimnastyka itd.) i trzeba się uciec do leków, a szczególniej do naparstnicy. Należy jednak być bardzo wstrzemięźliwym i ostrożnym w podawaniu naparstnicy, ponieważ prędzej czy później znajdzie się chory sercowy w tym stanie, w którym już naparstnica działa krótko i słabo. Należy przeto w przerwach, kiedy się naparstnicy nie podaje, używać innych sposobów leczniczych, które, dobrze zastósowane, mogą odwlec jeszcze dalej sięgnięcie po nową dawkę naparstnicy. W innych przypadkach cięższych można podawać naparstnicę, z małemi jednakowemi przerwami, w dawkach średnich, np. przez tydzień po 0·3—05 *fol. digit.* na dzień. Widział też mówca dobre wyniki z podawania stałego naparstnicy w dawkach małych (np. 0·05—0·1 *fol. digit. pro die*). Powszechnie nie radzą podawać naparstnicy w ten sposób, bojąc się t. zw. zbiorowego działania tego leku, przytępienia wpływu jego i przyzwyczajenia się doń (digitalismus). Jednakowoż przyzwyczajenia nigdy nie bywa, przytępienie wpływu leku jest wogóle małe, a nawet korzystne, jeżeli ma się lek podawać przez czas dłuższy.

Działanie zbiorowe naparstnicy często przeceniają; można go przecież uniknąć, zachowując pewną ostrożność. Mianowicie w przypadkach posuniętych niedomykalności zastawki dwudzielnej można bez obawy a z dobrym skutkiem używać przez czas dłuższy naparstnicy. Podobnie w chorobach samego mięśnia sercowego. W innych wadach zastawkowych, w miażdżycy tętnic, w zapaleniu nerek, podawać można, ale z wielką ostrożnością, a gdy tylko poczną się zapowiadać przeciwwskazania, w tej chwili odstawić. Ma się rozumieć, że naparstnica jest przeciwwskazaną, jeżeli, mimo podawania dłuższego, nie widać wpływu żadnego na serce i oddawaniu moczu, lub gdy się pokażą nieprawidłowości w czynności serca.

Unverricht (z Magdeburga) wspomina o dwu przetworach, które mogą zastąpić naparstnicę t. j. dialysat Golaza (w Saxon w Szwajcaryi) i digotoksyna Mercka. Dializat wyrabiają ze świeżych liści, jest więc przetworem, mającym dokładną wartość farmakologiczną. Digitoksynę podaje mowca w kołaczykach (tabletkach) po $^1/_4$ mgr. trzy do cztery razy dziennie — przez trzy dni, a w razie potrzeby jeszcze raz na dzień potem. Działanie przetworu tego jest pewne i skuteczne.

Mowca nie może się zgodzić na podawanie naparstnicy w dawkach małych przez czas dłuższy, jak zaleca Groedel. Występuje bowiem znużenie ustroju z zatrucia, przytępia się wskutek tego wpływ naparstnicy, niewydolność serca nie da się powstrzymać, a w końcu ma się tę korzyść, że serce, nasycone naparstnicą, już nie odpowiada na działanie przetworów zastępczych. Zawsze więc należy się trzymać sposobu podawania naparstnicy z przerwami, a wśród nich wspierać skutek, spowodowany przez naparstnicę, czynnikami dyetetycznymi i fizykalnymi.

6) Levy-Dorn (z Berlina). *Badanie serca zapomocą promieni Roentgenowskich.*

Nie znamy oddalenia serca od ściany klatki piersiowej, jak również położenia serca (jego ustawienia) w przypadkach poszczególnych, dlatego nie możemy wiedzieć, jaki wpływ wywierają te czynniki na wielkość roentgenogramu serca, który jest obrazem rzutu serca na płaszczyźnie ciennika (écran).

Można jednakowoż przypuścić, że te dwa czynniki nieznane mniejwięcej są jednakie u ludzi jednakiego wzrostu i w podobnych warunkach badania. Przedewszystkiem należy przedsięwziąć badania nad wielkością cienia serca, który widać na roentgenogramie, jak on się mianowicie zachowuje u osobników rozmaitego wzrostu.

Nasuwa się tu atoli pytanie, w jaki sposób należy mierzyć cień serca. Cień ten na roentgenogramie jest zazwyczaj zamazany od góry i od dołu, lecz boczne granice na lewo i prawo bywają wyraźne. Jeżeli się więc nakreśli linie równoległe do linii środkowej ciała przez najdalsze wychylenia granic bocznych cienia sercowego, to oddalenie tych linij od siebie da nam poprzeczną średnicę serca, której możemy użyć za miarę podstawową.

Mowca pokazuje tablicę, na której znajdują się rysunki tej poprzecznej średnicy serca u 24 osobników z równoczesnem podaniem wzrostu, średnicy strzałkowej i poziomej klatki piersiowej, oraz wieku i płci. Z tej wynika, że wzrostowi:

$1^1/_4$ metra odpowiada średnica serca = 9 ctm.;
$1^1/_2$ „ „ „ „ = 11 ctm.;
$1^3/_4$ „ „ „ „ = 12 ctm.

Są to liczby średnie. Średnice wyraźnie mniejsze lub większe należy uważać za patologiczne.

Np. pewna kobieta z wadą sercową, mająca wzrost = 1·69 mt., posiadała cień serca = aż 19 ctm., a pewien mężczyzna bardzo wychudły wzrostu 1·66 mt. miał cień serca = tylko 9·7 ctm!

Ta średnica poprzeczna serca zwiększa się przy wydechu, co również popiera mowca okazami zdjęć Roentgenowskich.

7) Criegern (z Lipska). *Wyniki badania serca zapomocą ciennika (écran) fluorescencyjnego.*

C. objaśnia własną metodę mierzenia cienia sercowego na cienniku fluorescencyjnym, a zarazem pokazuje przyrządy pomocnicze własnego pomysłu.

Na tem zakończono popołudniowe posiedzenie d. 12 kwietnia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie galicyjskiego inspektora przemysłowego za rok 1898 przynosi ciągle jeszcze smutne ze stanowiska sanitarnego szczegóły dla naszych robotników. Inspektorat otrzymał w roku sprawozdawczym doniesienie o 986 nieszczęśliwych wypadkach, którym ulegli robotnicy. Z tej ogólnej liczby przypada 25 wypadków na rolnictwo, 291 — na koleje, a reszta, t. j. 670 wypadków (30 śmiertelnych) — na właściwe przedsiębiorstwa przemysłowe. Liczba ta jednak jest niedokładną, skoro zakład ubezpieczenia od wypadków podaje jej wysokość na 737. Najwięcej wypadków było w przemyśle drzewnym (338) i budowlanym (122) i tu odsetek śmiertelności wynosi 50%, a 18% wszystkich wypadków śmiertelnych. Jako przyczynę tych katastrof wymienia sprawozdanie „własną nieostrożność robotnika“, nieodpowiednie urządzenie kotłów, nieumiejętne z nimi obchodzenie się, brak nadzoru i urządzeń ochronnych itd.

Ustawa o ubezpieczeniu robotników od chorób nie jest dotychczas w Galicyi powszechnie przestrzeganą; zdarzają się jeszcze prawcodawcy, którzy nie stosują się do wymagań tej ustawy.

Ubezpieczenie od wypadków, przeprowadzone w większych przedsiębiorstwach, nie jest dostateczne w drobnym przemyśle.

Czas pracy wynosi w przeważnej części galicyjskich przedsiębiorstw 11 godzin na dobę; zdarza się jednak, że praca trwa po 12 i 13 godzin. Spoczynek niedzielny również nie zawsze i wszędzie przestrzegany. Zdarza się także, że wbrew ustawie bywają zatrudniane dzieci, niemające jeszcze 12 lat.

Urządzenie wewnętrzne warsztatów i lokalów fabrycznych urąga najpierwotniejszym pojęciom o higienie. Zaduch, wilgoć, ciasnota, kurz, brud panują wszędzie i pod tym względem stan rzeczy o włos nie zmienia się. Smutną stroną tych niedostatków higienicznych jest to, że właściciele takich zakładów nie zdradzają najmniejszej chęci poprawienia tych zaniedbanych stosunków sanitarnych. Wszystko to dzieje się wbrew ustawie, jest karygodnem przekroczeniem, a z ponurych skarg p. inspektora przemysłowego wnosić należy, że uchodzi to bezkarnie. Ta bezkarność i beznadziejność poprawy zmusza robotnika do szukania opieki; rozglądając się za nią, pomija on już rząd, i wbrew interesowi pracodawców i rządu wytwarza zbiorową siłę oporu, na której powoli przyzwyczaja się polegać.

Sprawozdanie z ochronnego leczenia przeciwko wodowstrętowi — metodą Pasteura — za miesiąc maj, 1899 r.

W miesiącu tym leczono ogółem 46 osób, w liczbie tej 13 osób, pozostałych w leczeniu z kwietnia i 10, pozostających nadal w leczeniu na czerwiec b. r.

Wykaz liczbowy tych 46 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz, głowę i szyję	—	5	—	5
w kończyny górne	2	20	7	29
w kończyny dolne i tułów	1	6	5	12
w ciało nagie	2	19	3	24
przez ubranie	1	12	9	22
liczby ogólne	3	31	12	46

Zwierzęta kąsające były: w 44 przypadkach psy, w 1 przypadku koń, a w 1 przypadku przypadkowe ukłócie się w rękę.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 czerwca.

* Towarzystwo Lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Rutkowski przedstawił dwa rzadsze przypadki, operowane w klinice krakowskiej; kol. Dłuski okazał i objaśnił kilka bardzo pouczających preparatów anatomo-patologicznych; kol. Raczyński miał wykład: »W sprawie gruźlicy u dzieci, który wywołał ożywioną wymianę zdań.

* Magistrat krakowski rozesłał karty głosowania lekarzom, należącym do Izby lekarskiej. Gdyby który z kolegów karty tej nie dostał, otrzymać ją może codziennie w biurze fizyka miejskiego, między godziną 11 a 12-tą.

Uwaga ta w szczególności dotyczy lekarzy zdrojowych, których obecnego miejsca pobytu mógłby magistrat nie wiedzieć; ci mogą upomnieć się drogą pocztową.

* Krakowski oddział Towarzystwa przyrodników im. Kopernika otwiera w październiku instytucyę analogiczną z Uranią berlińską. Celem jej nie będzie wystawa okazów, lecz demonstrowanie zjawisk przyrody, pouczenie o podstawowych prawach przyrodniczych na okazach pospolitych, lecz żywych. Przyrządy chemiczne i fizyczne będą w ruchu, aby zwiedzający sam mógł ich używać do doświadczeń, a jednocześnie korzystać z objaśnień i pogadanek, które w oznaczonych godzinach odbywać się będą. Na początek muzeum to będzie się składać z trzech oddziałów: fizycznego, chemicznego i biologiczno-higienicznego. Na czele instytucyi stoją ludzie tej miary, jak profesorowie: Witkowski, Cybulski, Bujwid, dyrektor Petelenz i in. Fundusze nowej instytucyi na razie są zbyt szczupłe; ufać jednak należy, że ogół ludzi zamożnych i sprawę rzetelnej oświaty miłujących, poprze te usiłowania. W miarę środków instytucya ta zamierza dawać przedstawienia teatralne, t. j. zużytkowywać nowoczesną technikę teatralną, do objaśnienia i demonstrowania zjawisk przyrody.

Nazwiska wyżej wymienionych uczonych dają wszelką rękojmię powodzenia nowej tej instytucyi naukowej.

— Kol. Dr. W. Borysiewicz ofiarował Bibliotece Towarzystwa lek. krak. kilkadziesiąt tomów cennych dzieł, za co składam mu niniejszem uprzejme podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Przeciw liście wyborczej do wiedeńskiej Izby lekarskiej wystąpił Dr. Rader z wnioskiem, ażeby magistrat wykreślił 425 nazwisk tych lekarzy, którzy nie posiadają obywatelskiego prawa głosowania w wyborach gminnych, opierając się na parag. 6-tym ustawy, obowiązującej Izby lekarskie, który brzmi: »lekarze, którzy nie posiadają czynnego i biernego prawa wyborczego w gminie, nie mają również tego prawa w wyborach do Izby lekarskiej». Magistrat odniosł się do Wydziału wiedeńskiej Izby lekarskiej, wzywając go do oświadczenia się w tej sprawie. Wydział Izby odpowiedział, że nie znajdując żadnego uzasadnienia dla reklamacyi Dra Radera, uprasza Magistrat o odrzucenie tej reklamacyi; pomimo tego oświadczenia Wydziału Izby lek.

wied. magistrat wykreślił 405 lekarzy z listy wyborczej. Izba wysłała rekurs do namiestnictwa, które ją poparło. Przeciw orzeczeniu namiestnictwa rekurował Rader do ministeryum spraw wewn., które rekurs ten odrzuciło; sprawa oparła się o Najwyższy trybunał, który zwalił orzeczenie ministerstwa, a tem samem uprawomocnił reklamacyę Radera i zarządzenie magistratu wiedeńskiego.

Roma locuta, causa finita. Po orzeczeniu Najwyższego trybunału sprawa ta została nieodwołalnie załatwioną. Więc w ustawie Izby lekarskiej, która ma być instytucyą dla ochrony stanu lekarskiego i zorganizowania samopomocy, znalazł się paragraf, który tym celom instytucyi staje w poprzek, bo wytwarzając zastęp aż 405 lekarzy wiedeńskich, nienależących do Izby, wolnych od zobowiązań etycznych i zawodowych, przez ustawę izbową wymaganych, tem samem wytwarza niejako dwoistość praw, która, zasilając konkurencyjną swobodę i bezkarność żywiołom napływowym, wychodzi na niekorzyść obywateli własnych. Czyż godzi się identyfikować szerokie prawa obywatelskie autonomicznej jednostki z organizacyą jednego zawodu, w skład którego wchodzi ogół jednorodny, złączony jak najściślej wspólnością zawodu? Takie zamięszanie możebne jest tylko tam, gdzie umysłem prawodawcy kieruje nie d u c h prawa, lecz martwa jego litera, po wsze czasy głośny biurokratyzm austryacki.

Orzeczenie Najwyższego trybunału, o którem piszemy, będzie prawomocną dyrektywą dla wszystkich Izb lekar. austryackich.

* Znanem jest utyskiwanie Francuzów na zapoznawanie francuskich zdrojowisk i uzdrowisk przez lekarzy i publiczność reszty świata. Dość pokaźna liczba samych Francuzów uczęszcza do zakładów niemieckich, a zdrojowi lekarze niemieccy tak samo »polecają się« wybitniejszym praktykom francuskim, jak to zwykli rokrocznie czynić we Wschodniej Europie. Snać dzisiejsi przedstawiciele medycyny francuskiej postanowili odmienić ten nieusprawiedliwiony stan rzeczy i w tym celu powstał Komitet, w skład którego weszli: Brouardel, Landouzy, Cornil, Durand-Fardel, Fournier, Gilbert, Huchard, Lannelongue, Monod, Proust i Juliusz Simon. Komitet ten postanowił organizować wycieczki naukowo-lekarskie po zdrojowiskach francuskich, w celu poznania ich urządzenia, oraz własności chemicznych i leczniczych.

Tegoroczna wycieczka obejmie tylko zdrojowiska i zakłady lądowe (Stations du Centre et de l'Auvergne), a mianowicie: Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol, Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré i Pougues.

Wycieczka odbędzie się od 2 do 13 września włącznie, pod naukowym kierunkiem Dra L a n d o u z y, profesora terapii w Paryżu, który w każdem zdrojowisku będzie miał odpowiedni wykład. Dopuszczeni do udziału będą tylko lekarze francuscy i cudzoziemscy i ich żony, oraz medycy. Wpisywać się można do 15 sierpnia, termin nieodwołalny.

Jako punkt zbiorowy wycieczki naznaczono stacyę kolei w Montluçon (koło Néris) dnia 2 września. Od chwili przybycia do tej stacyi uczestnikami zajmie się Komitet tak, że podróż, mieszkanie, pożywienie, obsługa itd. będą przez Komitet załatwiane, aż do d. 13 września włącznie, w którym to dniu nastąpi w Pougues rozwiązanie wycieczki.

Koszta przejazdu od granicy do Montluçon i powrotu z Pougues do granicy obniżyły koleje francuskie o 50%.

Jeden udział w tej wycieczce od Montluçon do Pougues, dający prawo od 2 do 13 września do podróży, mieszkania, pożywienia itd. kosztuje 200 franków.

Zgłaszać się należy do sekretarza wycieczki: Dr. C a r r o n d e l a C a r r i è r e, *Paris, rue Lincoln, 2.*

Bogactwo naszej ziemi w źródła mineralne i oddalenie od Francyi są powodem, że wycieczka francuska dla lekarzy polskich ma przeważnie tylko teoretyczne znaczenie. Imiona jednak ludzi, którzy stanęli na czele Komitetu, dają wszelką rękojmię, że będzie ona miała charakter poważny i ściśle naukowy.

* W Bernie (na Morawii) zarządziła gmina kąpiele tak zw. ambulatoryjne dla chorych na choroby zakaźne. Kosztem gminy stanął odpowiedniej budowy wóz, mieszczący wannę i naczynia z wodą (ciepłą i zimną), obsługiwany przez kąpielowych, którzy obowiązani są po kąpieli wykonać ścisłą desinfekcyę wanny, wody użytej i in. przedmiotów. Na zamówienie w fizykacie miejskim wóz kąpielowy obsługuje ubogich i niezawodnie odegra ważną rolę w zmniejszeniu się zaraźliwości chorób zakaźnych.

* Komisya, złożona z przedstawicieli związku państw niemieckich, zbadała pod względem chemicznym i bakteryologicznym wodę rzek niemieckich i doszła do wniosku, że odpływy fabryczne więcej i szkodliwiej zanieczyszczają wodę, aniżeli kloaczne. Komisya orzekła, że nie należy sprzeciwiać się wpuszczaniu do rzek kanałów kloacznych.

* W Anglii w roku 1897 było 1197 otruć; z tych 692 — przez pomyłkę, 504 w celu samobójczym, 3 — zbrodniczym. Przyczyną przypadkowych zatruć był 131 razy ołów, 109 — makowiec; samobójcy użyli w 176 przypadkach karbolu, 57 razy makowca.

* S p r a w o z d a n i e b i u r a s t a t y s t y c z n e g o m. K r a k o w a o ruchu ludności w tygodniu XXII (od 28 maja do 3 czerwca). Ludność średnia roczna 83,730. Zawarto w tym czasie małżeństw 14 (8,69); urodzin było 50 (31,05); skonów 62 (38,50). Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 29:6, u starozakonnych — 9:6.

* Według najnowszych wykazów zachorowało od 6 do 12 b. m. na dżumę w różnych dzielnicach, zamieszkałych przez ubogą ludność Aleksandryi osób 16. Pierwsze przypadki stwierdzono w sklepie towarów kolonialnych; podejrzenie więc pada, że zarazek został zawleczony z Bombayu.

Mianowania i odznaczenia. Dr. T c h ó r z n i c k i mianowany został ordynatorem szpitala na Pradze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Leopold K o s i ń s k i, lekarz powiatowy, zmarł d. 15 b. m. w Strzyżowie w 32 r. życia. Odznaczał się głębszem wykształceniem i miłością spraw społecznych; śmierć jego w tak młodym wieku jest istotną stratą dla naszego stanu lekarskiego. Dr I m m e r m a n n, prof. i kierownik kliniki lekarskiej w Bazylei, zmarł w 61 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 11: R a b k a L.: Błonica u dziecka dwutygodniowego. Dra S ę d z i a k a J.: Zaburzenia krtaniowe w wiądzie rdzenia. W *Medycynie* Nr. 24: Dra K o r y b u t - D a s z k i e w i c z a B.: Atrichia universalis acquisita. N e u g e b a u e r a Fr.: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 25: F l a u m a M. i P e c h k r a n c a S.: Rozszerzenie przełyku samoistne. Dra B a r ą c z a R.: Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka (ciąg dalszy). K i j e w s k i e g o Fr.: Kilka uwag o pozostawianiu ciał obcych w jamie brzusznej (dok.).

Redakcya otrzymała:

— K a r w a c k i L e o n: O stosowaniu kreozotu w gruźlicy płuc i o nowym związku kreozotowym-kreozalbinie. (Odbitka z *Medycyny*, 1899 rok).

— D e m b i ń s k i M.: La phagocytose chez le pigeon à l'égard du bacille tuberculeux aviaire et du bacille humain. (Odbitka z *Annales de l'institut Pasteur*).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Nadesłane.

L. 1991.

KONKURSY.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Jabłonowie* rozpisuje Wydział powiatowy w Kołomyi konkurs pod warunkami, zastrzeżonymi w §. 7 ustawy z dnia 2 lutego 1891 Dz. ust. kr. Nr. 18.

Roczna płaca wynosi 600 złr. oraz ryczałt na koszta podróży służbowych w kwocie 400 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki dom.

Podania mają być wnoszone do Wydziału powiatowego najdalej do 1 Lipca 1899.

Na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą roczną 700 złr. oraz wolnem mieszkaniem w Zakładzie. — Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego w Krakowie do d. 30 czerwca 1899 roku.

Wydział powiatowy w Jarosławiu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Sieniawie II* koło Jarosławia. Płaca roczna 500 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Podania do 30 czerwca 1899. — Posada nadaną zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie roku stabilizacya.

Wydział Rady powiatowej w Tarnopolu ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Czernichowie*, z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę. — Podania do 1 lipca b. r.

Gmina miasta Ciężkowice pow. Grybów ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z poborami oznacznymi za oględziny bydła rocznie około 120 złr. — Podania do 15 lipca b. r.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego *w Uściu zielonem*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową (aż do otwarcia apteki publicznej). Płaca roczna 500 złr. ryczałt na objazdy 300 złr. Podania do 30 czerwca b. r.

Wydział powiatowy w Staremmieście rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Starejsoli*. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podanie do Wydziału powiatowego w Staremmieście w terminie do 15 lipca b. r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 1 Lipca 1899. Nr. 26.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4	„ 40	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2	„ 20	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 1 Lipca 1899. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

IV. Śmierć wskutek łechtania. Wstrząs czy uduszenie.

Dnia 13 lipca 1898 roku koło $7^1/_2$ godziny wieczorem spotkali Jan i Waśko P. Katarzynę T., dziewczynę 18 lat liczącą, która, poganiając krowę, wracała z pastwiska do domu. Wśród rozmowy i żartów poczęli Jan i Waśko łechtać Katarzynę po piersiach, a gdy ta chciała się wyrwać i oddalić od nich, przychwycili ją i przywiązali do płotu sznurem, który Katarzyna miała w ręku. Mimo to udało się dziewczynie oswobodzić z więzów i oddalić kilkadziesiąt kroków; atoli obaj napastnicy pobiegli za nią, uchwycili ją a zarazem i silniej przywiązali do płotu, poczem poczęli ją ponownie łechtać po piersiach i pod pachami. Łechtanie to miało trwać kwadrans lub dłużej, w ciągu tego czasu dziewczyna śmiała się kurczowo i to tak, że zdaniem jednego z świadków „zachodziła się Katarzyna w śmiechu i wśród czkawki aż do charkotania“. Wtedy to napastnicy uwolnili Katarzynę z więzów, poczęli ją cucić, jednak pomoc była bezskuteczną, dziewczyna zakończyła życie.

W pięć dni po opisanem zajściu wykonali Dr. S. i Dr. C. sekcyę zwłok denatki, a protokół opiewa:

Zewnętrznie 1) Zwłoki kobiety wzrostu średniego, dobrze zbudowanej i odżywionej, liczącej lat 18.

2) Stężenie pośmiertne utrzymuje się w kończynach górnych i dolnych.

3) Twarz monstrualnie rozniesiona z powodu zmian wywołanych zgnilizną, policzki, szyja, jakoteż skóra na czaszce poduszkowato wzdęte, za uciskiem trzeszczą. Usta otwarte szeroko, z jamy ust wydobywa się ciecz posokowata, język wystercza z jamy ust, zgrubiały. Z otworów nosowych wydobywa się również ciecz posokowata, cuchnąca. Źrenice rozszerzone miernie i przymglone. Z otworów usznych nie wydobywa się żadna ciecz.

4) Zwłoki obnażone z sukien okazały w dalszym ciągu, jak następuje:

Powłoki barwy zielono-ziemistej, pokryte osobliwie w okolicy klatki piersiowej, w okolicy brzucha i na grzbiecie, jakoteż i na udach licznymi niebieskawo zielonymi pęcherzami, z których po nacięciu wypływała ciecz posokowata, smrodliwie cuchnąca. W tylnej części szyi, na całym grzbiecie, na tylnych częściach ud, jakoteż ramion i w okolicy sromu liczne niebieskawo-różowe plamy pośmiertne, poprzegradzane pęcherzami gnilnymi, a naskórek w tych okolicach złazi w postaci płatów.

5) Brzuch zielonawo-ziemisto zabarwiony, silnie gazami wzdęty. Z otworu stolcowego wydobywa się spora ilość kału. Części rodne zewnętrzne wzdęte gazami, wargi mniejsze bardzo małe, błona dziewicza zachowana w postaci półksiężyca.

6) Zewnętrznie nie znaleziono żadnych znaków uszkodzeń, ani też blizn.

Wewnętrznie 7) Powłoki czaszki po nacięciu okazały się silnie gazami wzdęte, jakoteż przesiąkłe płynem posokowatym, skutkiem czego okazały się też nadmiernie grubemi. Po odpreparowaniu skóry i mięśnia czaszkowego otworzono czaszkę i znaleziono: Czaszka dobrze sklepiona, kości czaszkowe dobrze rozwinięte i prawidłowej grubości, u szczytu czaszki prześwieca kilka jaśniejszych punktów, odpowiadających ziarnistościom Pacchiona. Opona twarda odstaje od czaszki, zatoki żylne tej opony zawierają nieznaczną ilość krwi płynnej, przez oponę twardą spostrzegać się dają przeświecające, niebieskawo zabarwione, powierzchowne żyły półkul mózgowych. Opony miękie jakoteż istota mózgowa przedstawiają razem wziąwszy bezkształtną rzadką masę papkowatą, szaro-zielono zabarwioną, skutkiem czego nie można mieć żadnego wyobrażenia bliższego o ewentualnych zmianach anatomicznych tak w istocie mózgowej, jakoteż o naczyniach znajdujących się na podstawie mózgu. Podstawa czaszki po oddzieleniu opony twardej bez zmian.

8) Przy otwarciu jamy brzusznej jakoteż klatki piersiowej wydobywały się gazy o zabójczo smrodliwej woni z sykiem. W krtani i górnych częściach tchawicy znaleziono po nacięciu resztki pokarmu, a mianowicie resztki zjedzonych czereśni. Mięśnie szyi prawidłowe, naczynia grube szyjne żylne zawierają nieznaczną ilość krwi ciemnej, płynnej. Gruczoł tarczykowy dosyć duży, język obłożony miazgą żółtą, posokowatą, gardło i nagłośnia bez zmian, w przełyku znaleziono sporą ilość niestrawionych resztek pokarmowych.

9) Podściółka tłuszczowa klatki piersiowej, jej mięśnie, mięśnie brzucha i jego podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte.

10) Ułożenie trzew w klatce piersiowej prawidłowe, worki opłucnowe zawierają nieznaczną ilość cieczy jasnej, krwawo zabarwionej, płuca wolne, opłucne płuc, jakoteż klatki piersiowej gładkie, lśniące. Miąższ płuc w całości powietrzny, na przekroju za uciskiem zalewa się cieczą pienistą w przednich częściach, zaś cieczą pienistą krwawą w partyach tylnych i dolnych z powodu przekrwienia opadowego. Gruczoły oskrzelowe prawidłowe.

11) Worek osierdziowy wolny, po nacięciu zawiera bardzo skąpą ilość (około 10 grm.) cieczy jasnej, różowo zabarwionej. Serce odpowiadające wielkością mniej więcej pięści osobnika, wiotkie, na przekroju mięsień sercowy rozłazi się pod palcami z powodu rozpoczynającej się zgnilizny. Naczynia wieńcowe mają przebieg prawidłowy, równy. Komórka lewa pusta, zastawka dwudzielna prawidłowa, prawa komórka pusta, zastawka trójdzielna bez zmian. Tętnica płucna jakoteż aorta i jej zastawki bez zmian. Ściana wewnętrzna aorty gładka, połyskująca.

12) Ułożenie trzew w jamie brzusznej prawidłowe, jama otrzewnowa zawiera nieznaczną ilość cieczy jasno-czerwonej, gruczoły krezkowe prawidłowe.

13) Wątroba prawidłowych rozmiarów, brzegi jej cienkie, gnijące, torebka gładka, połyskująca, na przekroju wątroba prawidłowa, to samo i pęcherzyk żółciowy zmian nie okazuje.

14) Śledziona prawidłowej wielkości, torebka gładka, zielonawo zabarwiona, na przekroju okazuje zmiany gnilne i rozłazi się pod palcami.

15) Nerki zmian nie okazują.

16) Pęcherz moczowy zawiera koło 100 grm. cieczy jasno-słomkowo-zabarwionej.

17) Macica mała, jajniki średnio wykształcone, miernie przekrwione.

18) Żołądek silnie wzdęty gazami, zawiera sporą ilość niestrawionych resztek pokarmowych, a mianowicie czereśni wraz z pestkami.

Tylna ściana żołądka gnijąca, błona śluzowa nie okazuje żadnej zmiany.

19) Dwunastnica, jelito cienkie, jakoteż jelito grube zawierają sporą ilość kału, są silnie wzdęte gazami, mają błony śluzowe prawidłowe i okazują zwłaszcza w dolnych partyach początki gnicia.

20) Aorta piersiowa i brzuszna nie uszkodzone, prawidłowe.

21) Po wyjęciu trzew okazują się żebra wszystkie całe z przebiegiem prawidłowym, kręgosłup bez dewiacyi.

Orzeczenie.

1) Denatka zmarła śmiercią nagłą, a twierdzenie to opieramy na sprawdzonych przy sekcyi oznakach śmierci nagłej, jak płynności krwi w zatokach żylnych, dużych naczyniach, a nadto braku jakichkolwiek skrzepów w nich i w obu komorach serca, a powtóre twierdzenie to opieramy na tej okoliczności, iż nigdzie nie znaleźliśmy zmian patologicznych tego rodzaju, któreby śmierć naturalną wytłómaczyć mogły.

2) Stanowczą kwalifikacyę przyczyny tej śmierci nagłej trudno nam podać, albowiem znacznie posunięty już stopień zgnilizny zniszczył nam obraz anatomiczny różnych narządów ciała, jak mózgu i mięśnia sercowego, w których patologiczne zmiany są nieraz powodem nagłej śmierci, a powtóre i z tego powodu, iż wogóle przy oględzinach zewnętrznych i w całym obrazie sekcyjnym nie znaleźliśmy zmian, któreby nam nietylko śmierć nagłą, ale wogóle przyczynę śmierci jako taką wytłómaczyć mogły. Niestrawione resztki pokarmu sprawdzone przy sekcyi w krtani i tchawicy dostały się tam wskutek parcia gazów gnilnych z żołądka, za czem przemawia obecność tych resztek w przełyku, powtóre i ta okoliczność, iż w górnych częściach dróg oddechowych znaleźliśmy lżejsze cząstki pokarmu, pestki zaś były w żołądku, silnie gazami rozdętym.

3) Ważnemi dla nas ze względu na przyczynę śmierci stały się zeznania świadków w tej sprawie. Okoliczność, iż denatkę uwiązano i łaskotano w okolice ciała dla wielu osób nadzwyczaj tkliwe — tak długo, iż popadła ona w kurczowy śmiech, później w czkawkę, aż wreszcie wśród charczenia osunęła się nieżywa na ziemię, każe z pewną stanowczością przypuścić, że śmierć w danym przypadku nastąpiła wskutek kurczu głośni dłuższy czas trwającego, a więc w następstwie uduszenia się.

Jak doświadczenie lekarskie poucza, nagła śmierć powstać może także odruchowo przez porażenie centrów nerwowych ważnych dla życia narządów, a więc w pierwszej linii centrów krążenia i centrów oddychania; i w danym przypadku powstania w ten sposób tej śmierci nagłej nie wykluczamy, albowiem jak z jednej strony dłuższy czas, bo kwadrans trwające łaskotanie, a więc drażnienie tkliwych nerwów obwodowych skóry może odruchowo sprowadzić porażenie centrów oddychania, a względnie krążenia, tak z drugiej strony może bardzo łatwo śmiech kurczowy przy dłuższem trwaniu bodźca, wywołującego go, sprowadzić kurcz głośni i śmierć wskutek uduszenia.

4) Na zapytanie sędziego śledczego, czy śmierć w danym przypadku mogła nastąpić skutkiem apopleksyi mózgowej, nie wywołanej insultami obwinionych, z wszelkiem prawdopodobieństwem odpowiadamy przecząco z tego powodu, że udar mózgowy występuje zwykle u osobników w późniejszym wieku i dotkniętych zmianami patologicznemi naczyń mózgowych, a powtóre mózg przedstawiał jednostajnie szaro zabarwioną rozmiękłą papkę, nie okazującą nigdzie różowego zabarwienia na znaczniejszej przestrzeni, jakby od wylanej krwi.

Wśród rozprawy głównej wydali znawcy sądowi Dr. B. i Dr. W. orzeczenie tej treści, że 1) wobec znacznej zgnilizny zwłok i stąd wynikającego ujemnego obrazu sekcyjnego nie można stanowczo oznaczyć przyczyny śmierci; 2) atoli mogło ją wywołać łechtanie denatki, które wskutek drażnienia nerwów skórnych sprowadziło zrazu śmiech, potem czkawkę i krztuszenie, słowem objawy skurczu głośni, a skoro ten trwał zbyt długo, wytworzył się obrzęk płuc (!), zakończony śmiercią. Przypadek ten zowią znawcy unikatem, o jakim medycyna sądowa, w szczególności żaden z jej podręczników, nie wspominają. W końcu podnoszą możliwość śmierci z napadu padaczkowego (denatka miała mieć raz w życiu napad wedle jednych świadków padaczkowy, wedle innych miało to być omdlenie wskutek zaczadzenia), czego jednak zdaniem ich nie można było stwierdzić przy sekcyi, gdyż mózg uległ był już przed sekcyą zupełnej zgniliźnie (!).

Wobec trudności tego niezwykłego przypadku odroczył trybunał rozprawę i zażądał orzeczenia Wydziału lekarskiego. Orzeczenie Wydziału opiewało:

1) Brak zmian w zwłokach Katarzyny T., oraz daleko posunięty ich rozkład gnilny, stwierdzony w czasie sekcyi, czynią niemożliwem stanowcze i dokładne określenie przyczyny nagłej śmierci denatki.

2. Z uwagi, że Katarzyna T. była na krótki czas przed doznanym gwałtem zupełnie zdrową, a śmierć jej nastąpiła nagle wśród śmiechu, wywołanego mimo jej woli łaskotaniem, dochodzi wydział lekarski do przekonania, że łaskotanie po piersiach i pachach stało się przyczyną śmierci Katarzyny T., najprawdopodobniej wskutek wstrząsu.

Przypadek, z którego na tem miejscu zdaję sprawozdanie, podnieśli drudzy rzeczoznawcy do rzędu *causes célèbres*, o jakich medycyna sądowa, a w szczególności dzieła jej poświęcone, wcale nie wspominają. Przyznać muszę, że w istocie nie byłem w stanie w żadnem z licznych dostępnych mi dzieł sądowo-lekarskich znaleźć wzmianki o analogicznym przypadku, dlatego też chcąc tę zauważoną przez rzeczoznawców lukę zapełnić, wspomniałem już o powyższym przypadku w świeżo wydanym moim podręczniku[1]). Mimo to jednak, że dzieła sądowo-lekarskie podobnego przypadku nie notują (a niepodobna wymagać, aby dzieła podręczne wyczerpywały możliwą kazuistykę), przecież ocena nie nastręczała w danym razie niepokonalnych trudności lekarzowi, świadomemu zasad medycyny sądowej i fizyologii.

Ocena omawianego przypadku musi się oprzeć raczej na zeznaniach świadków, niż na wyniku przedmiotowych dochodzeń na zwłokach, gdyż te znacznie już zgnilizną przeobrażone nie mogły udzielić wyjaśnień co do przyczyny śmierci. Uwzględniając tedy wywiady, dochodzi się do przekonania, że denatka zmarła albo z uduszenia przez aspiracyę pokarmów, wymiotowanych w chwili dłużej trwającego forsownego śmiechu, albo też wskutek wstrząsu, wywołanego śmiechem. Za pierwszem przypuszczeniem przemawiałaby okoliczność, że denatka dostała czkawki, że wśród „charkotania“ zakończyła życie i że w górnym odcinku dróg oddechowych znaleziono resztki spożytych czereśni. Jakkolwiek przypuszczenia tego rodzaju śmierci nie da się żadną miarą stanowczo wykluczyć, to jednak niema się także dostatecznej podstawy do jego podtrzymania, albowiem stwierdzona przy sekcyi obecność resztek pokarmowych w krtani i tchawicy nie dowodzi bynajmniej, że resztki te dostały się do dróg oddechowych za życia. Wszakżeż uczy doświadczenie niemal codzienne, że przy gniciu zwłok gazy gnilne w jamie brzusznej wypierają treść pokarmową z żołądka do jamy ust, a stąd do krtani i t. d. Gdy zaś żaden ze świadków nie wspomina o tem, iżby denatka wśród śmiechu wymiotowała, przy sekcyi zaś nie wykryto obecności treści pokarmowej w drobnych rozgałęzieniach oskrzelowych na przekroju płuc, do których treść ta mogłaby się była dostać tylko za życia, przeto niema w danym przypadku podstawy

[1]) Podręcznik medycyny sądowej i t. d. Kraków 1899, str. 240.

do rozpoznawania śmierci z uduszenia przez aspiracyę treści pokarmowej.

Przypuszczenie uduszenia wskutek dłużej trwającego skurczu głośni, wyrażone przez obducentów, jakkolwiek nie jest błędnem, przecież wydaje się nieprawdopodobnem ze względu, że do skurczu głośni jest usposobionym człowiek tylko w latach dziecinnych, denatka zaś liczyła 18 lat życia. Natomiast przypuszczenie wstrząsu, jako przyczyny śmierci, zdaje się być najwięcej usprawiedliwionem. Jak wiadomo, składa się śmiech z wdechu, po którym następuje cały szereg krótkich, urywanych, zależnie od wydatności śmiechu mniej lub więcej nasilonych wydechów. Przy tak nasilonych wydechach kurczą się silnie mięśnie brzuszne, przez co zmniejszając pojemność jamy brzusznej przypierają trzewa do przepony. Ugniecenie zaś przepony, zwłaszcza dłużej trwające, musi się także udzielić nerwom przenikającym przeponę, jak nerwom błędnym i przeponowym. Nerwy te ulegają przeto zrazu zadrażnieniu, a z czasem porażeniu, które musi wedle doświadczenia fizyologicznego śmierć za sobą pociągnąć. Jak dalece forsowny śmiech nie jest dla zdrowia obojętnym, dowodzi przypadek Feilchenfelda[1]). Silnie zbudowana i zdrowa 13-letnia pensyonarka uległa silnemu atakowi sercowemu wskutek dłuższego i serdecznego śmiechu. Nagle przeobraził się śmiech jej w bolesne jęki i łkania, skoro uczuła kłócie w okolicy serca, drażnienie do kaszlu i mocną duszność. Napad ten trwał $3^1/_2$ godzin, poczem powtarzał się w coraz rzadszych odstępach czasu i w coraz słabszem natężeniu przez dwa lata. Badanie wykazywało wśród napadów u chorej duszność, sinicę, nitkowate i bardzo przyspieszone tętno, tony serca ciche, lęk, słowem objawy dusznicy sercowej (stenocardia). Powstanie tych objawów tłómaczy Feilchenfeld zadrażnieniem, a potem niedomogą (paresis) nerwów błędnych, wywołanemi przez nadmierną czynność przepony wskutek śmiechu.

Przypadek Feilchenfelda jest tedy niemal w zupełności identycznym z przypadkiem powyżej omówionym, z tą tylko różnicą, że śmiech w naszym przypadku, jako wywołany odruchowo łechtaniem, musiał być silniejszym i więcej kurczowym, a ztąd i następstwa jego donioślejsze.

Tak więc nie można nazwać oceny lekarskiej danego przypadku trudną, bo już same wywiady, t. j. zeznania świadków, wystarczały do wykazania związku przyczynowego między insultem mechanicznym a śmiercią. Inaczej atoli ma się rzecz z oceną sądową tego przypadku; pod tym bowiem względem mogą zachodzić wątpliwości, czy czyn poczytać napastnikom za zbrodnię zabójstwa, czy też tylko za wykroczenie przeciw bezpieczeństwu życia Nie wchodząc w te prawnicze wątpliwości nadmieniam, iż niewiadomo mi, jaki w sprawie tej zapadł wyrok, tem samem, jak trybunał rozstrzygnął nasuwające się trudności sądowej oceny przypadku.

[1]) Erkrankung des Herzens infolge übermässigen Lachens. Deut. med. Wochenschrift 1898, Nr. 30.

II. Ze szpitala powszechnego w Nowym Sączu.

Kilka ciekawych przypadków wydobycia ciał obcych drogą operacyjną,

podał
Dr. Edward Zieliński

I. Wojciech Jajczyk, lat 37 liczący, stanu wolnego, wyzn. kat., wyrobnik z Chełmca polskiego, zgłosił się dnia 26 września 1896 r. do tutejszego szpitala z powodu dolegliwości pęcherzowych, objawiających się bólami w dolnej części brzucha i niemożnością utrzymania moczu.

Stan obecny. Osobnik wzrostu średniego, dobrze zbudowany, licho odżywiony, nie okazuje w narządach wewnętrznych zmian żadnych.

Badanie części rodnych wykazuje: Z cewki moczowej wycieka kroplami mocz mętny, alkalicznie oddziaływujący, cuchnący amoniakiem. Napletek silnie obrzękły, za ujściem cewki moczowej w dołku czółenkowatym znajduje się owrzodzenie o dnie nierównem, pokrytem wypociną błoniczą. Wywiady nie wykazują żadnej przyczyny powstania tego owrzodzenia. Chory umysłowo mało rozwinięty, płaczliwie usposobiony, przytem głuchy, daje bardzo niejasne odpowiedzi na zadawane pytania.

Zastósowano salol, 4 proszki dziennie po 0·75 i kąpiele nasiadowe ciepłe 2 razy dziennie, miejscowo zaś oczyszczanie wrzodu i zaprószanie jodoformem. Po tem leczeniu wrzód począł się oczyszczać, a chory utrzymywał mocz lepiej. Podano *Decoc. folior. uvae ursi 20:500* do tego *5 grm. Natrii salicyl.* co 2 godziny łyżkę, obok miejscowego leczenia wrzodu.

Dnia 16. X. wrzód zupełnie zagoił się, mocz nieco się wyjaśnił, lecz bóle w dolnej części brzucha i mimowolne oddawanie moczu utrzymuje się. Do tej pory rozmyślnie niewprowadzano żadnych narzędzi do pęcherza moczowego, ażeby uniknąć zakażenia od wrzodu pokrytego wydzieliną błoniczą. Obecnie, gdy wrzód już całkiem się zabliźnił, wprowadzono sondę kamieniową, a badanie wykazało kamień w pęcherzu moczowym. Zaproponowano choremu operacyę, na którą się zgodził. Następnie przepłókano pęcherz ciepłym $3^0/_0$ kwasem borowym. Lewatywą opróżniono kiszkę stolcową. Wieczorem tegoż dnia powtórnie przepłókano pęcherz.

Dnia 17. X., po przestrzykaniu pęcherza moczowego, przystąpiono do operacyi kamienia moczowego sposobem Bardenheuera. Operacyi dokonał prymaryusz Dr. Stanisław Czapliński.

W uśpieniu chloroformowem, po obmyciu i odkażeniu powłok brzusznych, wprowadzono do pęcherza 150 grm. $3^0/_0$ ciepłego kw. borowego, do odbytnicy zaś założono kolpeurynter, wypełniony 300 grm. ciepłej wody. Poczem cięciem poprzecznem, 12 ctm. długiem, nacięto skórę tuż nad spojeniem łonowem; idąc głębiej, przecięto mięśnie piramidalne i proste brzucha, a następnie powięź mięśni prostych; gdy dotarto do jamy Retziusa, odsłonięto na tępo przednią ścianę pęcherza. Po odsunięciu załamka otrzewnej ku górze, nacięto 2 ctm. poniżej na długość 4 ctm. warstwę mięsną pęcherza i, tamując krwotok z żył pęcherzowych, nacięto błonę śluzową pęcherza na długość 3 ctm.

Po otwarciu pęcherza daje się wybadać palcem ciało podłużne, solami moczanowemi pokryte, które przy pomocy palca i korncangi wydobyto z pęcherza; przedstawia się ono jako kawałek cewnika Nelatona Nr. 20, 12 ctm. długi, inkrustowany solami moczanowemi. (Patrz rysunek).

Po obmacaniu ścian pęcherza i przekonaniu się, że więcej kamyków niema, przepłókano pęcherz kw. borowym

3%. poczem zeszyto ranę w pęcherzu szwem podwójnym. Pierwsze piętro obejmowało błonę mięsną bez błony śluzowej, drugie, jako szew Lemberta, przykrywało pierwsze. Po zeszyciu przeciętych mięśni prostych szwem pętlicowym i zwężeniu rany skórnej, wypuszczono seton gazy jodoformowej od rany w pęcherzu na powierzchnię. Ranę opatrzono antyseptycznie, założono cewnik załogowy *(à demeure)*. Ciepłota wieczorem 38·5° C.

Przy bliższem oglądnięciu wyjętego z pęcherza kawałka cewnika zauważono, że przedstawia się on jako rurka, z obu stron otwarta, bez odpowiedniego zamknięcia na jednym końcu, pod którym z boku znajduje się okienko. Przypuścić więc należy, że koniec ten oddzielił się już w pęcherzu, a przedostawszy się przez cewkę do dołka czółenkowatego, tu uwiązł, wywołał wrzód powyżej opisany i następnie z moczem odszedł na zewnątrz; za czem przemawia i ta okoliczność, że po wygojeniu się wrzodu chory mógł jako tako mocz utrzymać, gdy poprzednio mocz ciągle kroplami się sączył, a chory bez flaszki obejść się nie mógł.



Po operacyi, dnia 18. X. 1896, stan był bezgorączkowy; dwa razy w ciągu dnia stosuje się przepłókiwanie pęcherza bardzo ostrożnie, pod nizkiem parciem, 3% rozczynem kwasu borowego. Rano, po przepłókaniu, wyjmuje się cewnik na godzinę, przestrzykuje się cewkę letnim 3% rozczynem kw. borowego, a cewnik oczyszcza sublimatem.

Dnia 19. X. zmieniono opatrunek; seton wyjęty cuchnie amoniakiem, rana wygląda jednak czysto, mocz się nie wydziela; gaza i wata całkiem suche. Założono ponownie seton i opatrunek, jak dnia poprzedniego.

Dnia 24. X. znowu zmieniono opatrunek. Rana wygląda całkiem czysto, szew pęcherzowy trzyma zupełnie dobrze. Seton zaprowadzono jeszcze aż za spojenie łonowe, cewnik załogowy *(à demeure)*, przestrzykiwanie letnim 3% kw. borowym.

Dnia 26. X. w nocy wypadł cewnik i opatrunek przeciekł moczem; po ustaleniu jednak cewnika opatrunek nieprzecieka. Następnie, przy zmianach opatrunku, wprowadzono do 400 grm. 3% rozczynu kw. borowego, pomimo tego przez ranę nic się nie przedostaje tak, że 1. XI. wyjęto cewnik. Chory sam oddaje mocz.

Dnia 5. XI. Ponieważ szew mięśniowy się rozszedł, skutkiem czego rana głęboko i znacznie została rozwartą, okrwawiono brzegi, w dole zrobiono cięcie zwalniające, ranę zeszyto i tylko z boku wypuszczono seton.

Odtąd rana wypełnia się coraz więcej ziarniną i staje się zupełnie powierzchowną; stan ogólny bardzo dobry, przypadłości ze strony pęcherza ustąpiły, a chory w dniu 28 grudnia 1896 roku opuścił szpital, jako zupełnie wyleczony. Następnie dowiedziałem się, że chory, mniej więcej przed 2 miesiącami, zanim zgłosił się do szpitala, cierpiał na rzeżączkę; celem więc oddania moczu zaszedł do sieni jednego z naszych cyrulików i tam w wychodku usiłował mocz oddać; wtedy przyszedł do niego jakiś młody pan, a dowiedziawszy się, że jest chory, ofiarował się go wyleczyć za odpowiedniem wynagrodzeniem. Udał się więc, jak chory podaje, do domu, przyniósł rurkę i niebieski płyn w flaszeczce, wstrzyknął mu ten płyn i, wyjąwszy rurkę, kazał mu zgłosić się do tej samej sieni w oznaczonym dniu. Chory jednak nie poszedł więcej (prawdopodobnie miał dosyć) i zgłosił się, jak wyżej podano, dnia 26 września 1896 roku do szpitala tutejszego z powodu silnych bólów i niemożności utrzymania moczu, które datują się od chwili wprowadzenia cewnika.

Sprawę oddano c. k. Prokuratoryi Państwa celem wyśledzenia i ukarania winnego, który był na tyle nieuczciwym, że zauważywszy odłamanie się kawałka cewnika, nie odesłał go zaraz do szpitala.

Sam fakt złamania miękiego cewnika Nélatona, który przez ciągłe odkażanie w płynie antyseptycznym i następne wysychanie, kruszeje, wydarzyć się może każdemu z nas; niech mi więc będzie wolno przy tej sposobności zwrócić uwagę Szanownych Kolegów na badanie elastyczności i trwałości cewnika przed wprowadzeniem do cewki moczowej. Co do samej metody operacyjnej, to zauważyć należy, że cięcie poprzeczne Bardenheuera wprawdzie daje znacznie lepszy przystęp od cięcia podłużnego, gojenie jednak rany, po rozejściu się szwów mięśniowych, wymaga znacznie dłuższego czasu niż po cięciu podłużnem, gdzie nieprzecięte mięśnie podłużne schodzą się i szybko wypełniają ranę.

II. Dnia 31 grudnia 1895 roku przywiózł gospodarz z Męciny (powiat limanowski) 13-letniego swego syna Stanisława Pociechę do tutejszego szpitalu, celem zasięgnięcia porady lekarskiej z powodu silnych bolów w oku lewem i głowie. Wywiady wykazują, że przed trzema tygodniami chłopak, bawiąc się ładunkiem karabinowym, zapalił go, nastąpił wybuch i uszkodzenie oka lewego. Zaraz po wypadku udał się ojciec ze swym synem do jednego z tamtejszych lekarzy, który stwierdził ranę na powiece górnej oka lewego i ją wygoił.

Stan obecny. Chłopak słabo rozwinięty i odżywiony. ciepłota ciała 39,0 C., tętno przyspieszone, 100 uderzeń na minutę.

Powieka górna oka lewego przymknięta, a na niej widać bliznę świeżą, półkolisto przebiegającą, 3½ ctm. długą. Przy badaniu przez powiekę wyczuć się daje ciało obce o brzegach ostrych. Po otwarciu powiek przedstawia się spojówka gałkowa silnie surowiczo obrzękła i nastrzykana, rogówka nieco przyćmiona, — w głębi widać szarą wypocinę. Gałka oczna miękka i bardzo bolesna. Oko prawe zupełnie zdrowe.

Rozpoznanie: *Panophtalmitis suppurativa sinistra traumatica.*

Ojcu chorego dziecka powiedziano, że konieczną jest rzeczą wyjęcie chorego oka, które i tak jest stracone dla wzroku i sprawia tylko bóle, gdyż w razie przeciwnym, chłopak stracić może i oko prawe, obecnie zdrowe, przez t. z. zapalenie sympatyczne. Na proponowany zabieg ojciec zezwolił.

Dnia 1 stycznia 1896 r. w uśpieniu chloroformowem dokonał operacyi Dr. Stanisław Czapliński. Gałkę oczną wyłuszczono, a przy tej sposobności wyjęto ciało obce, przedstawiające się jako blaszka miedziana, półkolisto wygięta. Był to płaszcz miedziany z patrona, który eksplodował

w ręku chłopca. Płaszcz ten miał 7 centymetrów kwadratowych powierzchni i przedstawiał prostokąt, którego dłuższy bok wynosił $3^1/_2$ ctm., a krótszy 2 ctm. długości. Dostawszy się przy wybuchu patrona przez powiekę górną oka lewego, płaszcz ten zmiażdżył tylną część gałki ocznej poza załamkiem górnym spojówki i wywołał w następstwie zapalenie ropne.

Ranę wytamponowano gazą wyjałowioną. Zmiana opatrunku odbywała się co trzeci dzień. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

Chory w dniu 11 lutego 1896 r. opuścił szpital.

III. Z końcem czerwca 1896 r. zgłosił się do tutejszego szpitala Jan Aleksander, 14-letni chłopak, z przetoką w okolicy lewej skroni.

Z wywiadów dowiadujemy się od ojca, że przed dwunastu laty pacyent, jako dwuletnie dziecko, otrzymał postrzał z rewolweru wojskowego, a przywołany wówczas lekarz stwierdził, że kuli w ranie niema. Rana miała się po upływie sześciu tygodni zabliźnić. Od czasu do czasu jednak w miejscu rany pierwotnej tworzyła się przetoka, z której obok ropy wydobywały się kawałki kości; — przetoka taka po opatrywaniu antyseptycznem znów się zabliźniała i stan taki trwał bez przerwy, aż ojciec, zaniepokojony postępującem przytępieniem wzroku na oku lewem, zgłosił się o poradę do tutejszego szpitala.

Stan obecny. Po stronie lewej nad łukiem jarzmowym znajduje się przetoka wypełniona ziarniną, przy dotyku tak bolesna, że badanie zgłębnikiem jest niemożliwe.

Gdy przy badaniu przetoki w uśpieniu, zgłębnik uderzał jakby o jakieś ciało metalowe, nacięto cięciem półkolistem skórę i części miękie aż do kości, a po odsunięciu skrobaczką okostnej, ukazało się w głębi rzeczywiście ciało metaliczne. Była to kula rewolwerowa Nr. 6 na całej długości wklinowana w trzonie kości jarzmowej.

Po częściowem oddłutowaniu trzonu wydobyto kulę, — jamę wytamponowano i opatrzono antyseptycznie. Operacyi dokonał Dr. St. Czapliński. Przebieg po operacyi bez odczynu, — przetoka po dwu tygodniach zagoiła się i więcej się nie otwiera. Bystrość wzroku na oku lewem przed i po operacyi tak bardzo jest upośledzoną, że chory liczy palce zaledwie na $1^1/_2$ metra odległości.

Nadmienić muszę, że badałem bystrość wzroku po upływie dwóch miesięcy, — lecz poprawy nie znalazłem.

IV. Dnia 4 marca 1897 r. przysłał do szpitala jeden z lekarzy chłopaka 10 letniego ze wsi Ujanowie, z powodu zupełnego zatrzymania moczu. Wywiady wykazały, że chłopak, najprawdopodniej w celach samogwałtu, włożył sobie do cewki moczowej fasolę.

Stan obecny. Osobnik dobrze rozwinięty i odżywiony. Ciepłota ciała 38.5 C., tętno przyspieszone do 100 uderzeń na minutę, z wypiekami na twarzy — bardzo osłabiony. W narzadach wewnętrznych nic nieprawidłowego wykazać nie można. Pęcherz moczowy silnie powiększony, sięga na dwa palce poniżej pępka. *Pars pendula* cewki moczowej obrzmiała, bolesna, przy ściślejszem badaniu wyczuć się dają podłużne ciała, które z trudnością tylko przesunąć można.

W celu ich wydobycia uśpiłem chorego chloroformem, założyłem podwiązkę elastyczną na *pars pendula* tuż przy spojeniu kości łonowych, poczem zwykłemi szczypczykami haczykowatemi wyjąłem w kawałkach rzeczywiście 4 fasole, przysuwając je sobie palcami ku otworowi zewnętrznemu cewki.

Fasole te, nasiąkłe moczem i wydzieliną cewki, wypełniały cewkę tak szczelnie, że mocz odchodzić nie mógł. Po usunięciu tej przeszkody mocz puścił się strumieniem w ilości około litra. Resztę moczu odprowadziłem miękim cewnikiem, a chłopak po tej ambulatoryjnie dokonanej operacyi, przespawszy się, wrócił do domu.

V. Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć przypadek ciała obcego, które dostało się do ustroju w oryginalny sposób, bo w drodze operacyjnej, — lecz.... *errare humanum est.*

Rzecz miała się w następujący sposób:

Dnia 25 października 1897 r. zgłosił się do szpitala Michał Gomulak z Piwniczny, u którego rozpoznano: *Hernia inguinalis ambilateralis libera.* W dniu 29 października t. r. dokonano operacyi przepukliny sposobem Bassiniego po stronie lewej.

Rana pooperacyjna zgoiła się przez rychłozrost, lecz po 10ciu dniach utworzyła się mała przetoka, która goiła się następnie dość leniwo, pomimo przeżegania kamieniem piekielnym i opatrunków antyseptycznych i z tego powodu nie można było przystąpić do operacyi po stronie prawej. Wreszcie przetoka się wygoiła, a chory prosił, by go z powodu świąt Bożego Narodzenia wypuścić, a po świętach powróci i prosić będzie o operacyę przepukliny po stronie prawej; — prośbę chorego uwzględniono i w dniu 2 grudnia 1897 r. opuścił on szpital.

Dnia 13 stycznia 1898 r. zjawia się znów Michał Gomulak do szpitala —; przy badaniu przepukliny istniejącej po stronie prawej zauważono w mosznach po stronie lewej obok jądra guz kształtu owalnego, — tem ciekawszy, że nie wychodził ani z jądra, ani ze sznurka nasiennego, — ani ze ścian moszen, zbitości dość twardej, — niebolesny przy ucisku. Przypominam sobie dokładnie, że było wówczas kilku kolegów lekarzy i każdy rozpoznawał coś innego, — sprawa wyjaśniła się dopiero po nacięciu skóry moszen przez Dra Czaplińskiego i pokazało się, że guz ten, nad którym sobie łamali głowę biegli lekarze, był zwykłym „wacikiem“, zapomnianym przy operacyi przepukliny, który zwykle wkłada się dla zatamowania krwotoku, powstającego z naczyń włosowatych przy oddzielaniu worka przepuklinowego. Wacik ten, posiadając zalety nietylko aseptyki, ale nawet antyseptyki, bo posiadał pewną dozę niewyciśniętego zupełnie sublimatu, — leżał sobie najspokojniej przez przeciąg $2^1/_2$ miesięcy w worku mosznowym, w dobrej harmonii z jądrem, — otorbił się nawet, aż doczekał się wreszcie oswobodzenia, i dał powód do ogłoszenia go, jako jednego z ciekawszych przypadków ciał obcych.

Na tem miejscu niech mi będzie wolno podziękować Dyrektorowi Drowi Stan. Czaplińskiemu za łaskawe odstąpienie mi materyału, którym chcę się podzielić z szerszem gronem kolegów.

III. Wyciągi.

H. Cordua: **O sztucznej rzyci.** *(Deutsche medizinische Wochschr.,* 1899, Nr. 2). Znanym jest godny pożałowania stan chorych, którym musiano założyć rzyć sztuczną *(anus praeternaturalis)*, a która tak wyjątkowo, chociśmy jakiejkolwiek metody użyli, dokładnie domyka. C., zrzekając się wytworzenia dobrego zwieracza, w przypadku, w którym zmuszo-

nym był założyć rzyć sztuczną, tak sobie poradził, że wyciągnął znaczny odcinek jelita esowatego ponad poziom skóry, który po wygojeniu się rany mierzył 12 ctm. Otwór, przez który wydobywał się kał i gazy, leżał na szczycie tego kiełbasowatego tworu. Następnie zrobił własnego pomysłu odpowiedni odbieralnik (recipient), w który wkłada na zewnątrz sterczące jelito. Część odbieralnika, w której gromadzi się kał, może być, ile razy tego zachodzi potrzeba, odśrubowana od całego przyrządu bez odejmowania pasków, którymi cały przyrząd jest do skóry przymocowany. W użyciu przyrząd ten okazał się zupełnie odpowiedni i praktyczny w zastósowaniu. *Herman.*

Dr. H. Schultz. **Przyczynki kliniczne do zapalenia ropnego rogówki.** *(Archiv für Augenheilk.* T. XXXIX, l. Z). Pomijając rzadsze postacie ropnego zapalenia rogówki, jak zapalenie nerwo-porażenne *(kerat. neuroparalytica)*, z niedomykalności powiek *(ex lagophtalmo)*, zapalenie zeskórniałe *(xerotica)*, i zapalenie rozmiękczenne *(keratomalacia)*. A. dzieli je na wrzody i ropnie rogówki; wrzody zaś na pełzające i ograniczone. Wrzód rogówki jest to ubytek z naciekiem i rozpadem tkaniny rogówkowej. Wrzód pełzający jest z początku płaski o podstawie gładkiej lub lekko nacieklej, mający szczególniejszą skłonność do szerzenia się w obwodzie charakterystycznemi liniami łukowatemi. Obok tego drąży i w głąb. W otoczeniu często występują zaćmienia promieniste lub rozlane rogówki. Wrzód ograniczony jest różnie w literaturze nazywanym. Schmidt-Rimpler zowie go naciekiem, Sämisch — zapalnym głębokim wrzodem rogówki, Uhthoff i Axenfeld *keratitis hypopyon atypica*. Nazwę *keratitis-hypopyon* uważa S. za niestósowną, gdyż hypopyon jest tylko objawem zależnym od nasilenia i czasu trwania zapalenia, może wystąpić we wszystkich postaciach drobnoustrojowych zapaleń rogówki, jak również może go przy każdej brakować. Ograniczone wrzody rogówki szerzą się raczej w głąb, niż w obwodzie, okazują dno i brzegi nieregularnie nacieklé, a w otoczeniu rogówka nie bywa zaćmiona. Ropnie rogówki występują jako nacieki ograniczone w miąższu rogówkowym, powierzchnia nad nimi jest gładką, a żółtawe zabarwienie i obecność *hypopyon* wskazują na sprawę ropną. Zapalenie tęczówki i *hypopyon* najczęściej występują przy wrzodach pełzających, najrzadziej przy wrzodach ograniczonych. Na 4874 przypadków chorobowych w klinice berlińskiej leczono 237 ropnych zapaleń rogówki, t. j. 48%, z tych było 205 wrzodów pełzających, 27 wrzodów ograniczonych, a 5 ropni. Najczęstszą przyczyną wrzodu pełzającego jest uraz. Uhthoff i Axenfeld znaleźli prawie we wszystkich przypadkach pneumokoki Fränkla i Weichselbauma, które dostają się do rany następowo, a toksyny ich wywołują zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Wrzody ograniczone zdarzają się najczęściej u dzieci zołzowatych. Obok powszechnie używanej terapii przy wrzodach pełzających, jak przepłókiwania przeciwgnilne, atropina, ciepłe okłady, zaleca A. często w klinice berlińskiej używane szerokie rozcięcie przedniej ściany woreczka łzowego, gdy ten jest zajęty, i wytamponowanie go gazą jodoformową, — lub też wyłuszczenie jego, jako wstępne postępowanie; następnie, gdy środki lecznicze zawodzą, galwanokaustykę, połączoną z nakłóciem rogówki, celem wypuszczenia hypopyon, zaś keratotomii Saemischa tylko rzadko używa, gdyż zabieg ten często jest powodem wgłobień tęczówki. Równie tylko przy rozległych i głębokich ropniach robi keratotomię Semischa, małe zaś, gdy pomimo leczenia nie ustępują, woli przypalić galwanokauterem.
Dr. A. Bednarski (Lwów).

Doc. Michajłow. **Przyczynek do sprawy przerostu serca. — Zmiany w mięśniu, naczyniach i zwojach automatycznych serca przy zaburzeniach czynności nerek pod wpływem podwiązania moczowodu lub tętnicy nerkowej.** *(Bolniczn. Gazeta Botkina,* 1899, Nr. 15 i 16). Praca autora stanowi tylko część obszerniejszej wspólnej pracy doświadczalnej, przedsięwziętej w zakładzie prof. Sirotinina i mającej na celu wyjaśnić: 1) istotę przerostu serca pod wpływem czynników mechanicznych wraz z jednoczesnemi zmianami w zwojach automatycznych serca; 2) analogiczne zjawiska pod wpływem zaburzeń w czynności nerek skutkiem podwiązania moczowodu lub tętnicy nerkowej; 3) przyczyny przerostu serca w 2-giej gromadzie na zasadzie badań przemiany materyi i niektórych innych zjawisk w ustroju operowanych zwierząt. Autor, który zajął się drugą gromadą tych doświadczeń, starał się wywoływać u zwierząt tych stan podobny do tego, jaki występować musi skutkiem spraw zapalnych w nerkach i następowego nagromadzenia się w ustroju wytworów przemiany, wydzielanych drogą nerek; w tym celu podwiązywał jeden moczowód (u 3 psów i 8 królików), lub jedną tętnicę nerkową (u 3 psów), wychodząc z założenia, iż w ten sposób stwarza warunki, ze względu na przemianę materyi zupełnie podobne do tych, w jakich znajduje się ustrój, dotknięty niepowikłanem zapaleniem nerek; następnie zaś, po upływie 10 dni do 2½ miesięcy, badał anatomiczne zachowanie się serca (wymiary całego serca i poszczególnych jego części, wagę etc.) oraz zmiany drobnowidowe w mięśniu sercowym, naczyniach i zwojach automatycznych serca. Na zasadzie tych badań autor twierdzi, co następuje: 1. Przerost serca, występujący wśród spraw zapalnych nerek, początkowo zależy całkowicie od chemicznego drażnienia serca przez zmienioną krew, czego dowodzą b. wczesne zmiany w mięśniu i zwojach sercowych, oraz w naczyniach zarówno sercowych, jak i w obwodowych. 2. Komórki nerwowe zwojów sercowych są zdolne do rozmnażania się drogą podziału już to bezpośredniego, już też pośredniego (karyokinezy). 3. Przerost serca wśród spraw zapalnych nerek odbywa się początkowo dzięki rozmnażaniu się włókien mięsnych, później zaś dzięki grubieniu ich i rozrastaniu się tkanki łącznej. 4. Naczynia, zarówno serca, jakoteż i obwodowe, w sprawach przewlekłych nerek (względnie w doświadczeniach autora, przeprowadzanych dłuższy czas) ulegają stwardnieniu (sclerosis), co ze swej strony powoduje mechaniczne przeszkody, prowadzące do następowego mechanicznego przerostu serca. 5. Oprócz stwardnienia naczyń w sercu zauważyć się daje tworzenie się nowych naczyń i to w sposób następujący: *a)* naczynia włosowate dawniejsze rozciągają się, zyskują błonę mięsną i zewnętrzną, tworząc większe naczynia; *b)* rozwijają się nowe naczynia włosowate. 6. Zmiany w mięśniu i zwojach serca są identyczne pod względem jakościowym, lecz zwoje łatwiej ulegają podrażnieniu, za czem przemawia wcześniejsze występowanie w nich zmian. Pracę swą autor objaśnia szeregiem rysunków (2 tablice), w których szczególniej uderzające są obrazy dzielących się komórek zwojowych w różnych okresach podziału (karyokinezy), niewątpliwie stwierdzające zdolność komórek nerwowych do podziału w ustroju dojrzałym, z którego to względu autor sądzi, że obecnie nie ulega żadnej wątpliwości, iż i komórki ośrodkowego układu nerwowego mogą się rozmnażać i tylko nie znamy rodzaju i siły bodźca, którym możnaby to zjawisko wywołać doświadczalnie.
Dr. Gliński.

Prof. Dr. L. Acconci (Genua). **Cięcie cesarskie przez pochwę.** *(Monatschrift für Geburtsh. und Gynäk.,* Nr. IX). Uwzględniając dotychczasowe postępowanie przy raku części pochwowej macicy ciężarnej, opisuje autor swój sposób, a przytem zastrzega sobie pierwszeństwo wynalazku przed Dührssenem. Ułożywszy chorą jak do histerektomii przez pochwę, przyżega żegadłem nowotworowo zmienioną część pochwową i szyjkę macicy, jak może najwyżej, następnie ściąga kleszczykami macicę o ile można najniżej, okrawa pochwę i oddzielając macicę od otoczenia, dochodzi aż do fałdu otrzewnej. Otworzywszy przedni fałd otrzewnej pęcherzowo-macicznej *(plica vesico uterina)*, przyszywa blaszkę ścienną do przedniej ściany pochwy; podobnie otwiera zatokę Douglasa i przyszywa do tylnej ściany pochwy blaszkę otrzewną. Teraz przecina w linii pionowej przednią i tylną wargę maciczną, ściągając zaś zapomocą coraz to wyżej zakładanych kleszczyków z prawej i lewej strony, w miarę postępu cięcia, macicę ku dołowi, przecina ją w kierunku pionowym jak może najwyżej.

Jeżeli otwór do wydobycia płodu jest zamały, a macicy wyżej przeciąć nie można, rozszerza otwór mechanicznie rozszerzaczem Mauriego, następnie przebija pęcherz i wydobywa dziecko przez wykonanie obrotu.

Po porodzie podwiązuje więzadła i następnie je przecina, dla łatwiejszego wydobycia trzonu macicy przedłuża cięcie na przedniej ścianie, przeciąwszy w końcu *ligamentum infudibulo-pelvicum* wydobywa macicę wraz z przydatkami. Jeżeli łożysko przeszkadza wydobyciu trzonu, to je poprzednio wyjmuje. Oczyściwszy pole pooperacyjne, przyszywa trzony więzadeł do ścian pochwy, następnie zaszywając koniec pochwy, zamyka jamę otrzewnową. Jako szczególne zalety tej operacyi podnosi możność wykonywania jej w każdym miesiącu ciąży, a nadto ma ona chronić przed zakażeniem rozpadowemi częściami raka jamy otrzewnowej.

W polemice z tego powodu powstałej podnosi Dührssen w pracy swej *Der vaginale Kaiserschnitt (Monatschrift für Geburts. und Gynäk.)* tę okoliczność, że on ogłosił pierwej swą operacyę niż Acconci, a nadto, że myśl wykonania takiej operacyi podał pierwiej, niż Acconci wykonał swą operacyę. W końcu radzi, aby w tych przypadkach, w których robi się cięcie cesarskie pochwowe we wczesnych miesiącach ciąży ze względu na wązkość pochwy robić duże nacięcia boczne; w późniejszych miesiącach ciąży nacięcia te nie są potrzebne.

T. P.

Dr. W. Kausch: **O cukrzycy (glycosuria) w kamicy żółciowej.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 7). A. Exner. **Uwagi nad cukrzycą (glycosuria) w kamicy żółciowej** i Prof. Czerny: **Przyczynek do powyższych uwag.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1899, Nr. 11). W pracy ogłoszonej w zeszłym roku *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1898, Nr. 31) zwrócił uwagę Exner, że w moczu chorych na kamicę żółciową znajduje się stale cukier. Obecnie Kausch podjął tosamo badanie w klinice Mikulicza i przyszedł do wręcz przeciwnych wyników, mianowicie, że cukier w moczu chorych na kamicę żółciową wykazać można wyjątkowo (1 na 70 przypadków). Zarzuca zatem Exnerowi nieścisłość w badaniu i objaw ów, na który Exner zwrócił uwagę, że cukier znika z moczu po 3—4 tygodniach po operacyi, tłómaczy Kausch tem, że skutkiem poprawiających się stosunków zdrowotnych w ustroju, zmniejsza się stopień zagęszczenia ciał redukujących w moczu, a mogących naśladować cukier. Exner broni się przeciw zarzutowi nieścisłości w postępowaniu; używał bowiem nie jednej, lecz kilku metod, a Czerny, obstając przy wynikach Exnera, niezgodność wyników obu tych autorów tłómaczy dziwnym zbiegiem okoliczności.

Herman.

Dr. Zotow. **Trzy rzadkie przypadki powikłania odry.** *(Bolniczn. Gazeta Botkina,* 1899, Nr. 12 i 13). W literaturze rzadko spotykamy się z opisami powikłań odry ze strony układu nerwowego, to też opisane przez autora przypadki tem bardziej zasługują na uwagę. Przypadek pierwszy dotyczy jednorocznego chłopca, u którego w miesiąc po wysypce odrowej, wystąpiło drżenie kończyn i głowy: przy spokojnem położeniu w mięśniach twarzy i powiek widoczne były drgania włókienkowe; jednocześnie dawało się zauważyć drżenie główki i kończyn, przyczem drżenie to najwyraźniej występowało w palcach rączek; drżenie było rytmiczne, szerokość drgnień przy ruchach zamierzonych zmniejszała się; ilość drgnień wynosiła 3—5 na sekundę; czucie zachowywało się prawidłowo; porażeń ani przykurczeń nie stwierdzono. Na zasadzie tego obrazu, dalszego przebiegu i rychłego wyzdrowienia (w 6 tygodni) przy użyciu wyłącznie bromku potasowego, autor rozpoznaje drżączkę *(tremor),* której wystąpienie w danym przypadku można było odnieść jedynie do wyczerpania układu nerwowego po przebytej odrze.

W przypadku drugim, u chłopca 4-roletniego, wystąpiły w okresie zwiastunów odry napady padaczkowe, które jednak wraz z wysypką ustąpiły, by po trzech tygodniach znów się pojawić; od tego czasu napady powtarzały się stale, jednocześnie jednak wystąpiły obojętność (apatya) naprzemian z niepokojem, później zaś wyraźne napady szałowe, cechujące się zamroczeniem świadomości, nadmierną ruchliwością, wesołem usposobieniem, bredzeniem, wreszcie nastąpiła całkowita utrata świadomości, którą chory częściowo odzyskał dopiero ostatniego dnia pobytu w klinice (w 2 miesiące od początku odry). Ponieważ w czasie pobytu chorego w klinice znaleziono w kale jaja tasiemca karłowatego *(Taenia nana),* podawano więc chłopcu środki przeciwtasiemcowe, a wtedy liczba napadów padaczkowych znacznie się zmniejszyła (z 24 napadów dziennie spadła do 8); na tej zasadzie, jak również i ze względu na wystąpienie napadów padaczkowych w okresie zwiastunów odry, autor te napady stawia w przyczynowym związku z obecnością tasiemca w przewodzie pokarmowym, uważając za następstwo odry tylko wyżej opisane napady szałowe. Dalszego przebiegu całej tej sprawy, a z tego względu i ostatecznego wyjaśnienia tego przypadku autor nie podaje, gdyż chory został wzięty z kliniki i wyjechał z Petersburga.

W przypadku trzecim 9-cioletnia dziewczynka w 3 tygodnie po rozpoczęciu się odry zauważyła pogorszanie się wzroku, które w przeciągu kilku tygodni doszło do tego stopnia, iż chora zachowała tylko poczucie światła. Badanie wziernikowe wykazało w obu oczach znaczną ilość wynaczynionek różnego kształtu i wielkości w dnie oka; w okolicy tarczy n. wzrokowego — dwie białe plamy; w okolicy żółtej plamki — liczne drobne białe plamki, ułożone dokoła niej gwiaździście, a więc typowy obraz *retinitis albuminurica;* kilkakrotne badanie moczu zarówno podczas odry, jak i po przebyciu jej nigdy nie wykazało obecności białka, wobec czego autor nazywa tę postać chorobową *retinitis pseudoalbuminurica* i stawia ją w związku przyczynowym z przebytą odrą. Całomiesięczny pobyt w szpitalu na wzrok nie wywarł żadnego wpływu.

Gliński.

Dr. Martin Freund (z Frankfurtu n. M.). **Styptycyna, nowy krew tamujący lek.** *(Monatschr. für Geburts. und Gynäkol.* Nr. 9). Opierając się na doświadczeniach Gotschalka, Gaertiga i innych, podawał autor styptycynę w krwawieniach z przyczyn najrozmaitszych. W tych przypadkach, gdzie *Extr. hydrastis* i *Secale cornutum* okazały się bezskuteczne, działała styptycyna pewnie i szybko.

Styptycyna jest to żółty proszek, łatwo w wodzie rozpuszczalny, składu: C_{12} H_{11} NO_3 Cl., smaku gorzkiego, dlatego radzi F. podawać ją z cukrem w tabletkach fabrykacyi Mercka, zawierających 0·05 grm. styptycyny, po 5—6 tabletek dziennie, lub w formie wstrzykiwań podskórnych dwóch centymetrów sześciennych 10% rozczynu styptycyny w okolicę pośladka.

Jako lek swoisty ma działać w krwotokach, spowodowanych zapaleniem tkanki okołomacicznej, zmianami w przydatkach i w położeniu macicy, w krwotokach po skrobance, po poronieniu, przy złem kurczeniu się macicy po porodzie, ale tylko wtenczas, jeżeli nie zostały resztki jaja płodowego. Pewnie także działa w krwawieniach obfitych miesięcznych, w krwotokach wieku przejściowego i krwawieniach podczas ciąży.

Niepewne działanie jest przy istnieniu mięśniaków, rzeżączkowego zapalenia błony śluzowej macicy, zupełnie zaś nie skutkuje w grzybowatem *(fungosus)* zapaleniu błony śluzowej macicy.

Przy obfitych krwawieniach miesięcznych postępuje Fr. jak Gotschalk, to jest 4—5 dni przed zjawieniem się miesiączki podaje po 2 tabletki dziennie; z chwilą, kiedy się krwawienie rozpocznie i przez cały czas trwania zwiększa dawkę do czterech dziennie.

Jeżeli krwawienie wystąpi nagle, robi wstrzykiwania 2 ctm. sześciennych 10% rozczynu w okolicę pośladka, a więc 0·2 dziennie Ilość ta, pomimo powtarzania jej przez kilka dni, nie sprowadza przypadłości. Lavialle i Ruyssen robili dziennie po 3—4 wstrzykiwań 10% rozczynu, lub podawali 8 tabletek, a mimo tak wielkiej dawki zaburzeń nie spostrzegali.

Działanie styptycyny ma polegać na rozszerzaniu naczyń krwionośnych, skutkiem czego zmniejsza się ciśnienie krwi, co znowu ułatwia tworzenie się skrzepu. W pierwszej chwili działa podniecająco na ośrodki mózgowe, rdzeniowe i nerwu spółczulnego; z chwilą zaś obniżenia ciśnienia krwi działanie to ustępuje. *T. P.*

Dr. H. Chiari. **Obraz anatomiczny zupełnego pęknięcia macicy, powstałego przy porodzie, a stwierdzonego przypadkowo przy sekcyi zwłok w 20 dni po porodzie.** *(Prag. med. Wochenschr.* 1899, Nr. 21). Autor opisuje przypadek zupełnego pęknięcia macicy, stwierdzonego przypadkowo przy sekcyi kobiety, zmarłej z powodu tężca w 20 dni po porodzie. Przypadek ten odnosi się do wieloródki ze ścieśnioną miednicą krzywiczą, u której próbowano dokonać obrotu z powodu wypadnięcia rączki i pępowiny obok główki, a skoro ten zabieg się nie udał, rozwiązano rodzącą przez wymóżdżenie po obumarciu płodu. Po rozwiązaniu rodzącej łożysko odeszło natychmiast siłami natury, przyczem nie było większego krwotoku, co nie wskazywało na potrzebę zbadania wnętrza macicy. Połóg wspomniana położnica odbyła prawidłowo tak, że po 9 dniach opuściła klinikę Prof. Rubeski; badanie przy opuszczeniu kliniki nie wykazało żadnych nieprawidłowości. W dwa dni po opuszczeniu kliniki wystąpiły u tej położnicy objawy tężca, którym chora po dwu dniach następnych uległa. Sekcya stwierdziła prócz znacznych zmian dawnych w nerkach zupełne pęknięcie szyi macicznej od tyłu, dochodzące aż do trzonu, podobne pęknięcie po stronie lewej; oba miały brzegi zupełnie czyste. Zgłębnik wprowadzony w otwór pęknięcia po stronie lewej prowadził do jamy w więzadle szerokiem na 6 ctm. długiej a 1 5 ctm. szerokiej; ściany tej jamy wysłane były ziarniną i nie zawierały ropy. Na przedniej ścianie tr onu macicy znaleziono pęknięcie zupełne na 1 ctm. szerokie, o brzegach już zlepionych. Pęknięcie to miało połaczenie z jamą brzuszną, ale nie wywołało w niej żadnych zmian.

Treść szczepiona z jamy macicy wykazała prątki tężca.

Autor tłómaczy tem brak objawów pęknięcia macicy, że nigdzie pęknięcie nie natrafiło na większe naczynia. Zakażenie tężcem nabyte było w klinice, gdzie w owym czasie tężec grasował. *St. D.*

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki

Chrautiniére *(La Press. méd.* 1898. 75) próbował tak często używanego w ostatnich czasach leczenia światłem, w 4 przypadkach odry w ten sposób, że zasłaniał drzwi i okna czerwoną tkaniną, a pokój oświetlał czerwoną lampą, używaną przez fotografów. Wynik był taki, że już po trzech godzinach wysypka ustąpiła (w drugim dniu choroby), a gorączka opadła. W parę godzin jednak po usunięciu zasłon objawy ogólne i wysypka znowu się pojawiły, znikły zaś bezpowrotnie, gdy ponownie użyto poprzednich zasłon, przyczem i objawy nieżytowe szybko się zmniejszały. Łuszczenia wcale nie zauważył; powikłań żadnych nie było. *F. K.*

Neuberger leczy wypryski przewlekłe u dzieci, szczególnie ze świądem połączone, podawaniem arsenu: *Sol. arsen. Fowl. Aqu. dest. aa.*, zaczynając od jednej kropli, a dochodząc do 6—7 kropli na dzień. *(Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899, 47. 2.). *F. K.*

Legrand robił próby z chlorkiem etylowym, eukainowym i kokainowym; ten ostatni znieczula lepiej, szybciej i usuwa bóle po operacyi, czego nie sprowadza pierwszy. Używa się go jak zwykły chlorek etylowy, z tą tylko różnicą, że po użyciu tego środka czekać trzeba około 5 minut, aż zupełne znieczulenie nastąpi; trwa jednak ono znacznie dłużej. Najlepsze usługi oddawał mu 4% roczyn. *(Bull. de thérap.* 137.). *F. K.*

Pelagatti podał *(Mon. f. pr. Derm.* 1899. 2.) nową maść kleinową *(Salbenleim)* z lanoliną: kleiny zwykłej 30,0, gliceryny 20,0, wody 50,0, lanoliny 48,0, tlenku cynkowego 20,0, — do tego domieszać można używane powszechnie środki (resorcynę, salicyl, ichtyol, rtęć i t. p.). Używa się tej maści jako kleiny; punkt topnienia jest między 32° a 40° C., dlatego nie zawsze stosować ją można. Najlepsze wyniki otrzymywał przy łuszczycy, świerzbiączce i wyprysku, z powodu jej własności uciskających skórę i jednostajnego rozłożenia użytego środka, przyczem nigdy nie zauważył objawów zatrucia lub podrażnienia skóry. *F. K.*

W okolicach Memlu i Heydekruga zwiększa się coraz znaczniej liczba pijaków, lecz nie używających wyskoku, ale eteru, którego działanie odpowiada co najmniej czterokrotnej ilości wyskoku. Władze zamyślają energicznie przeciwdziałać, zapomocą pouczania ludności przez nauczycieli i duchownych, jakoteż przez wydanie rozporządzenia, zaliczającego eter do środków, które tylko na podstawie recepty lekarza aptekarzom wydawać wolno. *(D. Krankenpf.* 1899. 6.).

Ehrmann leczy chorych przychodnich, cierpiących na liszaj żrący, w ten sposób, że każe przykładać dwa razy dziennie na miejsca zajęte chorobą pastę o składzie: *Resorcini* 3,0, *Lanolini* 4,0, *Vaselini* 2,0. Bóle mają być nader małe, a wyniki szybkie i bardzo pomyślne, gdyż resorcyna ma działać tylko na tkankę liszajową, nie naruszając otoczenia. (*W. med. Bl.* 1899, luty). *F. K.*

Vertun, próbując asterol, przetwór rtęci tak zachwalany w celu zastąpienia sublimatu i mający rzekomo tę wyższość, że nie ścina białka i nie niszczy narzędzi, — przyszedł do przekonania, że dopiero 7‰ roczyn odpowiada 1‰ roczynowi sublimatu, a taki roczyn tego nowego przetworu tak samo ścina białko i działa szkodliwie na narzędzia, jak sublimat. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1899, Nr. 20.). *F. K.*

Gyselman (Java) stosował nieużywany obecnie dla swego nieprzyjemnego zapachu kwas kakodylowy (połączenie organiczne arsenu), w przypadkach łuszczycy, świerzbiączki i liszaja czerwonego, w postaci wstrzykiwań roczynu 1,5—8,0: 10,0, zachwalając przedewszystkiem jego działanie łagodzące świąd. *(W. kl. Wochenschr.* 1899. 14.). *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 17 kwietnia, 1899 r.

Przewodniczący: kol. prezes prof. Pieniążek. — Obecnych członków 34.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Odnośnie do wspomnianych w protokole demonstracyj i wykładu kol. Czaplińskiego podnosi kol. prezes ważność demonstracyj przez kolegów z prowincyi i w myśl uchwały komitetu stawia wniosek, żeby Towarzystwo w podobnych wypadkach z własnych funduszów ponosiło koszta przewozu chorych i zapewniło im umieszczenie w szpitalach, lub klinikach. Uchwalono.

Kol. Zoll radzi, aby Towarzystwo wystarało się u ministerstwa kolejowego o ulgi przy przewozie chorych.

Kol. Prezes zawiadamia, że wysłał telegram na jubileusz prof. Rydygiera i odebrał od tegoż podziękowanie. Dalej zawiadamia, że Senat akademicki wypowiedział Towarzystwu salę dotychczas do posiedzeń w *Coll. novum* używaną i że Komitet postanowił starać się o inną salę, a przedewszystkiem zwrócić się do prof. Witkowskiego, w drugim rzędzie do prof. Szajnochy. W załączeniu do powyższego faktu podnosi kol. prezes niedogodności braku własnego lokalu Towarzystwa i zachęca do robienia składek na rzecz budowy domu.

Dra Adama Bochenka uchwalono przyjąć na członka czynnego.

Kol. prezes przedkłada pismo Izby lekarskiej. donoszące o nowych wyborach do Izby. W myśl uchwały Komitetu stawia kol. prezes wniosek, aby wybrać Komisyę przedwyborczą, z 25 członków złożoną i na przewodniczącego tej Komisyi powołać kol. prof. Jakubowskiego. Na członków Komisyi proponuje Komitet kolegów: Borzęckiego, Browicza, Buzdygana, Ciechanowskiego, Drobę, Górskiego, Gwiazdomorskiego, Hirscha Hermana, Jakubowskiego, Jordana, Kędziora, Kirschnera, Kohna, Kwaśnickiego, Raczyńskiego, Rosenblatta, Rutkowskiego, Schoenguta, Ściborowskiego, Siedleckiego, Spirę, Sroczyńskiego, Surzyckiego, Wachholza i Zarewicza. — Przyjęto.

Kol. Zoll zawiadamia, że zapowiedziana przez niego demonstracya nie może się odbyć, gdyż chory umarł.

I. Kol. Doc. Sroczyński demonstruje królika, któremu przed 4 tygodniami wszczepił do przedniej komórki w obu oczach wycinki spojówki, zajętej gruźlicą u chorego przedstawianego na posiedzeniu dnia 19 kwietnia. U królika rozwinęła się po obu stronach typowa gruźlica tęczówki. Podobnie u świnki morskiej (demonstruje kol. Kostanecki), której wszczepiono podobny wycinek pod skórę, rozwinął się naciek gruźliczy, gruczoły chłonne najbliższe obrzękły i świnka okazywała cechujący odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny. Kol. Sroczyński zwraca uwagę, że badanie mikroskopowe nie dało tu pewnej odpowiedzi, czy chodzi o tkankę gruźliczą; rozstrzygnęło dopiero sprawę doświadczenie na zwierzęciu, ono zatem jedynie może być miarodajnem. Kol. Doc. Ciechanowski wyjaśnia, że początkowo w tkance przesłanej do badania stwierdzono tylko tkankę ziarninową, ostatecznie znaleziono jednak także i typowy gruzełek z komórką olbrzymią. Należy jednak przyznać, że badanie mikroskopowe może dać wynik dwuznaczny.

II. Kol. Gliński przedstawił: 1) Preparat trzustki dodatkowej, (*pancreas succenturiatum*), wpryśniętej pomiędzy warstwy mięsne żołądka. Trzustka właściwa w tym przypadku leżała w zwykłem miejscu i zboczeń żadnych nie okazywała. Trzustka dodatkowa leżała na górno tylnej ścianie żołądka w małej (około 2 ctm.) odległości od odźwiernika, zajmowała przestrzeń wielkości srebrnego złotego reń. i posiadała kształt soczewkowaty; żadnego przewodu w niej makroskopowo wykazać nie było można, pod mikroskopem jednakże przewody znaleziono, prawdopodobnie więc nie łączyły się one w jeden wspólny przewód, lecz wprost wchodziły do żołądka. Przypadek ten, spostrzegany u kobiety 24-letniej, objaśnić można zboczeniami w dalszym rozwoju pierwotnych zawiązków trzustki.

2) Preparat przepukliny pępowinowej (*Hernia funiculi umbilicalis, Omphalocele*), nadesłany przez Dra Bobkiewicza; powłoki brzuszne poniżej i powyżej pępka są prawidłowo rozwinięte; worek przepuklinowy rozerwał się przy porodzie lub, być może, pękł jeszcze w życiu zarodkowem; składa się on z 2 blaszek, z których wewnętrzną stanowi otrzewna, zewnętrzną owodnia; treść worka stanowi wątroba i jelito cienkie; pępowina znajduje się w dolnej części worka.

3) Preparaty makro- i mikroskopowe mięsaka, wychodzącego z gruczołu tarczykowego; do zmian nowotworowych w tym przypadku przyłączyło się ropienie, nastąpiło przebicie do tchawicy, wytworzyły się przerzuty w płucach, jeden z przerzutów wrósł do światła jednej z grubszych gałęzi żyły płucnej, wytworzyły się b. liczne przerzuty w wielu narządach (w tkance podskórnej, w mięśniach, w gruczołach chłonnych na szyi, w przeponie, w trzustce, w żołądku, w jelicie ślepem, w mózgu, wreszcie nawet w prawym przedsionku). Obrazy drobnowidowe ze wszystkich przerzutów wykazywały to samo, co i w ognisku pierwotnem: utkanie mięsaka o komórkach różnokształtnych i nagromadzenie znacznej ilości leukocytów. Zdaniem prelegenta sprawa toczyła się w sposób następujący: skutkiem przebicia ropiejącego nowotworu do tchawicy i następowego wciągnięcia (aspiracyi) rozpadłej treści wytworzyły się przerzuty w płucach (przerzuty tutaj znaleziono tylko w płatach dolnych), jeden z przerzutów wrósł do żyły płucnej, co znów dało powód do szybkiego rozszerzenia się nowotworu po całym ustroju. Przypadek ten zasługuje na uwagę: 1) ze względu na niezwykły sposób wytworzenia się przerzutów w płucach (przez aspiracyę); 2) ze względu na współczesne szerzenie się temi samemi drogami przerzutów nowotworowych i zakażenia ropnego; 3) wreszcie ze względu na obecność przerzutów w ścianach serca, co również należy do większych rzadkości.

Kol. prof. Kostanecki wyjaśnia (ad 1), że trzustka rozwija się z 3 przewodów, które się w górnej części jelita wpuklają w jego krezkę, a później się zrastają. Trzustka dodatkowa rozwijała się od początku jako dodatkowa.

Kol. Doc. Ciechanowski zwraca uwagę (ad 3), że przedstawiony przypadek stanowi przykład, jak nieraz pewne stosunki anatomiczne wpływają na sposób przerzucania się nowotworu, jeśli odbywa się ono drogą krwi. W przypadku, przedstawionym przez kol. Glińskiego, przerzuty usadowione są głównie w zakresie tych tętnic, które odchodzą od tętnicy głównej pod kątem ostrym, gdzie więc z jednej strony prąd krwi niewiele zmienia kierunek, z drugiej zaś miejsce rozgałęzienia się stanowi rodzaj ostrogi, na której cząstka nowotworu, stanowiąca materyał zatorowy, łatwiej rozdzielić się i zboczyć może. Przeciwnie zaś narządy zaopatrywane przez tętnice, które odchodzą od głównej pod kątem prostym lub do prostego zbliżonym, lub nawet zakręcają się w dalszym przebiegu, w przedstawionym przypadku przeważnie przerzutów nie zawierają, albo też, np. jak płuca, zajęte zostały przerzutami prawdopodobnie nie za pośrednictwem dróg krwionośnych.

III. Kol Dr. W. Kędzior przedstawia z kliniki lekar. Radcy Dworu Prof. Dra Korczyńskiego następujący szereg przypadków:

a) Dwa przypadki histeryi z przeważającą astazyą i abazyą.

Przypadek pierwszy dotyczy chorej M. B., lat 20 liczącej, odznacza się między innemi ciekawem dobrowolnem przeniesieniem się lewostronnej przeczulicy (czucia bólu) na stronę prawą (transfert dobrowolny) i lewostronnem poceniem się, które pojawia się tak przy wstrzykiwaniu pilokarpiny, jakoteż dobrowolnie, osobliwie w czasie przyjmowania pokarmów i zasypiania. (Przypadek ten osobno ogłoszony będzie drukiem).

Przypadek drugi: Chora K. P., lat 24 licząca, od 5 lat okazuje częściową astazyę i abazyę, drżenie oscylacyjne kończyn, zwężenie pola widzenia na barwę zieloną, zaburzenia w czuciu ogniskowe, wzmożenie odruchów ścięgnistych, wygórowanie pobudliwości naczynioruchowej, oraz zmiany w smaku i węchu.

b) Dwa przypadki nerwic żołądka.

Przypadek pierwszy: Jestto chora A. M., lat 18 licząca, z wybitnymi objawami histerycznymi, która przeszło od 2 lat wymiotuje. Z powodu uporczywych wymiotów z nadmierną kwasotą treści żołądkowej leczoną była już w zeszłym roku szkolnym w klinice lekarskiej. Obecnie wymiotuje do 33 razy na dobę, a ciężar jej ciała zmniejszył się od zeszłego roku o 3 klgr. Chora ta przyjęta do kliniki lek. celem stosowania sposobu Richtera miesienia błony śluzowej żołądka miękką sondą.

Przypadek drugi: A. L., l. 22 liczący, z zawodu krawiec, w ostatnim czasie laborant apteczny. Rozp.: *Neurasthenia maj. gradus Bulimia. Neurosis secretoria ventriculi.* Chory ten doznaje całego szeregu uczuć podmiotowych i tak od 4 lat lęku i trwogi w samotności, wybitnej agorafobii, omdlewania przy oddawaniu stolca; nadto przeszło od roku ma ciągłe, prawie nie dające się zaspokoić, uczucie głodu tak, że na widok pokarmów, a nawet napisów w restauracyach, występuje ślinienie i chęć jedzenia. Badanie treści żołądkowej wykazuje stale nadmierną kwasotę, pochodzącą od kwasu solnego. Od lutego b. r. pojawiają się w stolcach błony taśmowate (enteritis membranacea), które i w klinice stwierdzono.

c) Dwa przypadki wiądu rdzenia pacierzowego u kobiet.

Przypadek pierwszy: K. B., lat 46 licząca, żona wyrobnika, zamężna od lat 16, matka jednego zdrowego dziecka, nigdy nie roniła, jest chorą od lat 5. Objawy: Bóle w krzyżach i kończynach dolnych. Źrenice nierówne, słabo oddziałują na światło i konwergencyę. Odruchy kolanowe zniesione. Znaczne upośledzenie czucia bólu, dotyku, ciepła i lokalizacyi na kończynach dolnych. Trudność w oddawaniu moczu. Stolec zaparty. Chód nieprawidłowy, chora odstawia nogi silnie od siebie. Przy zamkniętych oczach ani stać, ani chodzić nie może. Gruczoły pachwinowe powiększone. Obok tego okazuje chora od roku nowotwór rakowy sutka prawego z powiększeniem gruczołów pachowych. W przypadku tym brak wszelkich innych czynników etyologicznych, powiększenia i stwardnienia gruczołów pachwinowych i ten szczegół, że chora, mając, — jak twierdzi, — całkiem zdrowego męża, tylko raz jeden rodziła, zdają się przemawiać za podstawą kiłową.

Przypadek drugi: M. D., lat 43 licząca, wdowa po woźnym, bezdzietna. Roniła 2 razy w 3 miesiącu ciąży. Początek choroby od jesieni 1898 roku.

Źrenice nierówne nie oddziałują na światło, ani konwergencyę; objaw Romberga, Westphala, znaczne upośledzenie czucia bólu na kończynach dolnych. Stać ani chodzić nie jest w stanie. Trudne oddawanie moczu. Stolec zaparty. Gruczoły miernie powiększone.

Przypadek ten wyszczególnia się szybkim przebiegiem. I w tym przypadku dwukrotne ronienie i brak innych przyczyn zdaje się przemawiać za tłem kiłowem.

IV. Kol. Doc. Ciechanowski przedstawia: Czaszkę i mózg mężczyzny 40-l., który przed kilku tygodniami miał uderzyć się w skroń prawą i mógł podobno jeszcze przez czas dłuższy zajmować się zwykłą pracą. Dopiero na pięć dni przed śmiercią miały pojawić się

objawy mózgowe, wskutek których chory zgłosił się na oddział chirurgiczny prof. Trzebickyego, gdzie był operowany.

Przy sekcyi (NS. 450) znaleziono na skroni prawej świeżą ranę operacyjną, płatową, o dolnej podstawie. W częściach miękkich naokoło rany w pewnej odległości od brzegów niewielkie podbiegnięcia krwawe. W czaszce w obrębie prawej połowy kości czołowej, zewnętrznej przedniej części kości ciemieniowej i górnej przedniej części łuski kości skroniowej otwór owalny, skierowany dłuższą osią w kierunku strzałkowym, średnicy 4 × 8 ctm ; dolny brzeg otworu ostry, ząbkowany, górny pokryty miękką tkanką różową, zrośniętą z kością, a pod drobnowidem okazującą utkanie tkanki ziarninowej. Na stronie wewnętrznej czaszki zarówno wąskim pasem naokoło otworu, jakoteż i na znaczniejszej przestrzeni ku tyłowi i dołowi znajdują się w blaszce wewnętrznej kości liczne dołkowate zagłębienia, wielkości mniej więcej soczewicy. Opona twarda nie okazuje nigdzie przerw w swej ciągłości; od czaszki daje się łatwo oddzielić z wyjątkiem brzegów wspomnianego otworu w kości, z którymi jest zrośnięta. W obrębie otworu w kości znajduje się na zewnętrznej powierzchni opony twardej pokład dość gruby tkanki ziarninowej, wśród którego można jeszcze gołem okiem dostrzedz cząstki skrzepów rdzawoczerwonych. W otoczeniu tego miejsca znajdują się na zewnętrznej powierzchni opony twardej drobne wysepki tkanki ziarninowej, odpowiadające wspomnianym zagłębieniom na wewnętrznej stronie czaszki. Na wewnętrznej powierzchni opony twardej w okolicy płatu ciemieniowego prawego znajduje się rdzawo-czerwony, płaskawy skrzep krwi, pokryty na powierzchni cienką błonką łącznotkankową (*haematoma durae matris*). Między oponą twardą a miękką znajdują się w przedniej jamie czaszkowej i w prawej połowie średniej jamy skąpe, ciemnoczerwone, soczyste skrzepy krwi. Prawa półkula mózgowa głównie w obrębie płatu ciemieniowego w miejscu, odpowiadającem krwiakowi opony twardej, miernie przypłaszczona. Opony miękkie przerwane na granicy płatów ciemieniowego, skroniowego i czołowego prawego. W tem miejscu znajduje się w mózgu ognisko krwotokowe wielkości jaja kurzego, wypełnione skrzepem ciemnoczerwonym, soczystym; skrzep ten, pokryty przez opony miękkie z wyjątkiem wspomnianej w nich przerwy, jest tylko na brzegach lekko rdzawo zabarwiony. Zresztą mózg zmian nie przedstawia: komórki mózgowe zawierają nieco cieczy przeźroczystej. Narządy wewnętrzne oprócz zapalenia nieżytowego płuc i podostrego obrzęku śledziony przedstawiały się prawidłowo.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym zmiany w czaszce i w mózgu powstały nierównocześnie. Ognisko krwotoczne w mózgu jest świeże, może ledwo na kilka dni przed śmiercią powstało; inne zmiany w czaszce i w oponie twardej liczyć należy na tygodnie. Uwzględniając wywiady zdaje się rzeczą najprawdopodobniejszą, że krwotok mózgowy nastąpił tuż przed przyjęciem chorego do szpitala i że on dopiero dał powód do objawów klinicznych. Należałoby to sobie tłómaczyć chyba w ten sposób, że przy uderzeniu się chorego w skroń nastąpiło stłuczenie mózgu (contusio) w okolicy urazu, a po niem wytworzyła się nekroza tkanki mózgowej, która alterując ściany naczyniowe, dała w końcu po tygodniach powód do krwotoku mózgowego. Z tego względu należałoby przedstawiony przypadek uważać do pewnego stopnia za zbliżony do tak zw. »traumatische Spätapoplexie«, na którą zwrócił głównie uwagę Bollinger (*Festschrift zum 70 Geb. für Virchow*, 1891, II. 459), a którą opisywali także Kob (*Viertelj. f. ger. Med*, 1895, IX. 129) i Michel (*Wiener kl. Woch.* 1896, Nr. 35). W przypadkach tych w jakiś czas po wstrząśnieniu wzgl. stłuczeniu mózgu (bez uszkodzenia czaszki, przeciwnie, jak w przedstawionym przypadku), które, rzecz dziwna, nie wywoływało w pierwszych chwilach utraty świadomości, następował krwotok mózgowy, nieraz w okolicach odległych od miejsca urazu, sprowadzający objawy mózgowe i śmierć (po 8 do 52 dniach od chwili urazu). Od czasu, kiedy Bollinger podał wyjaśnienie tych przypadków, związek przyczynowy takich późnych krwotoków z urazem nie ulega wątpliwości; okoliczność to bardzo ważna ze stanowiska sądowo-lekarskiego w przypadkach, podobnych do przedstawionego, a jeszcze więcej w takich, jak spostrzeżenia Koba i Michela. Byłoby rzeczą ciekawą wiedzieć, czy w przedstawionym przypadku zaraz po urazie były jakieś objawy mózgowe i jakie.

W dyskusyi zabiera głos kol. Sołtysik, podając dane kliniczne przedstawionego przypadku. Chory miał spaść ze schodów i uderzyć się w głowę na 8 tygodni przed śmiercią. Czy zaraz po urazie były jakieś objawy, nie można się było dowiedzieć. Tuż przed zgłoszeniem się chorego do szpitala wystąpiły objawy mózgowe w postaci wymiotów i drgawek. W szpitalu stwierdzono krwiak części miękkich w miejscu urazu i uszkodzenie czaszki. Naciąwszy krwiak, wydalono skrzepy, poczem okazało się, że kość jest zmiażdżona na drobne kawałki. Odłamki te usunięto, a brzegi otworu wyrównano. Opona twarda była nienaruszona, tętniła. Nie nacinano jej więc wcale. Objawy mózgowe u chorego po operacyi nie uległy zmianie; wśród wzrastającego przytępienia i senności chory zmarł w 3-cim dniu po przyjęciu do szpitala.

V. Kol. Rutkowski przedstawił z kliniki chirurgicznej: 1) przypadek włókniako-tłuszczaka grzbietu, ciekawy ze względu na rozmiary guza; 2) przypadek raka odźwiernika po operacyi sposobem Doyena; 3) przypadek ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Po wycięciu wyrostka wytworzyła się uporczywa przetoka kałowa. W celu jej wyleczenia musiano podjąć powtórną laparotomię, uwieńczoną skutkiem pomyślnym; 4) przypadek przewlekłego zapalenia wyrostka, uleczony przez wykonanie wycięcia.

Dr. Ksawery Lewkowicz,
sekretarz doroczny.

VI. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył
Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

Pierwsze posiedzenie zagaił przewodniczący, Prof. Olshausen odpowiednią przemową, a następnie miał odczyt p. t. „Metoda zachowawcza i postęp w ginekologii“. Mowca zaznacza, że im dłużej kto pracuje na polu ginekologicznem, tem więcej staje się w działaniu zachowawcą. Zadaniem tego zachowawczego działania nie jest bezwzględne odrzucanie każdej nowości, lecz ma ono na widoku przestrzeganie, ażeby nie weszła w powszechne użycie taka nowość, któraby mogła wyrządzić szkodę zawodowi lekarskiemu i publiczności. Każda nowa metoda musi być wypróbowana, i im dłuższy czas na to się poświęci, tem lepsze będą jej skutki. Gdy jeden chirurg będzie operował w ciągu dwóch tygodni cztery przypadki, a drugi uczyni to samo w czterech miesiącach, to ten ostatni będzie miał lepsze wyniki.

Włókniaki uważa O. jako nowotwory dobrotliwe, gdyż na 199 przypadków nie znalazł ani jednego, któryby uległ zwyrodnieniu mięsakowemu. Raka zaleca operować przez pochwę, uważając laparotomię, jako zbyt niebezpieczną operacyę.

Operatorom, którzy są więcej usposobienia nerwowego wogóle, zaleca operować drogą laparotomii, ponieważ operacya przez pochwę wymaga od chirurga dużo cierpliwości i zimnej krwi.

Następnym mówcą był Zweifel, który mówił: „O operacyi włókniaków“. Zaleca on przy wyłuszczaniu włókniaków zachować macicę i jajniki. Jeżeli to nie jest możebne, to nie wycinać macicy całkowicie, tylko ją amputować, a jajniki pozostawić. Kikut radzi zostawiać jak najdłuższy, żeby w nim pozostało o ile można *endometrium*, by w ten sposób zapobiedz przedwczesnemu ustaniu miesiączkowania i następowym ciężkim zaburzeniom nerwowym i psychicznym. Zwrócił przytem mowca uwagę na to, że pozostawienie samych jajników bez dłuższego kikuta nie zapobiega tej przypadłości, ponieważ jajniki, pozostawione same, najdalej do trzech lat, jak to wykazali Chrobak, Benke i inni, podpadają zanikowi. Prócz tego twierdzi Zweifel, że po całkowitem wycięciu macicy lub krótkiej jej amputacyi następuje zanik nietylko jajników, lecz jednocześnie i pochwy, co nieraz uniemożebnia pożycie małżeńskie; kobiety takie tracą prócz tego wszelką chęć do spółkowania. Przy amputacyi radzi zostawiać kikut większy i podwiązywać tętnice nie w dole, lecz wysoko, żeby pozostawić dostateczny dopływ krwi do kikuta.

Wprawdzie podnoszą się głosy w prasie, że na kikutach powstają raki, ale z wyjątków nie należy robić reguły.

Rosthorn zdał sprawę ze swych operacyj, wykonanych w Pradze. Nie zaleca on żadnej specyalnej operacyi, bo każdy przypadek musi być indywidualizowany. Na 205 operacyj włókniaków w przeszło stu znalazł on zapalenie macicy; z tych operowanych 179 nie gorączkowało zupełnie; na 122 przypadków, operowanych drogą amputacyjną i zaotrzewnową (*Extraperitoneale Behandlung*) nie miał ani jednego przypadku śmiertelnego z posocznicy; na 59 wycięć całkowitych macicy 9 przypadków było śmiertelnych.

A m a n n rozstrząsał różne metody operowania włókniaków. Zaleca również metodę zachowawczą. Mniejsze mięśniaki radzi wyłuszczać przez pochwę, lub gdy ich jest liczba mała i gdy się jest pewnym, że łatwo można będzie kontrolować upływ krwi. Sam prelegent miał przypadek, w którym, ażeby zatamować krwotok podczas operacyi, musiał podwiązać tętnicę maciczną.

Wyłuszczając włókniaki, nie należy wycinać macicy, a to z tej przyczyny, że chociaż rzadko, to jednak trafiają się przypadki, iż kobieta taka zachodzi w ciążę. Sam miał taki przypadek po wyłuszczeniu włókniaka wielkości głowy dziecięcej.

Przez laparotomię i to jedynie przez laparotomię należy operować włókniaki wielkie, które leżą w szerokich więzadłach macicy.

Jajniki należy zostawić bez kikuta, ponieważ kikut nie zapobiega ich zanikowi.

Tamowania krwi przy operacyi metodą poosobną on nie zaleca, bo to ma być tylko strata drogiego czasu; lepiej uskutecznić podwiązanie ryczałtowe (l. en masse). Metodą zmiażdżenia naczyń *(Angiotripsie)* operował on 25 razy, ale następują czasem ciężkie krwotoki, które jeszcze ciężej zatamować. Mowca operuje przeważnie drogą laparotomii i zaleca po operacyi zostawić w jamie brzusznej nieco fizyologicznego rozczynu soli; z 59 przypadków, operowanych w ten sposób, nie miał ani jednego śmiertelnego.

Operować mięśniaki należy tylko wtenczas, gdy one sprawiają bardzo wielkie dolegliwości.

W i n t e r n i t z zaleca trzebienie kobiet w celu sprowadzenia zaniku włókniaków. Przez wycięcie jajników następuje prędzej wiek przejściowy, a potem zanik macicy i włókniaków. Na 39 przypadków włókniaków, leczonych tym sposobem, w 9 krwotoki nie ustały, ale zato nowotwory zmniejszyły się. W czterech przypadkach nastąpiła śmierć, a w innych włókniaki znacznie się zmniejszyły; w jednym macica, długością dochodząca 18 ctm., po pięciu latach zmniejszyła się do 10-ciu: w innym sięgała do pępka, a po 12 latach spadła do prawidłowej wielkości.

Przyczyna, która sprawia, że po wytrzebieniu krwotoki nie ustają, może polegać na złośliwem lub też torbielowatem zwyrodnieniu. Co się tyczy dolegliwości u kobiet po wycięciu jajników, to prelegent tego nie zauważył: przeciwnie kobiety czuły się dobrze, były zadowolnione i mogły się oddawać ciężkiej pracy. Jedna tylko uskarżała się na zmniejszenie się pamięci.

L e o p o l d L a n d a u: Oprócz włókniaków kulistych z szypułką, które dają się wyłuszczać, są i inne rodzaje, a mianowicie gruczolaki *(Adenoma)*, które powstają z błony śluzowej. Czy to drogą laparotomii, czy też pochwową będziemy operować włókniaki gruczolakowato zwyrodniałe, musimy wyciąć macicę, gdyż tego rodzaju włókniaki nie mają szypuły i zwykle zajmują całą macicę. Najczęściej napotyka się tę odmianę w macicy dwurożnej.

Włókniaki gruczolakowate mieszczą się przeważnie na tylnej części macicy w przedziale odbytniczo-pochwowym i w zatoce Douglasa. Inny rodzaj włókniaków jest ten, który wytwarza się z zakrzepu tętnicy i w około niej się rozwija. Przez pochwę dają się operować włókniaki wielkie, sięgające aż do pępka, jak również i małe. Wielkie przez kawałkowanie. Kobiety wogóle znoszą operacyę przez pochwę daleko lepiej, aniżeli drogą laparotomii, gdyż operacya przez pochwę jest dla chorej mniej wyczerpującą i mniej sprawia wstrząsu. O ile możności należy operować zachowawczo; gdy się jest w niepewności, jak sobie postąpić, lepiej operować radykalnie. Przy całkowitem wycięciu macicy przez pochwę zaleca mowca operować sposobem Doyena, przy którym nie uszkodzi się żadnego ważniejszego narządu, a przytem operacya odbywa się z małą utratą krwi i nadzwyczaj szybko, gdyż niewiele czasu traci się na podwiązywanie tętnic. Jajniki radzi zostawiać. (c. d. n.)

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie

Podał

Dr. T. Janiszewski

lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

Pod koniec posiedzenia wywiązała się dyskusya nad sprawą wpływu wzniesienia danej miejscowości nad poziom morza na rozpowszechnianie się gruźlicy. Podczas gdy K ö h l e r utrzymuje, że wzniesienie miejsca nie odgrywa tu wybitnej roli, F r ä n k e l (Berlin), — że żadnej nie odgrywa roli, — to S c h m i d t, dyrektor biura statystycznego w Bernie, na podstawie urzędowych danych statystycznych dla Szwajcaryi, jak również K u t h y — dla Węgier, podają, że procent śmiertelności z powodu gruźlicy zmniejsza się wraz z wzniesieniem miejscowości nad poziom morza.

Ponieważ sprawa ta może mieć w przyszłości i dla nas praktyczne znaczenie, przeto muszę w celu bezstronnego i dokładnego wyjaśnienia stanu rzeczy podać tło, na którem się cała ta dyskusya toczyła.

Przodownicy ruchu potężnego, jaki się w ostatnich latach w Niemczech w kierunku budowy sanatoryów dla niezamożnych chorych rozwinął, przyjęli za podstawę działania twierdzenie, że wzniesienie nad poziom morza nie wywiera wpływu na rozpowszechnianie się gruźlicy i jej przebieg. Cały program Zjazdu, zaprojektowany właśnie przez tych ludzi, ułożony był przeważnie w tym duchu.

Nie ulega wątpliwości, że umieszczenie chorego gruźliczego w dobrze urządzonem sanatoryum, nawet w nizinach, człowieka, żyjącego stale w mieście w najgorszych warunkach higienicznych, bez stałej opieki lekarskiej, nie umiejącego się odpowiednio zachować, musi wywrzeć i wywiera dodatni wpływ na przebieg choroby, ale z tego jeszcze nie wynika, że umieszczając w takiem sanatoryum, umieszczamy go w idealnie n a j l e p s z y c h warunkach. Postawienie tej sprawy w ten sposób, jak ją obecnie stawiają kierownicy ruchu budowy sanatoryów w Niemczech, jest zdaniem mojem fałszowaniem teoryi dla względów praktycznych, przeważających szalę w danej chwili. Podniosę jeszcze jedną niekonsekwencyę tych ludzi: wszyscy oni bez wyjątku uznają wpływ warunków klimatycznych na przebieg i rozpowszechnianie się gruźlicy, a zapominają o tem, że przecież te klimatyczne warunki stoją w ścisłym związku także ze wzniesieniem miejscowości nad poziom morza. Nieocenione własności lecznicze klimatu górskiego mianowicie: zmniejszone ciśnienie, większa suchość powietrza, silne promieniowanie słońca, wywierają potężny wpływ na ogólną przemianę materyi, wymianę gazów i skład krwi, jak tego dowodzą prace J a c q u e t a, S u t e r a, E. S o k o ł o w s k i e g o, K a r h e r a, K ü n d i g a, A. L ö w y e g o, — w końcu możliwość wynalezienia w górach miejsca zasłoniętego od wiatrów przedstawia również niemałą korzyść. Najsilniejszym jednak argumentem są wyniki leczenia w klimacie górskim.

Statystyka T u r b a n a, najdokładniejsza i najsumienniejsza, jaką posiadamy w tym dziale lecznictwa, usuwa wszelkie wątpliwości. T u r b a n, który pierwszy zastósował w klimacie górskim system higieniczno-dyetetyczny, wypracowany przez B r e h m e r a i D e t t w e i l e r a, doszedł też do najlepszych wyników. Ogółem wziętych 66,1% wyleczeń, a 97,9 wyleczeń w pierwszym okresie choroby, są to wyniki, jakich nie otrzymano żadną, dotychczas stósowaną, metodą leczenia.

Na podstawie więc zarówno teoryi, jak i praktyki należy przyłączyć się do zdania tych, którzy na Zjeździe podnosili znaczenie wzniesienia miejscowości nad poziom morza tak na szerzenie się, jak i na przebieg gruźlicy. Z tego wynika, że chcąc chorym gruźliczym dać idealnie najlepsze warunki leczenia, należy przy wyborze miejsca na sanatorya uwzględniać wzniesienie miejscowości.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 czerwca.

IX. Z j a z d c h i r u r g ó w p o l s k i c h. Przypominamy, że IX Zjazd chirurgów polskich odbędzie się, jak zapowiedziano, 18, 19 i ewent. 20 lipca, w klinice chirurgicznej w Krakowie, a rozpocznie się we wtorek o $8^1/_2$ godz. z rana zwiedzaniem kliniki chirurgicznej.

Wobec zapowiedzianych dyskusyj: 1) O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*) i 2) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (*hypertrophia prostatae*), pożądanem jest. ażeby nietylko i wyłącznie chirurdzy w tym Zjeździe udział wzięli, ale również gorąco zapraszamy i Kolegów, trudniących się chorobami wewnętrznemi.

Przedewszystkiem byłby też pożądany jaknajliczniejszy udział koll. dyrektorów szpitali prowincyonalnych, żeby ich doświadczenie i bogaty nieraz materyał naukowo zużytkować.

L. Rydygier,
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany został prof. M. L. J a k u b o w s k i.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na posiedzeniu dnia 23 b. m. uchwalił przedstawić ministerstwu do zatwierdzenia Dra Maksymiliana

Rutkowskiego na stanowisko docenta do wykładów z zakresu chirurgii.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Adam Łobaczewski, Edward Ehrenpreis, Adolf Rosenzweig i Natan Münz.

* Dziekanem Wydziału lekar. w Gradcu styryjskim wybrany został prof. Michał Borysikiewicz; w Wiedniu — prof. dr. Zuckerdandl.

* W Chicago sądzona była sprawa lekarza, obwinionego o uszkodzenie ciała chorego przez zastósowanie promieni Röntgenowskich. Z powodu stężenia w kolanie chory udał się o poradę do lekarza, który w celu rozpoznawczym trzykrotnie użył X-promieni; następstwem tego badania miała być zgorzel i odjęcie kończyny. Sąd skazał tego lekarza na zapłacenie 16,000 złr.

* Kilku lekarzy zostało przyaresztowanych przez władze niemieckie pod zarzutem dopomagania popisowym w uwalnianiu się od służby wojskowej. Podług *Allgemeine medic. Central-Zeitung* lekarze ci mieli za pieniądze dawać popisowym jakieś przetwory, które wywoływały sztuczne kołatanie serca, na podstawie czego uwalniano ich od służby. Z liczby tych, którzy te leki zażywali, 4-rech miało umrzeć. Dochodzenie w toku.

* W *Monatsschrift für Geburtsheilkunde und Gynäkologie* opowiada Dr. Krecke o jednej dziewczynie, która, należąc do rodziny stale obdarzanej od trzech pokoleń dwojaczkami i trojaczkami, postanowiła z tego powodu pozostać w dziewictwie, a dla przestrogi wytatuowała po polsku na biodrze: »wstęp wzbroniony«; z biegiem jednak czasu rozmyśliła się i udała się do Dra Kreckego z prośbą, ażeby ten nieoględny napis usunął, bodaj nożem.

* Znany ginekolog angielski, dr. Bantock, miał w londyńskiem Towarz. ginekol. wykład, który zakończył temi słowy: »Zatem tegoczesna bakteryologia jest olbrzymim błędem. Już dziś stoimy na rozdrożu, a nie trudno przewidzieć, że czas jest niedaleki, w którym każdy zrozumie, że bakterye wogóle stanowią tylko dobroczynny pierwiastek w przyrodzie«. Bantock nie używa środków przeciw- i bezgnilnych; przed operacyą myje ręce tylko mydłem i wodą, narzędzi nie wygotowuje, a materyału opatrunkowego nie wyjaławia. Pomimo tego wyniki operacyjne na jego oddziale są znakomite. Donosząc o tem, korespondent do *Deutsche medic. Wochenschrift* czyni uwagę, że te znakomite wyniki należy przypisać nadzwyczajnej czystości całego zakładu, umieszczeniu każdej chorej w osobnym pokoju, a wreszcie nieporównanej zręczności samego operatora.

* Średnia długowieczność w różnych krajach Europy przedstawia się w następujący sposób: w Anglii 45 lat i 3 miesiące; w Belgii 44 l. i 11 m.; w Szwajcaryi 44 l. i 4 m.; we Francyi 43 l. i 6 m.; w Austryi 39 l. i 8 m.; w Niemczech i we Włoszech 39 l.; najdłuższa średnia długowieczność jest w Szwecyi 50 lat, a najkrótsza w Hiszpanii 32 l. i 4 m.

* Głód w Rosyi wywołał liczne choroby towarzyszące, jak dur brzuszny i wysypkowy, oraz gnilec. W Gubernii Kazańskiej naliczono 20,000 chorych na gnilec.

* Dżuma w Aleksandryi nie szerzy się wprawdzie gwałtownie, lecz i nie ustaje; codziennie przybywają świeże przypadki.

* W swoim czasie pisaliśmy o projekcie rządu węgierskiego, ażeby lekarze, którzy ukończyli nauki w jednym z uniwersytetów cislitawskich, a zamierzali praktykować w krajach korony węgierskiej, obowiązani byli zdawać egzamin lekarski i to w języku węgierskim; dziś ten projekt przechodzi w sferę czynu. Oczywiście Cislitawia zajmie takie same położenie (*mutatis mutandis*) względem Węgier. O ile różne motory zbliżają fizycznie ludy do siebie, o tyle polityczny egoizm naszych czasów je roztrąca. Marzycielskiemi więc były rezolucye licznych Zjazdów lekarskich, na których uchwalano równouprawnienie dyplomów.

Najgorzej wyjdą na tem Kroaci, którzy do tej pory studyowali medycynę w Wiedniu, a dziś, przeważnie nie znając języka węgierskiego, będą musieli pokonywać wielkie trudności, by zdobyć dyplom lekarski w Peszcie.

* Uroczyste otwarcie nowego instytutu patologicznego przy Uniw. berlińskim nastąpiło 27 czerwca.

* Przy odeskim Wydziale lekarskim postanowiono wybudować osobny instytut sądowej medycyny z trupiarnią dla rozpoznawania zwłok (*morgue*), oraz oddział dla pomiarów antropometrycznych. Będzie to pierwsza tego rodzaju instytucya w Rosyi.

Mianowania i odznaczenia. Radca ministeryalny, Dr. Emanuel Kusy, otrzymał tytuł i charakter szefa sekcyjnego w ministeryum spraw wewnętrznych. Dr. M. Beck, asystent w instyt. dla chorób zakaźnych w Berlinie, otrzymał tytuł profesorski. Prof. nadzw. higien. Instytutu w Rostoku, dr. Pfeiffer, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Błąd druku: W Nrze 25 *Przegl. Lekar.*, w notatce o posiedzeniu Tow. Lek. krak., w miejsce »kol. Dłuski okazał i t. d.« — ma być: kol. Gliński.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Ludwik Łopacki, lekarz miejski, we Lwowie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Zdrowiu* (czerwiec): Dr. Tołwińskiego Wł.: Stan sanitarny szkółek wiejskich w powiecie lubelskim. Wrońskiego Wł.: Sanatoryum dla chorych piersiowych w Otwocku. Dra Tchórznickiego J.: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym. W *Medycynie* Nr. 26: Dra Korybuta-Daszkiewicza B.: Atrichia universalis acquisita (dok.). Neugebauera Fr.: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 25. Dra Steinhausa J.: Przypadek pierwotnego myxo-haemangioma hypertrophicum serca. Dra Barącza R.: Przypadek przewlekłej nosacizny u człowieka. Flauma M. i Pechkranza S.: Rozszerzenie przełyku samoistne (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Landau J.: Mięsak jądra u dziecka, przerzut w mózgu i w rdzeniu. Kraków, 1899 r.

— Ankieta farmaceutyczna. (Odbitka z Nru 6 *Kroniki farmaceutycznej*, 1899).

— Dr. Piltz: Weitere Mittheilungen über Vorstellungsreflexe der Pupillen. (Odbitka z *Neurologisches Centralblatt*, Nr. 11, 1899).

— Dr. Sterling S.: Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych. Łódź, 1899.

— Dr. Fronczak Fr.: The pathogenesis of Cholelithiasis in the Light of Latest Investigations. (Odbitka z *Buffalo medical Journal*, 1899 rok).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 1991.

Na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Jabłonowie* rozpisuje Wydział powiatowy w Kołomyi konkurs pod warunkami, zastrzeżonymi w §. 7 ustawy z dnia 2 lutego 1891 Dz. ust. kr. Nr. 18.

Roczna płaca wynosi 600 złr. oraz ryczałt na koszta podróży służbowych w kwocie 400 złr.

Lekarz będzie miał obowiązek utrzymywania apteki dom.

Podania maja być wnoszone do Wydziału powiatowego najdalej do 1 Lipca 1899.

L. 5557.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedziba *w Gwoźdźcu*, z płacą roczną 500 złr. prócz ryczałtu na objazdy.

Okręg sanitarny w Gwoźdźcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Zamierzający uzyskać ową posadę winni oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać się wymogami, określonemi w §. 7 ustawy z 2 lutego 1891 roku, Nr. 17 dz. ust. i rozp. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 31 lipca 1899. 166

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego zaczęło rozsyłać dzieło Prof. L. Wachholza, jako premium za rok 1899 i 1900.

Wszystkich kolegów, którzy za ten rok jeszcze nie zapłacili, jakoteż tych, którzy z wkładkami za ubiegłe lata zalegają, uprasza się o jaknajrychlejsze nadesłanie wkładek i to za oba lata 1899 i 1900, a to dla uniknięcia zwłoki w przesyłce.

Wydawnictwo z powodu wielkich wydatków zamknęło rok ubiegły bardzo znacznym deficytem, z tego też powodu o nadesłanie wkładek zaległych uprzejmie prosi.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 8 Lipca 1899. Nr. 27.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 189 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 8 Lipca 1899. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.**

Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej na podstawie przypadku operowanego w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Podał

Dr. Stanisław Droba.

Etyologia cierpień dróg żółciowych doznała dzięki skrzętnym badaniom bakteryologicznym, podjętym w ostatnich latach, pewnej zmiany.

Do szeregu drobnoustrojów, którym przypisywano chorobotwórczą rolę w różnorodnych cierpieniach dróg żółciowych, przybył od r. 1888 prątek durowy Ebertha-Gaffkyego.

W tym to roku Fütterer i Anton [1]) zwrócili uwagę na częstą obecność prątków durowych w drogach żółciowych osób zmarłych na dur brzuszny, dając pochop do ściślej w tym kierunku uwagi. To też już w roku 1890 Gilbert i Girode [2]), a w roku 1893 Chiari [3]) ogłosili przypadki zapalenia woreczka żółciowego, wywołanego działaniem prątka durowego.

W ślad za tymi przypadkami zjawia się w kazuistycznej literaturze coraz więcej tego rodzaju publikacyj, jak: Duprego [4]), Krausa [5]), Dungerna [6]), Wunschheima [7]), Alexeieffa [8]), Imhofera [9]), w których znajdujemy opisane przypadki spraw zapalnych, toczących się w drogach żółciowych, a spowodowanych otrzymanym w czystej hodowli prątkiem durowym.

Emil Ryska [10]) opisuje trzy przypadki zapalenia dróg żółciowych, w których aczkolwiek prątka durowego nie wyhodowano i nie oznaczono, sprawa była wywołaną jego działaniem. W jednym z tych przypadków zapalenie tyczyło woreczka żółciowego i wystąpiło wśród duru brzusznego, w dwóch pozostałych zajęte były przewody same, a objawy zapalne wystąpiły dopiero po ustąpieniu duru.

Prątków nie wyhodowano, gdyż we wszystkich trzech przypadkach nastąpiło uleczenie, a nakłócia woreczka żółciowego zaniechano z uwagi na dobro chorych.

[1]) Fütterer i Anton: *Münch. med. Wochenschrift* 35, 19, 315, 1888 r.

[2]) Gilbert i Girode: *La Semaine med.* 1890, Nr. 58.

[3]) Chiari: *Prag. med. Wochenschrift* 18, 22, 261, 1893.

[4]) Dupre: *Les infections biliaires* Steinheil, Paris 1891.

[5]) Kraus: *Prager med. Wochenschrift* 21, 42, 469, 1896.

[6]) Dungern: *Münch. med. Wochenschrift* 44, 26, 416, 1897.

[7]) Wunschheim: *Prager med. Wochenschrift* 23, 2, 13, 1898.

[8]) Alexeieff: *Dietskaja medicina* 4, 80, 1897.

[9]) Imhofer: *Prager med. Wochenschrift* 23, 15, 16, 170, 1898.

[10]) Emil Ryska: *Münch. med. Wochenschrift.* Nr. 23, 1899.

Przypadków tego rodzaju, jak Emila Ryski, jest bardzo wiele, lecz przechodzą niepostrzeżenie, choćby dlatego, że objawy ze strony dróg żółciowych są za małe, by się mogły wśród objawów duru na pierwszy plan wyłonić.

Że tak jest, dowodzą prace Chiariego [11]) i Krausa [12]), którzy w woreczku żółciowym zmarłych na dur brzuszny znaleźli w 87% przypadków obficie same prątki Ebertha-Gaffkyego. W przeważnej liczbie tych przypadków, bo w 68%, istniało zapalenie woreczka żółciowego, i to raz dotyczyło całej grubości ściany woreczka i sąsiedniej otrzewnej, zresztą samej błony śluzowej woreczka.

Prace powyższe mają doniosłe znaczenie, wskazują bowiem drogi, któremi dotrzeć można do sprawy tworzenia się kamieni żółciowych.

Jeżeli bowiem prątki durowe zdolne są, jak to Chiari i Kraus przedmiotowo wykazali, wywołać przewlekły stan zapalny błony śluzowej woreczka żółciowego, to tem samem stało się zadość najgłówniejszemu warunkowi tworzenia się kamieni; nieżyt bowiem kamicowy, jak go nazywa Naunyn, jest gotowy.

Ale prątek durowy sam, jako taki, może stwarzać jądro kamieni, a dowodem tego badania Fourniera [13]), który na 100 przypadków kamieni żółciowych, branych z trupów, w 38miu znalazł w jądrze tych kamieni żyjące lub obumarłe prątki, i to *bacterium coli*, a także *bacterium typhi*. Ten ostatni u tych, którzy za życia przebyli dur brzuszny, a więc prawdopodobnie i zapalenie błony śluzowej woreczka *(Cholecystolithiasis)*.

Do podobnych wyników, jak Fournier, doszli Dufourt, Chiari, Fütterer [14]).

Wypadałoby się zastanowić jeszcze, jaką drogą prątki durowe dostają się do woreczka żółciowego i czy znajdują tu korzystne do swego rozwoju warunki.

Pewnik, stwierdzany niejednokrotnie, że w przebiegu duru brzusznego wszystkie narządy uledz mogą chorobowym zmianom, doprowadził Wrighta i Sempla [15]) do przekonania, że dur brzuszny należy uważać za ogólne zakażenie krwi i że zmiany w jelitach są dopiero następowe. Zapatrywanie to podzielają również Sanarelli [16]) i Wathelet [17]).

[11]) Chiari: *Zeitschrift für Heilkunde* 15, 199, 1894.

[12]) Chiari Kraus: *Zeitschrift für Heilkunde* 18, 470, 1897.

[13]) Fournier: Thèse de Paris 1896.

[14]) Dufourt, Chiari, Fütterer: *Deutsche Chirurgie* Lief. 45 c. 2. Hälfte 1897, p. 204.

[15]) Wright, Semple: *Centralblatt für Bact.* 19, 6, 7. 22 , 1896.

[16]) Sanarelli: *Riv. d'igiene e sanità publica* 1893, Nr. 241. Baumgartens. *Jahres-Bericht* 1893, p. 228. *Annal. de l'Inst. Pasteur* 11, p. 221, 1893.

[17]) Wathelet: *Annal. de l'Inst. Pasteur* 9. p. 252, 1895. *Centralblatt für Bact.* 18, 16, 501, 1895.

Nie wchodząc w osądzanie słuszności powyższego zapatrywania nadmienić trzeba, że prątki durowe znajdowano we wszystkich możliwych narządach ciała ludzkiego, że zatem krążyć musiały poprzednio we krwi, zanim się tam dostały.

Do dróg żółciowych mają one jednakowoż dwojaką drogę, drogę krwi, a dalej mogą się przedostawać bezpośrednio z dwunastnicy do przewodu żółciowego, a ztąd do woreczka żółciowego.

Gdyby przypuszczenie drugie było słuszne, to z prątkiem durowym przedostawaćby się musiała do dróg żółciowych cała masa innych w jelicie żyjących drobnoustrojów, podczas gdy w przypadkach powyżej wymienionych znajdowano zawsze czyste, jednolite hodowle prątka durowego. Ten fakt, a dalej klasyczny przypadek Hünickena [18]), w którym prątek durowy wywołał dławcowe zmiany zapalne w przewodach śródwątrobowych, pozostawiając przewody zewnątrzwątrobowe nietkniętymi, przemawiają za tem, że i w woreczku żółciowym, podobnie jak w innych narządach, osadza je prąd krwi.

Prątki durowe, dostając się do woreczka żółciowego, zastają tam przeciwgnilnie działającą żółć, któraby powinna byt ich i rozwój znacznie upośledzić, albo nawet zniszczyć. Że to się nie dzieje, przypisać należy najprawdopodobniej temu, że prątki durowe dostają się do woreczka w czasie duru, a zatem w chwili ogólnego schorzenia ustroju, pod wpływem którego wszystkie narządy przedstawiać muszą *locus minoris resistentiae*, a dalej temu, że prątek durowy w tym czasie uposażony jest wielką siłą żywotną, że zatem zdolny jest pokonać większe, niż kiedyindziej trudności.

Gdy pierwsza próba wypadnie dla prątka pomyślnie i gdy pod wpływem jego działania wywiąże się stan zapalny błony śluzowej woreczka, to byt jego nawet na długi czas jest zapewniony. Pod wpływem bowiem nieżytu błony śluzowej woreczka zmienia się żółć, a tem samem zmieniają się korzystnie warunki dla dalszego bytu prątka, choćby on stracił swą dawną siłę żywotną.

To też w przypadku Dungerna [19]) wyhodowano prątek durowy w 5 lat, a Buschke [20]) opisuje, że można go wyhodować z treści woreczka w 7 lat po przebytym durze.

W naszym przypadku upłynęło od czasu, w którym chora przebyła dur brzuszny, do czasu operacyi, t. j. do czasu, w którym wyhodowaliśmy z treści woreczka żółciowego prątek durowy w czystej jednolitej hodowli, lat siedemnaście. Z tego też powodu, jakoteż ze względów, które poniżej podamy, uważamy sobie za obowiązek przytoczyć opis tego przypadku w całej rozciągłości.

Anna Pabis, lat 53, żona rolnika z Łysakowa pod Mielcem przyjęta na klinikę chirurgiczną dnia 23/5 1899 roku.

Wywiady: Dziedzicznie nie obciążona. Rodziła 6 razy szczęśliwie. Przed 17-tu laty przebywała dur brzuszny, stwierdzony przez lekarzy. Przed laty siedmiu miała poraz pierwszy gwałtowny napad bólów, trwający 4 godziny. Ból ten miał być umiejscowiony w dołku podsercowym i w podżebrzu prawem, skąd rozpromieniał się ku krzyżom i łopatkom. Cierpieniu temu towarzyszył wielki ból głowy i wymioty, żółtaczki nie miała.

[18]) Hünicken: *Deutsche Chirurgie* Lief. 45c. 2. Hälfte 1897, p. 173.

[19]) Dungern: *vide sub* 6.

[20]) Buschke: *Deutsche Chirurgie* Lief. 45c. 2. Hälfte 1897, p. 173

Po tym napadzie była zupełnie zdrową, dopiero z końcem listopada 1898 r. choroba ujawniła się ponownie. Bez najmniejszej przyczyny dostaje biegunki, wzdęcia jelit, parcia na dół, nudności, bólów głowy, które to objawy utrzymywały się cały tydzień. W dwa tygodnie po tem pojawiają się w podżebrzu prawem głuche bóle, występujące napadowo, zwykle pod wieczór codziennie lub co drugi dzień i trwające aż do połowy grudnia z r. W tym czasie dostaje znacznego napadu bólu w podżebrzu prawem, rozpromieniającego się stąd ku krzyżom i łopatkom, bez żółtaczki. Po tym napadzie nastała znowu cisza, przerwana dopiero w marcu 1899 r. pierwszym gwałtownym napadem bólów, różniącym się od grudniowego jedynie bardzo wielkiem nasileniem i tem, że towarzyszyły mu dreszcze i gorączka. Żółtaczki nie było. Napad trwał 24 godzin. Chora zauważyła wówczas po raz pierwszy guz w podżebrzu prawem. W kwietniu b. r. pojawia się drugi gwałtowny, zupełnie do poprzedniego podobny napad bólów, również bez żółtaczki, a połączony z dreszczami i gorączką. Potem miała jeszcze 4 napady, podobne do poprzednich, ale o nasileniu znacznie mniejszem, ostatni z nich miał miejsce dnia 20 b. m. Podczas wszystkich napadów doznawała chora uczucia wzdęcia brzucha, guz w podżebrzu stawiał się jej wyraźniej.

Stan obecny dnia 23/5: Pacyentka średniej budowy, odżywienie liche. Ciepłota popołudniowa 37·6. Skóra prawidłowo zabarwiona. Spojówki gałkowe bez śladu żółtaczki. Płuca i serce bez zmian.

Brzuch miernie wzdęty. Okolica podżebrza prawego znacznie wypuklona ponad otoczenie. Obmacaniem stwierdzić się daje, że brzeg dolny wątroby, mianowicie część przednia płatu prawego jest znacznie obniżona. Granica jego dolna znajduje się 3 ctm. ponad pępkiem. Pod dolnym brzegiem wątroby w linii przymostkowej prawej czuć guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, twardy, od brzegu wątroby oddzielić się nie dający, bardzo mało ruchomy. Guz o powierzchni nierównej, przy ucisku miernie bolesny. Badanie moczu nic nieprawidłowego nie wykazuje.

Obserwacya: Dnia 26/5 b. r. dostaje chora napadu bólu miernego nasilenia. Badanie wykazuje, że guz więcej, niż podczas badania poprzedniego się wypukla i że jest znacznie bolesny. Żółtaczki brak, natomiast ciepłota podwyższona 38·2. Stolec zabarwiony prawidłowo, w stolcu oddanym po napadzie kamieni nie znaleziono. Rozpoznanie przedoperacyjne: *Cholelithiasis*.

Dnia 27/5 1899 r. Operacyę wykonał Dr. Maksymilian Rutkowski. Cięcie brzuszne po zewnętrznej stronie mięśnia prostego brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej ukazał się w głębi guz dużej pięści, zrośnięty na dużej przestrzeni z częścią odźwiernikową żołądka i z poprzecznicą, a nadto obrośnięty dookoła, szczególnie w części dolnej, siecią.

Po zbadaniu wprowadzonymi palcami przewodów żółciowych i po stwierdzeniu prawidłowego ich zachowania się, przystąpiono do doszczętnego usunięcia woreczka *(Cholecystectomia totalis)*, który, jak badanie wykazało, był znacznie zgrubiały i zawierał kamienie. Sieć kolejno podwójnie podwiązywano i między podwiązkami przecinano. Od ściany żołądka i poprzecznicy odpreparowano ten guz bądź to nożyczkami, bądź na tępo. Otrzewnę żołądkową i poprzecznicy zeszyto w miejscu powstałych ubytków. Po uwolnieniu worka z tej strony, przystąpiono do jego uwolnienia od wątroby. Ponieważ część jego środkowa i górna była wrośnięta w dolny brzeg wątroby, przeto część tę wątroby wraz z workiem wycięto, zeszywając tak powstałe brzegi wątroby katgutem igłami tępemi. Wycięty w kształcie klina kawałek wątroby był łącznotkankowo zwyrodniały.

Po podwójnem podwiązaniu przewodu woreczkowego oddzielono do reszty worek. Kikut przewodu woreczkowego obszyto. Po zaopatrzeniu tu i owdzie krwawiących miejsc, osuszono trzewia gazą wyjałowioną i jamę brzuszną zaszyto warstwowo w całości, wprowadzając przez otworek, pozostawiony w górnej części rany brzusznej, setonik gazy wyjałowionej pod wątrobę aż do kikuta przewodu woreczkowego. Opatrunek aseptyczny.

Przebieg pooperacyjny. Z wyjątkiem zaburzeń ze strony przewodu jelitowego, wywoływanych w pierwszych trzech dniach po operacyi zatrzymaniem się wiatrów, które

to zaburzenia skutecznie lewatywami usuwano, przebieg zupełnie gładki, bezgorączkowy.

Dnia 3/6. Zmiana opatrunku. Rana zgojona przez rychłozrost. Szwy usunięto. Usunięto również setonik, założony w górny odcinek rany, a założono w jego miejsce zupełnie powierzchownie świeży.

Dnia 5/6. Usunięto setonik zupełnie, a małą przetoczkę po setoniku przyżegnięto lapisem.

Dnia 10/6. Przetoczka zgojona. Stan miejscowy i ogólny w zupełności zadawalniający.

Wynik badania woreczka i jego zawartości. Zaraz po operacyi przystąpiono do zbadania worka, który od czasu wyjęcia go aż do końca operacyi leżał owinięty w wyjałowioną gazę.

Worek był zupełnie zamknięty, gdyż przewód woreczkowy był przed przecięciem go podwójnie podwiązany, a ściana worka nie była nigdzie uszkodzoną. Powierzchnię worka przypalono dokładnie rozżarzoną sztabką szklaną i w miejscu przypalonem nacięto wyjałowionym nożem ścianę woreczka. Cieczą surowiczą, nieco mętną, wziętą z głębi woreczka wyjałowioną pętlą platynową, zasiano dwie pożywki agaru zwykłego.

Przedłużywszy pierwotne cięcie i otworzywszy dokładnie worek, przystąpiono do jego dokładnego zbadania.

Ściana worka bardzo znacznie zgrubiała (grubość 3—4 ctm.) okazuje makroskopowo na przekroju utkanie bliznowatej tkanki łącznej.

Worek cały podzielony jest na trzy jamki. Jamka najmniejsza o zgrubiałych ścianach, wypełniona szczelnie kamieniem, kształtu i wielkości śliwki węgierskiej, utworzona jest z szyjki worka. Kamień w niej będący zamyka szczelnie wchód do przewodu woreczkowego. Jamka druga, znajdująca się w środkowej części worka, wypełniona jest cieczą surowiczą, nieco mętną. Jamka ta jest wielkości dużego orzecha włoskiego.

Jamka trzecia znajduje się w dnie worka, ma ściany najwięcej zgrubiałe i zawiera dwa obok siebie leżące kamienie; kamień mniejszy ma kształt pryzmatu, większy kostki.

Badanie histologiczne ściany worka wykazuje, co następuje: Błona śluzowa ściany woreczka, wziętej z jamki środkowej, gdzie kamieni nie było, utrzymana. Grubość warstwy gruczołowej prawidłowa. Przybłonek, pokrywający błonę śluzową i przybłonek gruczołowy — utrzymane w całości. Na powierzchni błony śluzowej i w świetle przewodów gruczołowych widać masy wypocinowe, w których, obok istoty jednostajnej, blado się barwiącej, rozróżnić się dają złuszczone komórki przybłonkowe, jedno-jądrzaste leukocyty i mierna ilość wielo-jądrzastych leukocytów. W tkance międzygruczołowej gęsty naciek drobnokomórkowy; podobny tylko wiotszy naciek widać w warstwie mięsnej i w warstwie włóknistej, która jest bardzo znacznie zgrubiała. Tu i owdzie wśród warstwy włóknistej widać większe ogniska gęstszego nacieku, w których dostrzega się obok komórek okrągłych także wielo-jądrzaste leukocyty. Naczynia porozszerzane, wypełnione krwią. Nieco odmienniej przedstawia się obraz drobnowidowy w ścianie, wziętej z miejsc, gdzie leżały kamienie. Tu błona śluzowa utrzymana jest tylko w głębi fałdów. Na szczytach fałdów warstwy gruczołowej albo zupełny brak tak, że warstwa mięsna jest zupełnie odsłonięta, albo utrzymany jest z warstwy gruczołowej zaledwie wąski pasek. Miejscami widać oddzielające się strzępy błony śluzowej, których resztki w postaci przewodów gruczołowych rozróżnić można wśród mas wypocinowych, jakie pokrywają powierzchnię błony śluzowej. W warstwie mięsnej widać pomiędzy włóknami mięsnemi silnie rozwiniętą tkanką łączną włóknistą, bardzo naciekłą drobnemi komórkami, między któremi występują znacznie obficiej, niż w poprzednim obrazie, wielojądrzaste leukocyty. Naczynia porozszerzane, wypełnione krwią. Na zewnątrz od ściany worka widać utkanie sieci, która była z workiem zrośnięta. Między pęczkami tkanki łącznej widać tu również naciek drobnokomórkowy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału ocznego Radcy zdrowia Prof. Dra Macheka we Lwowie.

Przyczynek do operacyjnego leczenia wrodzonego przesunięcia soczewki (*Ectopia lentis congenita*)

podał
Dr. Oswald Zion
okulista we Lwowie.

W przypadkach wrodzonego przesunięcia soczewki (*Ectopia lentis congenita*) może się z różnych powodów okazać potrzeba operacyjnego leczenia. Najprzód wskazany jest rękoczyn tam, gdzie soczewka się dostaje do przedniej komórki, w której, przez skurcz zwieracza źrenicy, niejako uwięzioną zostaje, co sprowadza groźne dla oka następstwa. Rogówka się zaciemnia, później występuje zapalenie ciałka rzęskowego, ucisk śródoczny się podwyższa, przednia część twardówki się wydyma, przyjmując znane a groźne sine zabarwienie. Jedynie w chwili stósownej wykonane wydobycie soczewki może oko od zniszczenia uratować. To też dawniej tylko w tych przypadkach pod grozą utraty oka wykonywano wydobycie wrodzonej soczewki przesuniętej i opadniętej do przedniej komórki. Odkąd jednakże okuliści oswoili się z myślą operowania soczewek niezaciemnionych wogóle, nasunęła się myśl wydobywania wrodzonych, zmniejszonych, bądź całkiem przeźroczystych, bądź częściowo zaćmionych soczewek, jak n. p. zaćm warstwowych, a to tem bardziej, że w wielu przypadkach przewidzieć można było, że bystrość wzroku po wydobyciu zmniejszonych soczewek lepszą być może, niż po optycznej irydektomii. W oddziale ocznym szpitala lwowskiego, który rozporządza wielkim materyałem operacyjnym, wykonano w kilku przypadkach operacyę wrodzonych zmniejszonych i przesuniętych soczewek z dobrym skutkiem i to w sposób rozmaity.

Pozwalam sobie ogłosić te przypadki nietylko dlatego, że są rzadkie, a operacye, ze względu na niebezpieczeństwa i powikłania, które wśród operacyi wystąpić mogą, trudne, lecz z powodu pouczających spostrzeżeń, które poczyniliśmy, a które dotyczą wskazań do rękoczynu i techniki jego wykonania.

Przypadek I. Dnia 4/VI 1897 r. przyjęto 13-letniego chłopca A. W. z obuoczną zaćmą warstwową drgającą, przyczem soczewki w całości były zmniejszone i przesunięte ku górze i wewnątrz (*Ectopia lentis congenita et cataracta perinuclearis oc. ut.*).

Pr. o. V. $^{2}/_{60}$ palce. Szkła nie poprawiają, zblizka rozpoznaje Ig. N⁰ 24. Dno oka prawidłowe. Niedowidzenie (amblyopia). L. o. V. $^{4}/_{60}$ + 10 D. $^{6}/_{60}$ czyta Ig. N⁰ 1 na 10 ctm. z + 14 D. Ig. N⁰ 3 na 25 ctm. tylko przy rozszerzonej źrenicy. Przy prawidłowej źrenicy

wklęsłe szkła rozjaśniały wzrok, lecz chory nie mógł czytać nut w zwykłem oddaleniu, o co mu, oddającemu się muzyce, chodziło. Przypuszczając, że po usunięciu soczewki będzie miał lepszą bystrość wzroku przy wązkiej źrenicy i odpowiedniem wyrównaniu wady budowy, niż po wykonanej irydektomii, postanowiliśmy soczewkę wydobyć. Ponieważ matka się sprzeciwiała, aby operowano oko lewe widzące, a zgodziła się, aby na próbę naprzód usunąć soczewkę oka prawego, niedowidzącego, wykonano tego samego dnia przecięcie torebki *(discissio)* igłą Rosasa, wkłówszy w obwód soczewki w tem miejscu, w którem więzadełko było najkrótsze, a więc soczewka względnie najmocniej była przyczepiona. Przesuwając igłą ku dołowi i zewnątrz, udało się torebkę przerwać, chociaż soczewka się znacznie ku tyłowi wysunęła. Ponieważ pęcznienie soczewki bardzo wolno postępowało, w 14 dni potem powtórzono przecięcie (discissio). Obfite pęcznienie, oko zadrażnione, źrenica szeroka. Przy stósowaniu zimnych okładów i atropiny zadrażnienie ustępuje. Stan ten trwa 4 tygodnie, masy soczewkowe pęcznieją coraz silniej, wessanie ich jednak postępuje bardzo wolnym krokiem, przystąpiono przeto do wydobycia pęczniejących resztek soczewki sposobem liniowym prostym Graefego. Gojenie prawidłowe, źrenica okrągła, czarna, ruchoma. W = $^4/_{60}$ + 10 Dioptr. Pomijając tedy niedostateczną bystrość wzroku, co przewidzieliśmy, wykonanie operacyi technicznie udało się bez zarzutu. Myśl, którą kierowaliśmy się w tym przypadku, skłoniła H. Sattlera w Lipsku do wykonania tego samego rękoczynu w 3 przypadkach, w których mu się udało przez kilkorazowe przecięcie torebki soczewkowej *(discissio)* sprowadzić wessanie soczewki, o czem mówił na 26 zjeździe okulistów w Heidelbergu. W podobny sposób miał operować w jednym przypadku Eversbusch już w r. 1893.

Na drugiem oku operowano przed kilkoma dniami chorego w ten sam sposób na tutejszej klinice okulistycznej.

Przypadek II. Dziewczynę ośmioletnią H. S. przyjęto dnia 27/7 1897 do szpitalika św. Zofii, z powodu wrodzonego przesunięcia soczewek na obu oczach. Chora pozostawała pod opieką lekarską Dra Kickiego, a tylko operacye wykonywano na oddziale ocznym szpitala krajowego. Miło mi też na tem miejscu podziękować p. Drowi Kickiemu za przyzwolenie ogłoszenia tego przypadku.

Zewnętrzne części oka prawidłowe, źrenica wązka, przednia komórka bardzo głęboka, tęczówka drga przy ruchach gałki. W = palce na 2 mtr. Po zapuszczeniu atropiny rozszerza się źrenica na 4 m/m, a wziernikiem widać dolny brzeg soczewki, która w obu oczach równomiernie ku górze i wewnątrz jest przesunięta. Soczewki te nieznacznie się poruszają, co wskazywało, że są dość silnie na więzadełku Zinna zawieszone. Można się tedy było spodziewać, że rozcięcie torebki i masy soczewkowej igłą da się wogóle wykonać, co tem przyjemniejszem było, że u dziewczynki bardzo niespokojnej inne operacye, jak n. p. irydektomia, albo wyjęcie soczewki, przedstawiały zabieg trudniejszy. 29/VII wykonano zatem na oddziale ocznym przecięcie torebki soczewkowej, wchodząc igłą sierpowatą przez rogówkę *(keratonyxis)*. Soczewka się usuwała z pod igły, oczekiwane pęcznienie soczewki nie nastąpiło, pomimo że w miejscu wkłócia tak w torebce jak i w istocie soczewki widać było zaćmienie kształtu podłużnego. Kilka dni później (18/8) uśpiono pacyentkę i prof. Machek wykonał ową operacyę równocześnie dwiema igłami, a to wchodząc jedną igłą przez rogówkę, drugą przez twardówkę *(kerato- et scleronyxis)*. Igły weszły dość głęboko w istotę soczewkową. Chociaż po tej operacyi, jak się pokazało, także nie wystąpiło pęcznienie, któreby doprowadziło do wessania soczewki, zdaje się, że myśl operowania dwoma igłami równocześnie, jedną przez rogówkę, drugą przez twardówkę, jest uzasadnioną i zasługuje w odpowiednich przypadkach na zastosowanie. Jeżeli bowiem w przypadkach zmniejszonych i twardych soczewek rozcięcie ich jest wogóle wskazanem, to trzeba je wykonać tak, aby soczewki już i tak przesuniętej nie zwichnąć, przerywając więzadełko Zinna, a nie byłoby także obojętnem, gdybyśmy przy wykonywaniu tego zabiegu, chociażby się więzadełko nie przerwało, zatapiali i przesuwali soczewkę głęboko w ciałko szklane, tym sposobem je obrażając. Jeżeli się natomiast soczewkę dwoma igłami i z dwóch stron, t. j. z przodu i z tyłu, chwyta, wtenczas można ją ustalić i jest możebnem rozciąć i rozdrobnić ją bez szkody dla ciałka szklanego. W rzeczywistości udało się soczewkę, która między igłami była tak jakby umocowaną, tak w przedniej jak i tylnej części odpowiedniemi ruchami przedrzeć. Mimo to nie nastąpiło pęcznienie i tylko miejcami zaćmiła się soczewka, co zdaniem naszem przemawia za tem, że nie każda zmniejszona i twarda soczewka ma skłonność do ulegania wessaniu. Zadrażnienie po operacyi mierne. Po takich bezskutecznych zabiegach wykonano d. 1/IX w uśpieniu wydobycie zaćmy *(extractio)*. Rozwórka Desmarra. Cięcie rogówkowe nożykiem Graefego z góry 9 m/m długie. Wprowadzono pętlę Webera do ranki, ugniatając tęczówkę ku tyłowi, a gdy się soczewka znalazła przed pętlą, dotknął się operator rogówki palcem wskazującym ręki lewej, aby się soczewka nie zsunęła i wydobyto ją bez upływu ciałka szklanego na zewnątrz. Postępujące za soczewką napięte więzadełko Zinna przeciął asystent nożyczkami. Chora po operacyi bardzo była niespokojna. Szóstego dnia ranka była dobrze zlepiona, przednia komórka głęboka, a 25/IX chora opuściła szpital z bystrością wzroku $^6/_{60}$ a z + 14 Dioptr. mogła łatwo igłę nawlekać.

Przypadek III. Dnia 26/XII 1892 przyjęto 20-letnią dziewczynę Ch. S., średniego wzrostu, niedokrewną, bladą i licho odżywioną. Po prawej stronie upośledzenie ruchów w kończynach. W moczu wybitny ślad białka. P. o. Zewnętrzne części prawidłowe. Przednia komórka równomiernie głęboka. Tęczówka drga przy ruchach gałki. Wziernikiem dostrzedz można w dolnej części źrenicy po za tęczówką ciemną, dobrze ograniczoną, łukowatą linię z wypukłością, skierowaną ku górze. To odpowiada górnemu brzegowi soczewki, która ku dołowi jest zwichnięta i zupełnie przeźroczysta. Ciałko szklane czyste. Mierny garbiak tylny. W. p. $^6/_{60}$ lg. N^0 1. w 10 ctm.

L. o. Powieki prawidłowe, mierne nastrzykanie rzęskowe. W dolnym odcinku rogówki zaćmienie obłoczkowate 4 m/m szerokie. W twardówce 2 m/m od brzegu rogówkowego widać nieco wyniosłe (ektatyczne), sino zabarwione miejsce, odpowiadające ciałku rzęskowemu. Przednia komórka w dolnej swej części głębsza, niż w górnej, a w niej leży ciało okrągłe, które przy ogniskowem oświetleniu wygląda jak kropla oliwy, pływająca na wodzie. Jest to zupełnie zwichnięta i zmniejszona soczewka, przeźroczysta, która swoją przednią torebką przytyka do tylnej ściany rogówki. W = palce na 5 mtr. Ucisk śródoczny podwyższony. Gałka oczna przy dotyku bolesna, a chora podaje, że czuje jakoby ciało obce było w oku.

Z powodu znaczniejszego nastrzykania i bólu wykonano 28/XII sklerotomię od góry; oko się uspokoiło, bóle ustały. Dn. 2/I 1893 soczewka zupełnie przeźroczysta znajduje się w przodkowej komórce oka prawego. Oko zadrażnione i bardzo bolesne. 4/I ból głowy i oka się wzmaga, występują nudności i wymioty. Obie soczewki znajdują się w przednich komórkach. Przy zastósowaniu atropiny i przy spokojnem zachowaniu się soczewki schowały się po za tęczówkę. 11/I oświadcza nam chora (gdyż nie miała bólów), że jest w stanie sama obie soczewki przyprowadzić do przednich komórek i ztamtąd znowu je wydalić, a czyniła to zapomocą odpowiednich ruchów, wykonywanych tułowiem i uciskając palcami gałki oczne. 18/I przystąpił Prof. Machek do wydobycia soczewki z oka lewego; chorej polecono, żeby soczewkę do przedniej komórki wprowadziła, co dość łatwo się udało. Zapuszczono ezerynę i tym sposobem przez zwężenie źrenicy uchwycono ją w przedniej komórce. Cięcie rogówkowo-twardówkowe 8 m/m długie. Zaraz po cięciu opadła tęczówka, a w rance okazuje się perełka ciałka szklanego, która po wyjęciu rozwórki się cofnęła. Zapomocą pętli Webera, którą po za soczewkę wprowadzono, przytrzymując soczewkę palcem wskazującym lewej ręki wydobyto ją na zewnątrz, przyczem znowu musiano zgrubiałe i napinające się więzadełko Zinna odciąć nożyczkami. Wyjęta z torebką soczewka była zupełnie przeźroczysta, mniejsza niż prawidłowa, średnica obwodu wynosiła 5 m/m, oś przednio-tylna 3 m/m. Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowy, po 12 dniach chora opuszcza szpital z bystrością wzroku $^6/_{30}$ z + 10 Dioptr. a z + 14 D. czyta lg. N^0 5 hebr.

Kilka miesięcy później 24/V wydobyto soczewkę z oka prawego w zupełnie podobny sposób, przyczem musiano też soczewkę od więzadełka Zinna odciąć. W = z + 11 D. $^6/_9$.

Ten przypadek wykazuje, jak długiem jest i wytrzymałem więzadełko Zinna, które nawet zbyt silnemu naciąganiu opór stawia i nie daje się przerwać; nie ulega jednakże wątpliwości, że pomiędzy włóknami więzadełka są otwory, przez które może wypływać ciałko szklane, czego dowodzi perełka, która się zaraz po cięciu rogówkowem w rance okazała.

Opisane te przypadki pouczają:

1) że sposób zalecany przez Sattlera nie we wszystkich przypadkach prowadzi do celu; pęcznienie po dyscysyi w I przypadku było małe tak, że operacyę powtórzyć należało, a kiedy zaćmione masy soczewkowe nie ulegały wessaniu, trzeba było wykonać wydobycie pęczniejącej soczewki. W przypadku II pomimo szerokiego otwarcia przedniej i tylnej torebki wcale nie przyszło do pęcznienia.

2) Że w przypadkach wrodzonego przesunięcia soczewki można pętlą Webera wydobyć soczewkę w całości bez poprzedniej dyscysyi, a nawet bez upływu ciałka szklanego, także w takich przypadkach, w których zmniejszona soczewka nie znajduje się w przodkowej komórce (przypadek II).

3) Że więzadełko Zinna w przypadkach przesuniętej wrodzonej soczewki jest dość mocne, aby się nie przerwać przy wykonywaniu dyscysyi; wszak zachodziła potrzeba w 3-ch operacyach odcięcia więzadełka po wydobyciu soczewki. Pomiędzy włóknami więzadełka mogą się jednakże znaleźć otwory, któremi ciałko szklane może wypływać.

4) Jeżeli wreszcie okoliczności skłaniają nas do wykonania dyscysyi, godnym jest zalecenia sposób wykonywania jej dwoma igłami *(per kerato- i scleronyxis)*, równocześnie, który to sposób w wykonaniu rozpłatania soczewki technicznie zawodu sprawić nie może.

Miło mi nakoniec podziękować Prof. Drowi Machekowi za odstąpienie mi materyału do tej pracy.

III. Wyciągi.

Czyhlarz i Donath (z kliniki lekarskiej prof. Nothnagla w Wiedniu). **Wydalanie błękitu metylenowego przez nerki zdrowe a chore.** *(Wien. klin. Wochens.* 1899, Nr. 24). Prace wielu autorów już dawno starają się udowodnić, że nerka chora gorzej wydala z ustroju istoty obce, doń wprowadzone. Robiono doświadczenia z rozmaitemi ciałami, jak olejek terpentynowy, asparagina, makowiec, rtęć, jod, sole potasowe i sodowe, siarkan chininowy, bromek potasowy, kwas salicylowy i t. d. Były to doświadczenia, przedsiębrane ze stanowiska patologii doświadczalnej.

Pierwsi dopiero autorowie francuscy Achard i Castaigne usiłowali *(Gaz. hebdom.* 1897, Nr. 37), skorzystać z tego objawu, upośledzeni awydalania przez nerki, do celów rozpoznawczych. Używali oni błękitu metylenowego, który, zabarwiając mocz, wybornie się nadaje do tego rodzaju prób. Z początku wstrzykiwali błękit podskórnie, później jednak, ponieważ powodowało to silne bóle, a niekiedy nawet ropnie, zastrzykiwali jeszcze głębiej pomiędzy mięśnie.

Na podstawie prób tych doszli do przekonania, że podawanie błękitu może posłużyć do rozpoznania zaburzeń w czynności nerek. Mianowicie nerki zdrowe zaczynają wydalać błękit już po $^1/_2$ godziny, najdalej do godziny; tymczasem nerki chore spaźniają się o kilka godzin. Również czas trwania wydalania błękitu moczem jest odmienny. I tak u zdrowych błękit wydala się (t. j. pewna dawka, n. p. 0·05) średnio przez 50 godzin, zaś u chorych na nerki — przez kilka dni i dłużej nawet.

Niebawem inny znów autor francuski, Bard, powtarzając doświadczenia powyższe, doszedł do nieco odmiennych wniosków. Znalazł on rzeczywiście opóźnienie wydalania błękitu, ale tylko w zapaleniu nerek międzymiąższowem; w zapaleniu zaś miąższowem, czyli przybłonkowem, przeciwnie, nawet przyspieszenie wydalania. Wyniki Barda potwierdził rychło też Lemoine.

To było powodem, że przytoczeni badacze, Achard i Castaigne, wzięli się na nowo do pracy w tym kierunku i doszli do wyników bardziej szczegółowych. Odróżniają oni cztery rozmaite sposoby wydalania błękitu: 1) występowanie opóźnione błękitu w moczu; 2) wystąpienie w moczu tylko samego chromogenu błękitu metylenowego, co może wyprzedzić na długo pojawienie się zabarwienia błękitnego, ten zaś chromogen jest to pochodny (derivat) barwika, który można zapomocą różnych sposobów zamienić w sam barwik; 3) zmniejszenie ilości wydalonego barwika; 4) przedłużony czas wydalania. Kładą oni w końcu nacisk na to, że próba z błękitem pozwala sądzić jedynie o zaburzeniu lub braku zaburzenia samej czynności nerek, a tylko pośrednio i z wielką wstrzemięźliwością o stanie anatomicznym nerek.

Potem znowu Chauffard i Castaigne ogłosili, że istnieje także wydalanie błękitu z przerwami, a ten sposób ma znamionować niewydolność wątroby *(insufficientia hepatis)*.

Z autorów niemieckich powtarzali doświadczenia z błękitem Burghart w cukrzycy i Albu w żółtaczce z ostrem zapaleniem dróg żółciowych.

Ponieważ rzecz jest bardzo ważna, postanowili więc autorowie dokładnie ją zbadać W doświadczeniach swoich podawali błękit tylko *per os*, przekonawszy się wprzód próbami na psach, że czas pokazania się błękitu w moczu jest prawie taki sam, czy się wprowadza do żołądka, czy pod skórę. Wyjątek stanowią przypadki, w których jest utrudnienie wessania w przewodzie pokarmowym z powodu znacznej cieśni odźwiernika.

Podawali błękit w dawce 0·1 w kołaczykach żelatynowych rano po śniadaniu. Następnie szukali pilnie pierwszego śladu błękitu lub chromogenu w moczu.

Liczba chorych wynosiła 35, a z tego było 18 z zapaleniem nerek, 3 z białkomoczem w przebiegu chorób sercowych, 14 chorych na inne choroby lub zupełnie zdrowych.

U tych ostatnich najczęściej pokazał się błękit w moczu najwcześniej po $^1/_2$ godziny, najpóźniej, ale tylko w jednym przypadku po $1^1/_2$ godz. Średnio można uważać $^3/_4$ godz. za czas prawidłowego pojawania się błękitu w moczu. Wydalanie błękitu trwało dni $2^1/_2$, 3, $3^1/_2$, 4, $4^1/_2$, 5.

U chorych z zapaleniem nerek pokazał się błękit w moczu w piętnastu przypadkach tak, jak u zupełnie zdrowych. W trzech przypadkach było znaczne opóźnienie, a w tych też można było napewno rozpoznać marskość nerek. W czterech atoli przypadkach również niewątpliwej marskości nerek barwik wystąpił w moczu po $^1/_2$ godziny aż do godziny. W jednym przypadku ostrego zapalenia nerek czas ten wystąpienia błękitu wynosił $^3/_4$ godz., po ustąpieniu zaś białka z moczu tylko $^1/_2$ godz. Trwanie wydalania błękitu było rozmaite, $2^1/_2$, $3^1/_2$, 4, 5, 6, 7 dni; w sześciu przypadkach przeniosło najdłuższy czas wydalania u ludzi zdrowych (5 dni), wynosząc 6 i 7 dni.

W trzech przypadkach białkomoczu bez zapalenia nerek pojawił się błękit raz po $^3/_4$ godz., dwa razy po godzinie.

Na podstawie tych doświadczeń dochodzą autorowie do następujących ogólnych wniosków:

Potwierdził się objaw bardzo ważny pod względem teoretycznym, że w zapaleniu nerek następuje zwłoka w wydalaniu błękitu moczem. Zwłoka ta objawić się może albo późniejszem wystąpieniem barwika w moczu, albo dłuższem trwaniem wydalania barwika z ustroju, albo też tem i tamtem zarówno. Tylko w dwu przypadkach marskości nerek udało się autorom niewątpliwie wykazać opóźnienie pojawiania się błękitu w moczu, w innych przypadkach marskości zaburzeń pod tym względem nie było.

Rozmaite rodzaje zapalenia nerek nie wpływają na czas trwania wydalania błękitu z ustroju.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Fehling: **O złośliwem zwyrodnieniu mięśniaków macicy i metodach ich operowania.** *(Beiträge zur Geburt. und Gynäk.).* Autor opisuje z kliniki w Hall dwa przypadki zwyrodnienia złośliwego mięśniaków macicy; w obu tych przypadkach chore poprzednio były poddane trzebieniu. Przy tej sposobności podaje F. wskazania co do rodzaju operacyi mięśniaków.

Przy guzach małych radzi operować przez pochwę; przy sięgających najwyżej 10 ctm. nad spojenie łonowe, zaleca ten rodzaj operowania tylko wtenczas, jeżeli guzy są podśluzowe lub międzymiąższowe. Jeżeli zaś są podsurowicze lub międzywięzadłowe, albo gdy sięgają do pępka i wyżej, radzi operować przez laparotomię. Trzebienie poleca robić tylko u osób bardzo niedokrewnych, które są za słabe, aby przetrzymać długą operacyę i narkozę. Występuje przeciw zostawianiu zacisków, a radzi zawsze zakładać podwiązki dlatego, że jest to pewniejszy sposób uniknięcia krwotoku następowego, a nadto, że jest to dla chorej znacznie przyjemniejsze. Dalej radzi przy każdem wyłuszczeniu wyjmować jajniki, gdyż te zwykle są chorobowo zmienione, a nadto po wyjęciu przydatków łatwiej jest dokładnie zaszyć otrzewnę. Pozostawienie jajników według Glärecka w $^{1}/_{3}$ wszystkich przypadków ma sprowadzać rozmaite zboczenia umysłowe.

W końcu nadmienia, że obecność mięśniaków nie jest koniecznem wskazaniem do operacyi; można podawać w początkach ergotynę, hydrastis, stypticinę; dopiero gdy się pojawią silne krwawienia, lub wystąpią objawy uciskowe sąsiednich narządów, należy przystąpić do operacyi. Mięśniaki, powstałe w czasie wieku przejściowego, radzi zawsze wyjmować ze względu na możliwość złośliwego ich zwyrodnienia.

T. P.

Prof. Sonnenburg: **Wyniki operacyjnego leczenia wynicowania pęcherza.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1899, Nr. 14). Po krótkiem krytycznem omówieniu wszystkich sposobów leczenia wynicowania pęcherza (ectopia vesicae), dochodzi autor do wniosku, że jak długo nie uda się wytworzyć dokładnego zwieracza pęcherza, któryby sprawiał, by pęcherz mocz utrzymywał, wszelkie operacye plastyczne, dążące do wytworzenia pęcherza, mijają się z celem, gdyż w najlepszym razie osiąga się możność założenia dokładnego zbiornika na wyciekający mocz. A to samo można osiągnąć w sposób bardzo prosty i wcale nie niebezpieczny, t. j. wyciąć ściany rozszczepionego pęcherza w zupełności, a moczowody wszczepić w dno rozdzielonej cewki, sposób, który autor jeszcze w roku 1882 zalecił. Dowodzenia swe popiera S. przedstawieniem 3 w ten sposób operowanych chorych (jednego z r. 1882, drugiego przed 2 laty i trzeciego przed kilkoma dniami). U 2 pierwszych założony odpowiedni zbiornik bardzo dokładnie gromadzi mocz. Sposób Maydla uważa S. za niebezpieczny, gdyż na 14 przypadków, w ten sposób operowanych, zmarło 2 z powodu spraw ropnych w nerkach.

Herman.

Prof. Torggler. **Ocena przebiegu połogu z chyżości tętna.** *(Münch. med. Wochenschr.* 1899, Nr. 21). Autor zwraca uwagę, że przy najdrobniejszych nawet zboczeniach od prawidłowego połogu pierwsze reaguje zazwyczaj tętno. Ta myśl zniewoliła autora do dokładnego badania liczby tętna u całego szeregu położnic, o ile ono się wzmaga wraz z podwyższeniem ciepłoty. Badania te doprowadziły autora do wywodu, że jakkolwiek z samego obliczania tętna nie można na pewne wnioskować o nieprawidłowości połogu, ale że oznaczenie liczby tętna ma przynajmniej taką samą wartość rozpoznawczą, jak dokładne mierzenie ciepłoty. Dlatego dla dokładności obrazu należałoby mierzyć ciepłotę i obliczać tętno, zaznaczając ich wzajemny stosunek na odpowiednich krzywych.

St. D.

A. Funke. **Wskazania do operacyi włókniaków drogą pochwową.** *(Münch. med. Wochenschr.* 1899, Nr. 21). Na wstępie zwraca autor uwagę, że właściwie bezwzględnego przeciwwskazania do operacyi włókniaków niema. Na podstawie 242 przypadków w klinice strassburgskiej wypowiada zdanie, że drogą pochwową należy operować: 1) włókniaki podśluzowe rodzące się; 2) pojedyncze włókniaki podśluzowe dna, o ile ich wielkość nie przekracza wielkości pomarańczy; 3) pojedyncze włókniaki podsurowicze przedniej lub tylnej ściany macicy, rosnące ku szyi, a nie przekraczające swą wielkością główki noworódka; 4) włókniaki wielokrotne macicy (myomatosis uteri) i to wtedy, gdy macica daje się dobrze ściągnąć; 5) małe włókniaki podsurowicze dna, które łatwo dają się wyłuszczyć przez wyciągnięcie macicy drogą otworu w sklepieniu przedniem, względnie tylnem. Przeciwwskazaniem do operowania drogą pochwową jest znaczna niedokrewność i brak sił żywotnych, gdyż operując drogą brzuszną łatwiej można krwotok opanować.

Każdy włókniak podsurowiczy należy operować zdaniem autora tak, jak się operuje każdy torbiel jajnika. Przy krwawieniach można próbować abrazyi, sporyszu, a przy objawach uciskowych, zwłaszcza jeżeli chodzi u młodych kobiet o utrzymanie macicy, wyłuszczenia głównego włókniaka.

St. D.

Guérarel. **Przyczynek do przebiegu starszych ciąży zamacicznych.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 21). Autor zwraca uwagę, że mimo znacznej liczby ogłaszanych przypadków ciąży zamacicznej, mało jest notowanych przypadków między 4—7 m. ciąży. Dla tego ogłasza swe 4 przypadki, z których każdy był operowany, a tylko jeden skończył się niepomyślnie.

Te przypadki pouczyły autora, że każdą późniejszą ciążę zamaciczną należy operować natychmiast. Wprawdzie są znane przypadki donoszenia ciąży, ale są one tak rzadkie, a niebezpieczeństwo dla matek tak groźne, że nie powinno się ich na nie narażać.

Jak samego zabiegu dokonać, to autor zgadza się, że należy dążyć do ideału i wyjąć cały worek płodowy, ale zwraca uwagę na częstą niemożebność przeprowadzenia operacyi w ten sposób. Często zmuszeni jesteśmy tylko płód wydobyć, a zresztą uciec się do tamponady. Tamponadę należy przeprowadzać drogę pochwy, co jest łatwo możliwem i zupełnie zdaniem autora pewnem, a chora unika ropienia drogą jamy brzusznej, bo z ropieniem drogą pochwy łatwiej się każda chora oswoi. W końcu tylko przy takiem postępowaniu można w zupełności i dokładnie zeszyć po operacyi powłoki brzuszne, co zabezpiecza przed przepuklinami. Przy tym sposobie postępowania worek płodowy da się o wiele więcej zmniejszyć, aniżeli przy wszywaniu w powłoki brzuszne, co przyspiesza znacznie cały przebieg gojenia się.

St. D.

Carrière. **O losie toksyn i antytoksyn, wprowadzonych do przewodu pokarmowego zwierząt.** *(Annal. de l'Inst. Pasteur* 1899, Nr. 5). Ażeby wyjaśnić, dlaczego jady tężca i wężów, wprowadzone do przewodu pokarmowego, są nieszkodliwe, nie wywołują odporności, ani też nie nadają własności leczniczych surowicy zwierząt, w ten sposób zatruwanych, oraz aby wyświetlić nieskuteczność odnośnych antytoksyn, wprowadzonych tą samą drogą, badał C. z osobna wpływ rozmaitych wydzielin przewodu pokarmowego na każdą z obu toksyn i odpowiednie antytoksyny. Okazało się, że zarówno na jad tężcowy, jak i wężowy, działa ptyalina osłabiająco, sok żołądkowy niszczy je zupełnie, podobnie jak i sok trzustkowy, oraz wydzieliny leukocytów. Sam przybłonek jelitowy, oraz bakterye jelitowe nie wywierają na te jady żadnego wpływu. Na antytoksyny zaś nie działają prawie wcale ptyalina, sok żołądkowy, żółć i leukocyty, natomiast silnie je osłabiają: sok trzustkowy i bakterye jelitowe, a zupełnie je niszczy działanie przybłonków jelitowych.

Ciechanowski.

Dr. Oberwarth: **Pozorne porażenie kiłowe u dzieci.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. XLIX, Cz. 4). Pozorne porażenia kiłowe kończyn u dzieci mogą być w stosunkowo krótkim czasie wyleczone przy zastósowaniu swoistych leków, bez pozostawienia śladu zaburzeń nerwowych.

Badanie pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów daje wyniki prawidłowe. Możemy tłómaczyć objawy kliniczne tej choroby specyficznemi zmianami w układzie kostnym, bez współudziału układu nerwowego.

Typowe porażenie wrzekome dzieci kiłowatych jest swoistem zapaleniem kości i chrząstek, mającem swoją siedzibę na granicy nasad kości długich, z szczególniejszem upodobaniem do usadowienia się w kości ramieniowej, a występuje pod rozmaitemi postaciami, począwszy od nieznacznego podrażnienia okostnej, aż do zupełnego rozluźnienia części przyrostowej kości. Choroba ta przebiega pod postacią mniej lub więcej bolesnego i zupełnego porażenia kończyny. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Zupnik (z kliniki prof. Přibrama w Pradze). **Podskórne wstrzykiwania zawiesiny mózgowej przy tężcu.** *(Prager med. Wochenschr.* 1899, Nr. 24 i 25). Zachęcony wynikami Krokiewicza i Schramma, wstrzykiwał Ż. zawiesinę mózgową w jednym przypadku tężca, który jednak po chwilowem polepszeniu zakończył się śmiercią. Ze względu na szybszą wessalność zalecałby Ż. sporządzać zawiesinę nie gęstszą, niż 1: 10, a to opierając się na wyniku doświadczeń na zwierzętach. Nie mogąc z niepomyślnego wyniku swego przypadku wysnuć żadnych wniosków, gdyż chora oprócz tężca, dotknięta była zapaleniem nerek i zginęła wśród objawów nerkowych, a przytem późno dostała się do leczenia, starał się Ż. wyświetlić sprawę leczących własności zawiesiny mózgowej przez doświadczenia na zwierzętach. (Własności ochronne uważa Ż. za niewątpliwe). Zarówno jednak próby na zwierzętach, zakażanych samymi prątkami tężca, jak i na zatruwanych czystymi jadami dały rezultat ujemny. Te wyniki znacznie osłabiają wiarę w przyszłość leczenia tężca zawiesiną mózgową i nasuwają Ż. myśl, że w dotychczasowych pomyślnych przypadkach klinicznych wyleczenia nastąpiłoby może i samoistnie. (Schütze *Zeitschr. für klin. Med.* T. 36 odmawia zawiesinie mózgowej na zasadzie swoich doświadczeń nawet i ochronnych własności. Przyp. spr.). *Z.*

Babiński J. **O oddziaływaniu elektrycznem mięśni prążkowanych po śmierci.** *(Comptes rendus de la soc. de Biologie* 1899). Oddziaływanie elektryczne mięśni po śmierci ustroju nie było prawie jeszcze badane. Podawano ogólnie, że u zwierząt ciepłokrwistych wnet po śmierci ustaje kurczliwość mięśni i że znika ona wcześniej dla prądu przerywanego, niż dla prądów galwanicznych. B. badał oddziaływanie elektryczne mięśni u 2 osobników w $1^1/_2$ godziny po śmierci. Mięśnie tułowia i kończyn zachowywały się rozmaicie, natomiast mięśnie twarzy w obu przypadkach przedstawiały zjawisko nadzwyczaj podobne do t. zw. odczynu zwyrodnienia, mianowicie odwrócenie wzoru pobudliwości galwanicznej, skurcz powodny, falisty i utratę oddziaływania na bezpośrednio zastósowany prąd przerywany. Zastanawiając się nad przyczyną tego zjawiska, przypomina B., że według Erba i większości neuropatologów t. zw. odczyn zwyrodnienia jest skutkiem jakichś zmian histochemicznych, rozwijających się w mięśniu, którego nerw uległ zwyrodnieniu. Jednakże zważywszy, że odczyn zwyrodnienia pojawia się w mięśniach twarzy już po 3 do 4 dniach, jak to dawniej B. wykazał, po przecięciu nerwu twarzowego, kiedy w mięśniach tych niema jeszcze ani śladu zmian morfologicznych, należy, zdaniem B., uważać odczyn zwyrodnienia za skutek tego, że mięsień pozbawiony jest wpływów nerwowych i że bodźce elektryczne działają wówczas na same tylko włókna mięsne. To znaczy, że t. zw. odczyn zwyrodnienia byłby swoistem oddziaływaniem mięśnia, bez pośrednictwa nerwów. Jeżeli to zapatrywanie jest słuszne, to pojawienie się odczynu zwyrodnienia po śmierci ustroju w mięśniach prążkowanych należałoby tłómaczyć w ten sposób, że tkanki po śmierci obumierają tem szybciej, im wyżej są uorganizowane, czyli że włókna mięsne zachowują swą pobudliwość elektryczną jeszcze wówczas, gdy już włókna nerwowe śródmięśniowe ją utraciły. *C.*

Subbotic V. (z Belgradu): **Bąblowiec** *(echinococcus). (Wien. klin. Wochenschrift,* 1899, Nr. 24). Bąblowiec u ludzi w Serbii jest stosunkowo bardzo rzadki. Wydarza się w postaci torbielowej, nigdy w postaci wielokomorowej, co popiera spostrzeżenia zkądinąd, że w jednem i tem samem miejscu (okolicy, kraju) nie pojawiają się obie postacie bąblowca.

Z przytoczonych przez autora przypadków dwa są rzadsze. W jednym bąblowiec wyszedł z trzustki lub krezki okrężnicowej *(mesocolon)*, co było niepodobieństwem bliżej rozstrzygnąć. Klinicznie przedstawiał się ten przypadek jako typowy torbiel trzustki.

Drugi przypadek był to bąblowiec wielokrotny *(echin. multiplex)*, o tyle z dziwnem umiejscowieniem, że pasorzyt usadowił się w świetle jelitowem (wyrostka robaczkowego), o czem autor nie znalazł żadnej wzmianki w literaturze. Prawdopodobnie bąblowiec dostał się z otrzewnej (gdzie były bardzo liczne torbiele), do wyrostka robaczkowego, unieruchomionego poprzednimi zrostami, a w dalszym ciągu spowodował zarośnięcie światła wyrostka robaczkowego ku kiszce ślepej. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Von H. J. Boldt (Nowy York). **Niezwykłe uszkodzenie przy usiłowanem skrobaniu macicy.** *(Monat. für Geburts. und Gynäk.* Nr. IX). Autor chcąc uwidocznić niebezpieczeństwa, jakie łyżeczkowanie macicy sprowadzić może, przytacza jeden przypadek z własnej praktyki, drugi ogłoszony przez Manna. W przypadku autora lekarz, wydobywając kleszczykami resztki łożyska, ściągnął jakieś białe okrągławe ciało. Aby to ciało łatwiej wydobyć, zaczął ciągnąć haczykowato zagiętym palcem, podczas czego kawałek ten się przerwał, a lekarz, mając to wrażenie, że przerwał jelito, zaprzestał dalszych manipulacyj. Wezwany dnia następnego znalazł autor przebicie macicy, a nie znalazłszy ze strony jelit najmniejszych zaburzeń, sądził, że lekarz, co do przedarcia jelita, był w błędzie. Drugiego dnia stan chorej był zupełnie dobry; dopiero popołudniu dnia trzeciego wystąpiło nagle wzdęcie brzucha, bardzo znaczna bolesność i zapad.

Wykonana natychmiast laparotomia wykazała całą jamę brzuszną wypełnioną kałem, zmięszanym z krwią: jelito biodrowe (ileum) oddarte na przestrzeni 14 ctm. od krezki i w tej części uległe zgorzeli. Nadto jajo w macicy było w całości utrzymane.

Przypadek ten zakończył się zejściem śmiertelnem. W przypadku Manna lekarz, rozszerzywszy dylatatorem Grodella szyjkę, wydobył jajo płodowe palcem, pozostałe zaś resztki wyłyżeczkował. Kontrolując następnie palcem wnętrze macicy, zdawało mu się, że jest jeszcze kawałek doczesnej, ściągnął więc takową palcem aż do pochwy, na zewnątrz jednak wydobyć nie mógł, założył więc wziernik i ku wielkiemu zdumieniu przekonał się, że jest to przedarte jelito. Chorą tę przewieziono do szpitala, gdzie Dr. Mann wyciął 14 ctm. jelita biodrowego (ileum), oderwanego od krezki; w jamie otrzewnowej znajdowała się tylko nieznaczna ilość krwi zmięszanej z kałem. Wypadek ten zakończył się wyzdrowieniem. Autor jest tego zdania, że już przy pierwszem wsunięciu kleszczy przebija się macicę, przy otwarciu kleszczyków chwyta się sieć, albo przydatek sieciowy i przez otwór wciąga do macicy; przy każdem następnem wsunięciu przechodzą kleszcze przez zrobiony już otwór w macicy i ściągają coraz to większą część jelita. Że objawy zapalenia otrzewnej nie występują zaraz po przebiciu macicy, tłómaczy z jednej strony próżnym stanem jelit, z drugiej zaś tem, że potrzeba pewnego czasu do wypełnienia wypociną zatoki Duglasa.

Do pracy tej dodaje swoje uwagi Saenger, w których ostro występuje przeciw używaniu kleszczy przy poronieniu, a zwłaszcza używaniu ich bez kontroli palca. Radzi także zaniechać wszelkiego rodzaju rozwieradeł, gdyż w zna-

cznej bardzo liczbie przypadków wszystko można wydostać palcem, a ten macicy nie przebije.

W końcu przestrzegając przed zbyt częstem i niepotrzebnem łyżeczkowaniem, kończy słowami: *„Quousque tandem: Wann wird endlich diese pessima praxis aufhören?“.*

T. P.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Funk *(Mon. f. pr. Derm.*, T. 28, 11) omawia szczegółowo choroby skórne towarzyszące błednicy, zwracając uwagę szczególnie na wypryski głowy i twarzy, jako tak zw. *seborrhoea*, w postaci rozlanej, złuszczającej się, lub w postaci plam. Również często zjawia się u błedniczych trądzik, zwykle nader uporczywy, pogorszający się przy czyszczeniach miesięcznych. Leczenie ogranicza się prawie jedynie do podania arszeniku, który szybko zmiany te usuwa, obok odpowiedniej dyety, jak jadanie obficie jarzyn i owoców, oraz spożywanie małych ilości płynów. *F. K.*

Hodara używa przy chorobach skórnych z objawami sączenia następującej pasty: *Rp. Lanolin. Vaselin. aa 20,0 Glycerin. 10,0 Saccharin. 20,0 Sulfur. 10,0 Zinc. oxyd. 20,0 M. f. pasta*, która działa silnie obsuszająco i pokrywa szybko miejsca sączące przyskórkiem. *(Mon. f. pr. Derm.* 1899. 9). *F. K.*

Przy cuchnących nieżytach nosa stosuje Hamm *(Münch. m. Woch.* 1899. 15) kwas cytrynowy w ten sposób, że, po dokładnem wypłókaniu nosa i usunięciu ropy i strupów, wdmuchuje trzy razy na dzień kwas cytrynowy z cukrem mlekowym w równych częściach, co ma usuwać nader szybko cuchnienie, jako też działać gojąco na błonę śluzową. *F. K.*

Neuberger przemawia gorąco za podawaniem przy wypryskach różnego rodzaju u dzieci arszeniku w ten sposób, że dzieciom poniżej 2 lat podaje 1—5 kropli mięszaniny: *Sol. Fowler. 1·5* na 3·5 wody, u dzieci zaś 2—5-letnich zaczyna od $^1/_2$ kropli, a dochodzi po paru tygodniach do $1^1/_2$ kropli. Leczenie musi trwać kilka tygodni, a stósowanie środków zewnętrznych ma być wedle niego bezskuteczne. *(Arch. f. Derm. u. Syph.*, XLXVII, 2). *F. K.*

Mertens wprowadza zamiast dziegciu do leczenia chorób swędzących *(prurigo, herpes circinatus)* wyciąg z sosny *(Extr. turionum pini silvest. aqu.)*, który zasychając na skórze i tworząc błonkę sprężystą, znosi łatwo swędzenie i przekrwienie skóry. Przetwór ten zaschnięty nie krępuje ruchów skóry i daje się łatwo zmyć, a dla szybszego działania dodać można do tego przetworu wedle potrzeby takie środki, jak ichtyol, siarkę, naftol, chrysarobinę i t. p. *F. K.*

W *Weekly Dentist* ukazała się rozprawa, udowadniająca, że zęby palaczy tytoniu utrzymują się dłużej, niż nie palących; dalej, że dym czyni drobnoustroje jamy ustnej nieszkodliwymi, a upośledza rozwój takich bakteryj, jak wąglika, cholery lub zapalenia płuc. *F. K.*

Bonain znieczula błonę bębenkową ucha przed przekłóciem w ten sposób, że zakłada do ucha tamponik z waty, zamaczanej w mięszaninie: *Rp. Ac. carbol. liquefac., Menthol., Cocain. mur. aa;* po 2 minutach następuje znieczulenie. *(Med. News.* 1899). *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1899.

Przewodniczący: kol. Festenburg. Członków obecnych 13, gości 2.

1. Kol. Kośmiński omawia i przedstawia przypadek przetoki pęcherzowo- i cewkowo- pochwowej u chorej, która po nabyciu przetoki trzy razy zaszła w ciążę. Przypadek ten dowodzi, że przetoki pęcherzowe nie wpływają bezpośrednio na życie płciowe kobiet, jeżeli macica i części dodatkowe nie uległy znaczniejszym zmianom. K. przytacza z literatury przypadki zebrane przez Kronera i jako unikat przypadek Torgglera, w którym chora z przetoką pęcherzowo-pochwową dziewięć razy zaszła w ciążę.

W dyskusyi przytaczają po jednym spostrzeganym przypadku ciąży względnie porodu u chorych na przetokę pęcherzowo-pochwową koledzy: Festenburg, Mars i Sołowij.

2. Kol. Mars okazuje mięśniakowłókniaki trzonu macicy wielkości pięści, wydobyte zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę z pozostawieniem obydwóch jajników w jamie brzusznej. Po 14 dniach po operacyi znalazł M. podczas oględzin pola operacyjnego w pochwie dwa guzki, które przy dokładniejszem zbadaniu okazały się wypadniętymi jajnikami. Po ich wycięciu nastąpiło szybkie zgojenie.

3. Kol. Mars mówił: »O próbnem otwarciu jamy brzusznej«. Przytaczając zdania rozmaitych autorów, zwraca M. uwagę, że niewielu tylko nadaje próbnemu otwarciu jamy brzucha właściwe miejsce i znaczenie w szeregu operacyj chirurgicznych. Zgodnie z poglądami Veita uważa M. próbne otwarcie jamy brzusznej jako zabieg usprawiedliwiony w tych przypadkach, w których zachodzi konieczna potrzeba zabiegu operacyjnego w jamie brzusznej, gdzie jednak mimo postawionego rozpoznania nie mamy przeświadczenia o możliwości dokonania zamierzonego zabiegu, o czem dopiero po otwarciu jamy brzusznej przekonać się możemy. Cięcie próbne brzucha powinno być jako takie zapowiedziane chorej lub jej otoczeniu przed rozpoczęciem zabiegu. M. przytacza zajmujący przypadek, gdzie wykonał próbne otwarcie jamy brzusznej, z powodu jednak niespodziewanego gwałtownego krwotoku, pochodzącego z głębi jamy brzusznej, był zmuszonym przystąpić do usunięcia złośliwego guza jajnika, by módz dotrzeć do źródła krwotoku, znajdującego się pod guzem. Po wydaleniu guza udało się opanować krwotok za pomocą tamponady. Przebieg po operacyi był szczęśliwy.

W dyskusyi biorą udział koledzy: Barącz, Sołowij, Rosner i Festenburg. Z wyjątkiem kolegi Rosnera podnoszą wszyscy potrzebę i użyteczność próbnego otwarcia jamy brzusznej, jednakowoż w granicach ścisłego wskazania.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

VI. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

4. posiedzenie dnia 12-go kwietnia popołudniu.

(Ciąg dalszy).

1) Rothschild (z Soden i Padwy): *O znaczeniu fizyologicznem i patologicznem kąta mostkowego i o sposobie oznaczania wielkości tego kąta zapomocą sternogoniometru.*

Powierzchnie trzonu i rękojeści mostka w dobrze zbudowanej klatce piersiowej nie leżą w jednej płaszczyźnie, mianowicie rękojeść mostka jest podana ku tyłowi. Powstaje przez to nachylenie płaszczyzn do siebie na mostku — kąt, który się nazywa kątem mostkowym *(angulus sternalis)*.

Przy oddechaniu zmienia się wzajemny stosunek trzonu do rękojeści w ten sposób, że w czasie wdechu powiększa się stopień nachylenia kąta mostkowego, a w czasie wydechu zmniejsza się — w obu razach wykonuje się to wskutek obrotu rękojeści około osi, przebiegającej poprzecznie przez oba końce przednie chrząstek pierwszych żeber. Zmiana położenia rękojeści wśród oddechania zależy od obrotu żebra pierwszego, ściśle zrośniętego z rękojeścią, naokoło osi jego podłużnej. Zmiana ta wielkości kąta mostkowego posiada wielkie znaczenie dla klatki piersiowej, albowiem wskutek powiększenia nachylenia trzonu do rękojeści przedłuża się średnica przodkowo-tylna klatki piersiowej, a przez to powiększa się znacznie przestrzeń należąca do szczytów płucnych. Stopień nachylenia kąta mostkowego wynosi u mężczyzn przy spokojnem oddechaniu przeciętnie 15,85°, u kobiet 12,85°. Różnicę pomiędzy kątem mostkowym w czasie najgłębszego wdechu, a najsilniejszego wydechu nazywamy zakresem kąta mostkowego. Z wielkości tego

zakresu można wnosić o czynności oddechowej górnych części płuc. Do mierzenia kąta mostkowego i zakresu tego kąta służy „sternogoniometer“. Kąt mostkowy, różniący się wybitnie od podanych liczb, należy uważać za patologiczny.

Zmianę taką patologiczną morfologii kąta mostkowego mogą spowodować zmiany pierwotne mięśni lub kości klatki piersiowej, a także choroby płuc.

I tak np. krzywica sprowadza kształt podobny do wdechowego ustawienia klatki piersiowej, a więc powiększenie nachylenia kąta mostkowego. Rozedma płuc z klatką piersiową beczkowatą przedstawia najwyższy stopień powiększenia nachylenia mostkowego. W suchotach płucnych kąt mostkowy bywa rozmaity. Jeżeli jest pierwotne lub następowe osłabienie mięśni podnoszących żebra, w takim razie kąt mostkowy okazuje silne spłaszczenie. Zakres kąta mostkowego jest prawie zniesiony, upośledzenie poruszalności widać podczas wydechu.

Jeżeli przyczyną główną klatki suchotniczej są nieprawidłowości w budowie kośćca, wówczas zdarza się często, że połączenie rękojeści z trzonem mostka jest skostniałe. Kąt mostkowy wtedy przypłaszcza się, a zakresu kąta niema zupełnie. Kątem Ludwika *(angulus Ludovici)*, nazywają się właściwie narośle kostne, które tak często występują u suchotników, a wychodzą z chrząstki skostniałej pomiędzy rękojeścią, a trzonem mostka.

2) Basch (z Wiednia) pokazuje „pneumometer“ własnego pomysłu, służący do mierzenia objętości i sprężystości płuc. Przyrząd ten oddaje dobre usługi w przypadkach patologicznych.

3) Dettermann (z St. Blasien) okazuje na röntgenogramach ruchomość serca *in toto* przy zmianie położenia ciała.

Zdjęcia radyograficzne pochodzą z chorego, który przedstawiał nadzwyczajną ruchomość serca, czyli tak zw. serce ruchome *(cor mobile)*, albo serce wędrujące *(Wanderherz Rumpf)*, czyli *cardioptosis*.

4) Boghean (z Wiednia) przedstawia przyrząd do oddechania, poruszany zapomocą elektromotoru, który ma pogłębiać oddech w rozedmie płuc i czynić go więcej prawidłowym.

5) Kurimoto (z Nagasaki) przedstawia preparaty mikroskopowe nowego gatunku bruzdogłowca *(bothryocephalus:) Krabbea grandis*.

6) Mandowski (z Gradcu) pokazuje nowy przyrząd do podnoszenia chorego.

7) Riegel (z Giessen). *Wpływ leków na wydzielanie soku żołądkowego.* Działanie leków na wydzielanie soku żołądkowego dotąd nie jest z całą pewnością zbadane. Doświadczenia czynione na ludziach nie mogą dać podstawy do pewnych wyników. Pewniejsze wnioski można wyprowadzić z doświadczeń na zwierzętach, u których jednak dostawano sok żołądkowy z żołądka sztucznie urządzodzonego, zapomocą operacyi wymyślonej przez Pawłowa, ale nie ze zwyczajnej przetoki żołądkowej. Podług Pawłowa należy utworzyć dwa żołądki, jeden właściwy trawiący, a drugi dodatkowy (tak zw. żołądek wtórorzędny), z którego można otrzymywać sok żołądkowy i ocenić dokładnie czynność wydzielniczą żołądka trawiącego.

W najnowszych czasach stwierdzono, że nerw błędny jest nerwem wydzielniczym żołądka. Na tej zasadzie badał Riegel na zwierzętach operowanych metodą Pawłowa wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem atropiny, która poraża nerw błędny. Wyniki były bardzo wybitne. I tak np., kiedy podczas żywienia zwierzęcia mlekiem, po podaniu jednego litra mleka w ciągu 2 godzin wydzieliło się z żołądka dodatkowego (urządzonego sztucznie metodą Pawłowa na drodze operacyjnej) około 16 ctm.³ soku, to po podaniu atropiny w równych warunkach wydał żołądek zaledwo $^1/_8$—$^1/_{11}$ część poprzedniej ilości soku. Zarazem czas utajenia przedłużał się, a kwasota zmniejszała się do połowy, a nawet do $^1/_3$ części kwasoty prawidłowej.

Wprost przeciwne wyniki sprawiała pilokarpina. Pod wpływem jej ilość soku rosła znacznie, wydzielało się dwa razy, nawet cztery razy tyle soku żołądkowego, co w stanie zwykłym. U człowieka doświadczenia te łączą się z trudnościami, ponieważ nie można otrzymać czystego soku żołądkowego. A i tak można było przecież stwierdzić u człowieka, że atropina wstrzymuje wydzielanie soku żołądkowego i to w znacznym stopniu, a pilokarpina pobudza wydzielanie. Nawet wstrzyknięciem pilokarpiny można wywołać u człowieka i u psa obfite wydzielanie soku.

Riegel próbował też działania atropiny na chorych. Przypadków miał przeszło 80, a z wyników jest zadowolony tak, że może polecić atropinę jako dzielny i skuteczny lek.

Escherich (z Gradcu) zaznacza w dyskusyi, że oddawna podawał atropinę u dzieci w biegunkach, jako środek wstrzymujący wydzielanie z dobrym skutkiem. Jeżeli się ostrożnie postępuje i uważa na dawkę, nie trzeba się bać niemiłych następstw.

9) Mering i Aldehoff (z Halli). *Wpływ układu nerwowego na czynności żołądka.* Do nerwów żołądkowych należą nerwy błędne, nn. trzewne (*nn. splanchnici*) i splot trzewny (*plexus coeliacus*). Do czynności żołądka należy: 1) przepychanie treści, 2) wydzielanie i 3) wsysanie. Na wypróżnianie żołądka ma wielki wpływ, jak to już dawniej wykazał jeden z mowców (Mering), ta okoliczność, czy jelita cienkie są próżne, czy wypełnione. Jeżeli się wytnie nerwy błędne poniżej przepony, żołądek opróżnia się zapomocą skurczów prawidłowych, jak to można widzieć dobrze po założeniu wysokiej przetoki w dwunastnicy. Musi jednakowoż dwunastnica być pusta równocześnie, aby żołądek mógł się opróżniać. Widać więc z tego doświadczenia, że nerw błędny nie wywiera wpływu na ruchowość żołądka. Tak samo nie wpływa też na nią splot trzewny. Po wycięciu tego splotu pojawia się niekiedy cukromocz przemijający, a przez czas dłuższy stolce stają się bardzo wodniste. Żołądek atoli opróżnia się prawidłowo, jeżeli nie wstrzymuje tej czynności wypełnienie jelit (np. sztuczne z zewnątrz poprzez przetokę w dwunastnicy). Tak samo nie da się stwierdzić, aby nerw błędny miał jaki wpływ na wydzielanie kwasu solnego. Treść żołądkowa otrzymana z żołądka już po kilku dniach po operacyi odzyskuje dawną kwasotę, która tylko przemijająco obniża się zaraz po operacyi.

Również wycięcie splotu trzewnego nie obniża kwasoty, nawet podwyższa ją cokolwiek.

Wycięcie nerwów trzewnych nie wpływa też ani na ruchowość, ani na siłę wydzielniczą żołądka. Nerw błędny i splot trzewny, jak się pokazało z dalszych doświadczeń mowców, nie mają również żadnego wpływu na wsysanie, które się odbywa tylko podług praw fizycznych.

Na podstawie tych ujemnych wyników należy przypuścić, że komórki zwojowe, położone w ścianach żołądka, muszą posiadać własne ośrodki samoruchowe, rządzące ruchami i wydzielaniem żołądka. Ośrodki te ma się rozumieć pozostają pod wpływem głównego układu ośrodkowego, jak o tem poucza fizyologia i doświadczenie kliniczne.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe dnia 24-go maja.

W dyskusyi pierwszy zabrał głos Martin. Włókniak u kobiety jako taki nie stanowi wskazania do operacyi. Operować tylko wtenczas należy, gdy włókniak sprawia dolegliwości takie, że kobieta albo nie jest w stanie wypełniać swych obowiązków, albo też, że dalsze istnienie jego zagraża jej życiu, n. p. z powodu silnych krwotoków. Operować należy nietylko w tym celu, żeby kobietę od włókniaka uwolnić, ale również ażeby ją uczynić zdolną do pracy. Przy operacyi trzeba uwzględnić histologiczną budowę włókniaka, jak to wskazał L. Landau.

Leczenie włókniaków zapomocą elektryczności okazało się nie racyonalnem. Trzebienie kobiety, jak to stwierdził Winternitz, ma wpływ na włókniaki, chociaż Hegar nie wierzy w ten wpływ.

Stałej reguły, jaką drogą należy operować włókniaki, nie da się oznaczyć: każdy przypadek należy indywidualizować, lecz o ile to możebne, należy wyłuszczać. Operowanie przez pochwę stale zyskuje zwolenników; wskazówki, kiedy operować przez pochwę, a kiedy drogą laparotomii dadzą się w ten sposób oznaczyć: Jeżeli włókniaki są małe, jeżeli niema zrostów, jeżeli są większe, lecz szypułkowate, operować przez pochwę. Gdy zaś nie da się włókniaka wyłuszczyć przez pochwę, lub wyjąć go kawałkami, to w tym przypadku należy wyciąć zupełnie macicę. Jednak, o ile to możebne, trzeba wyłuszczać lub kawałkować, a nie wycinać macicy, bo chociaż nie często, ale jednak trafiają się przypadki, że kobiety te potem zachodzą w ciążę.

Amputować czy wycinać macicę? Całkowite wycięcie macicy jest idealną operacyą. Za pozostawianiem kikuta nie jest przy amputacyi, ponieważ na nich usadawiają się sprawy chorobowe, a bywają i krwotoki. Również nie radzi M. pozostawiać jajników, ponieważ zwykle spostrzega szkodliwe tego następstwa.

Küstner stanowczo stoi po stronie tych, którzy operują przez pochwę, osobliwie przy raku macicy. Największe niebezpieczeństwa przy operacyi włókniaków, jak to zaznaczył Amann, zagrażają chorej z powodu osłabienia serca, wstrząsu (shock) i posocznicy. Mowca przytacza jeden przypadek z własnej praktyki, zakończony śmiercią, w którym badał on zwłoki bakteryologicznie w 15 minut po śmierci operowanej i znalazł, że umarła ona na posocznicę, pomimo, że operacya odbyła się pod każdym względem aseptycznie. Już sama manipulacya w otrzewnej sprowadza w niej zapalenie, pomimo tego, że makroskopowo tego nie da się stwierdzić. Ciężkie zakażenie bez wszelkich jego oznak, jak ropienie, gorączka itd. może sprowadzić nagłą śmierć, zwłaszcza po operacyi drogą laparotomijną. Operować całkiem aseptycznie jest niemożebne, ponieważ rąk naszych nie jesteśmy w stanie uwolnić od zarodników pasorzytniczych, a zresztą drobnoustroje dostają się do trzew z powłok brzusznych i z powietrza.

K. robił doświadczenia z rękami po przygotowaniu ich do operacyj i w 36% przypadków znalazł je wolnemi od drobnoustrojów. Potem badał rękawiczki i okazało się przy użyciu podwójnych rękawic gumowych, że pierwsze rękawice na rękach były zanieczyszczone, drugie zaś z wierzchu wolne od drobnoustrojów; to wskazuje, że powietrze nie jest czynnikiem zanieczyszczającym. Radzi więc dla aseptyki używać gumowych rękawic i o ile możności jak najmniej manipulować i dotykać otrzewnej. Gdy będziemy w stanie do tego stopnia oczyścić nasze ręce z drobnoustrojów, że one zupełnie będą aseptyczne, wtenczas możemy operować przez laparotomię.

Czempin zaleca przy leczeniu objawów, towarzyszących włókniakom, styptycynę. Wyłyżeczkowanie macicy, które dało mu dobre wyniki, należy stosować przy włókniakach, jeśli wsteczny zwrot życia płciowego jest blizki. W roku 1892 wyłyżeczkował on macicę u kobiety, która miała włókniak wielkości orzecha włoskiego; po roku włókniak ten sam wyszedł z macicy bez operacyi. Włókniaki podśluzowe zaleca wyłuszczać przez pochwę. Co się tyczy amputacyi macicy, to radzi metodę Feitcha, to jest tak zw. *extraperitoneale Stiel-Behandlung*, bo operując w ten sposób miał bardzo dobre wyniki. Na 23 przypadków operacyj stracił tylko jedną chorą. Operacya przez pochwę nie jest tak niewinną, jakby to sobie można wyobrażać. Mowca n. p. operował włókniak wielkości pięści przez rozkawałkowanie; jeden kawałek podczas operacyi oderwał się: musiała być wykonaną laparotomia, lecz chora umarła na posocznicę. Zresztą lepiej wykonać całkowite wycięcie macicy, niż wyjmować włókniaki kawałkami, ponieważ ta ostatnia operacya zwykle bardzo długo trwa.

Przy całkowitem wycięciu macicy doradza Czempin następującą technikę: Przedewszystkiem podwiązać naczynia nasienne, potem odciąć więzadła okrągłe, odpreparować pęcherz i otworzyć pochwę, następnie odpreparować macicę w górze potem to samo zrobić w dolnej części i dopiero wtenczas brać się do więzadeł szerokich i tętnic macicznych; operując w ten sposób, miał Cz. dobre wyniki i nie zauważył, żeby chore po tej operacyi ulegały wstrząsowi więcej, lub żeby po tej laparotomii przechodziły cięższą rekonwalescencyę, niż po operacyi przez pochwę.

Skutch radzi operować włókniaki odpowiednio do tego, jaka zachodzi potrzeba. Metodę operacyjną przez pochwę uważa za więcej prostą. Przy wyborze metody należy wybrać tę, o której się sądzi, że będzie łatwiejszą do wykonania. Gdy podczas wyłuszczania jednego lub więcej włókniaków musiałby powstać zbyt wielki otwór w macicy, to lepiej ją amputować. Metodą Zweifla łżej jest operować, aniżeli Schrödera. Lepiej podwiązywać naczynia krwionośne ryczałtowo, aniżeli metodą poosobną.

Im mniejszy kikut zostawimy, tem lepiej i bezpieczniej.

Gotschalk sądzi, że włókniaki należy operować, chociażby one nie sprawiały wielkich dolegliwości, bo gdy się je pozostawi, to raniej-później sprowadzą one śmierć, w ten lub inny sposób, gdyż nieulega wątpliwości, że włókniaki mają ścisły związek z różnemi chorobami. Przy leczeniu objawowem zaleca kąpiele jodowe, wstrzykiwanie 2% rozczynu jodu do środka macicy i elektryzowanie, anoda w macicy, a katoda na obwodzie. Z 20-tu przypadków, leczonych w ten sposób, 16 razy osiągnięto dobre wyniki. Lecz każdego przypadku w ten sposób leczyć nie można: musi się wybrać tylko odpowiednie. Przy operacyi przez pochwę zaleca G. podwiązywać tętnicę maciczną w ten sposób, że oddziela się pęcherz i podwiązuje się tętnicę, a potem wykonuje się wyłuszczenie.

Przy laparotomii zaleca podwiązywać nietylko tętnicę, ale i żyły metodą poosobną.

Fehling nie zaleca wyłyżeczkowywania macicy przy włókniakach, gdyż te nowotwory przez to tylko prędzej rosną. Natomiast miał on dobre wyniki po użyciu ergotyny, lecz należy wykonać setki wstrzykiwań. Przypadki trzeba indywidualizować i jeżeli pacyentka ma np. 28 lat, to operować, gdy zaś ma 50 lat, to leczyć objawowo. Operować zawsze, gdy włókniaki są wielkie.

Przed operacyą należy zrobić dokładnie rozpoznanie, czy włókniak jest podotrzewnowy, czy też międzymiąższowy lub podśluzowy, a w końcu czy nie jest śródwięzadłowy. W tym celu trzeba użyć blaszkownicy (laminaria), rozszerzyć szyjkę maciczną i wymacać dokładnie, gdy zgłębnikiem nie da się rozpoznać. Włókniaków śródwięzadłowych pod żadnym warunkiem nie operować przez pochwę. Gdy włókniak usadowiony w macicy, można operować przez pochwę.

Wytrzebienia można też próbować, a w pojedyńczych przypadkach podwiązywać tętnicę maciczną. Przy wycięciu macicy należy zostawiać jajniki i małą część macicy. Śmiertelność przy operacyi włókniaków wynosi od $4\frac{1}{2}$ do $5\frac{1}{2}$%.

Schauta jest zdania, że należy leczyć włókniaki metodą zachowawczą, z wyjątkiem lżejszych przypadków, które bez ciężkiej operacyi można usunąć. Samo otwarcie otrzewnej jest zawsze operacyą zagrażającą życiu pacyentki. Gdy się podejmie operacyę, należy usunąć wszystko, co się znajdzie patologicznego, żeby chorą gruntownie wyleczyć.

Pomniejsze włókniaki wydostaje Sch. przez pochwę; gdy niema ich wiele, a pojedyncze włókniaki sięgają nawet do pępka, wyjmuje przez pochwę zapomocą rozkawałkowania. Jeżeli włókniaki są śródwięzadłowe, należy je operować przez laparotomię. Na 146 operacyj przez pochwę miał mowca 5% śmiertelności, ale bez żadnego odciągania, biorąc przypadki śmierci jako takie, bez względu na ich przyczynę.

Jajniki radzi zostawiać, jeżeli nie oba, to przynajmniej jeden; z 14% operacyj z pozostawieniem jajników miał on tylko 7 przypadków, w których operowane skarżyły się na różne dolegliwości następowe; dolegliwości te wystąpiły w przeciągu czasu od 3 miesięcy do 3 lat po operacyi.

Przy wyborze operacyi należy zważać, która będzie trwała króciej i tę wybrać, bo doświadczenie uczy, że czem króciej trwa zabieg, tem lepsze mamy wyniki.

Należy wybrać operacyę przez pochwę, jeśli warunki dla obu metod operacyjnych są równe.

Chrobak i Zweifel są przeciwni leczeniu miejscowemu; Sch. jednak używa ergotynę, jod, słone kąpiele itd.; środków tych w pojedynczych przypadkach należy próbować. Półtorachlorku żelaza używa tylko w ostateczności. Radzi jak najmniej działać wewnątrzmacicznie. Elektryczność działa przyżegająco i powoduje martwicę włókniaków.

Na 97 przypadków operowanych przez pochwę miał Sch. tylko 4 śmiertelne, ale nie z przyczyny posocznicy (w 3 przypadkach był krwotok, a w jednym pękł otok ropny trąbki macicznej).

Chrobak sądzi, że gdy włókniaki są wielkie, to należy usunąć je kawałkami, albo wyciąć macicę. Jest zwolennikiem metody operowania przez pochwę; odsetek śmiertelności operowanych przez niego tą metodą wynosi $3\frac{7}{10}$. Z przypadków przez niego operowanych 73% były z poza kliniki i były bardzo ciężkie. W klinice jego stosunki nie są świetne. Drogą laparotomijną operuje tylko bardzo ciężkie przypadki. Operacya przez pochwę jest dobrą i z tej przyczyny, że wiele jest kobiet, które boją się laparotomii; ale gdy im się powie, że brzucha się nie będzie otwierać, godzą się z łatwością na operacyę. Jednakże nigdy nie powinno się absolutnie zapewniać pacyentki, że operować się nie będzie przez laparotomię, bo może zajść wypadek, że operacya musi być skończoną drogą laparotomijną. Względna wielkość włókniaka nie stanowi przyczyny, żeby operować koniecznie przez laparotomię: ale zdarzają się inne przyczyny, nieraz naprzód przewidzieć się nie dające, n. p. zajęte przydatki, zrosty, krótkie więzadła lub skrócone przez zrosty i t. d.

Mowca skłania się do metody operowania przez pochwę. Na tem miejscu też zastrzega się, jakoby był przeciwny całkowitemu wycięciu macicy; już samo to, że jego sposób operacyi polega na pozostawieniu krótkiego kikuta, co w rzeczywistości nic innego nie jest, jak całkowite wycięcie macicy, świadczy, że nie jest on przeciwny całkowitemu wycięciu macicy.

Do dobrego wyniku operacyi bardzo przyczynia się dokładne zatamowanie krwi w polu operacyjnem: pod tym względem Chrobak nazywa siebie pedantem. Włókniaki mają wiele nieprawidłowych tętnic i żył i dlatego nie można ich operować według atlasu anatomicznego. Co się tyczy kikuta przy amputacyi macicy, mowca jest za tem, żeby go zostawić otwartym i leczyć zaotrzewnowo: tętnicę maciczną podwiązywać należy o 1 centymetr poza ścianą pochwy, gdyż im wyżej podwiązujemy, tem więcej kikut krwawi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.



JÓZEF MAJER

Doktor medycyny, b. lekarz sztabowy wojsk polskich, b. profesor, dziekan i rektor Uniw. Jagiellońskiego, członek i b. wieloletni prezes Akademii Umiejętności, członek Izby panów, b. radny miasta Krakowa, b. poseł na Sejm krajowy, członek czynny i honorowy wielu towarzystw naukowych w kraju i zagranicą i t. d. i t. d., mąż wysoce zasłużony w nauce i w społeczeństwie,

zmarł w Krakowie dnia 3 b. m. w 92-gim roku życia.



Nieubłagana śmierć wybrała dziś najcenniejszą daninę z Krakowa, najszacowniejszy stary klejnot naszego grodu. Odbieglibyśmy jednak daleko od prawdy, gdybyśmy chcieli uważać zgon Józefa Majera za stratę dotkliwą tylko jednego miasta, a nie całego narodu polskiego. W zmarłym mężu uosobnił się cały wiek ubiegły; jak w zwierciadle odbiło się w Nim 100 lat ostatnich umysłowego życia w Polsce, całych 100 lat wysileń, nadziei i zawodów, przemyślanych Jego światłą głową, odczutych Jego duszą polską. Nad tą sędziwą głową przepłynął wiek XIX, spełniły się czasy, przeszły burze dziejowe, zluzowały się pokolenia, zmieniły się pojęcia i kierunki, przeobraził się byt i ustrój społeczny, a On, postać spiżowa, ostał się, trwał, walczył i znoił, aż przeżył, że się tak wyrazimy, samego siebie i ulegając rządzącym światem prawom, zeszedł przed kilku laty z areny społecznej. Gdy taka postać ubywa z narodu, kirem żałoby pokrywa się nie jedno miasto, lecz kraj cały.

Pochyleni smutkiem i żalem nad grobem Józefa Majera, nie piszemy w dniu pogrzebu Jego życiorysu: wieloletnie zasługi i bogaty dorobek naukowy Zmarłego oceni na innem miejscu pióro więcej do tego powołane. Dziś możemy tylko uczynić pamięciowy przegląd nieskończonego szeregu zasług Jego. Więc wdzięczni Mu będziemy po wsze wieki, że należąc do rodziny niezamożnej, życiem swem przekonał, że nie droga rozgoryczenia, lecz droga czci i pracy do gwiazd prowadzi; że gdy strzał belwederski odbił się echem o omszone mury Wawelu, On stanął do szeregu; że gdy Bóg nie dał zwycięstwa, powrócił do książki, do nauki polskiej; że zostawszy profesorem na Wszechnicy Jagiellońskiej, był znakomitym i uwielbianym nauczycielem; że miłując mowę ojczystą, bronił jej przed egoizmem germanizacyjnym, a słownictwo polskie lekarskie wzbogacił najlepszymi terminami; że przyłożył ręki do założenia *Przeglądu lekarskiego* i że pozostawił 78 prac naukowych, a z tych dwa wiekopomne dzieła z dziedziny fizyologii nerwów i zmysłów; że należał do polskich Zjazdów lekarskich i im przewodniczył; że gorliwie pełnił służbę społeczną, jako radny m. Krakowa, poseł na Sejm krajowy i członek Izby panów; że w Wydziale lekarskim i w Uniwersytecie przeszedł całą hierarchię obowiązków i zaszczytów; że należał do założenia Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego i był członkiem czynnym i honorowym wielu ciał naukowych w kraju i zagranicą; że kierując najwyższemi naszemi instytucyami: Towarzystwem naukowem i następnie Akademią Umiejętności, mądrością, skrzętnością i zapobiegliwością zapewnił tej ostatniej byt i kierunek; słowem, że nieznużona Jego ręka dotknęła wszystkich strun, wszystkich wyższego rzędu zagadnień narodowego życia. Broń zmieniał, z szańca przebiegał do szańca, jak żołnierz bohater spieszył z wyłomu do wyłomu, a zawsze pod tym samym czystym sztandarem czci, pracy i nauki, zawsze pod znakiem białego ptaka, aż wreszcie, pełen zasług, uwielbiany przez społeczeństwo, poważany w świecie naukowym, legł jak kłos dojrzały.

Dziś schodzi w wieczne cienie, lecz nam pozostawia świetlaną jasność niedoścignionego wzoru polskiego uczonego, obywatela nieposzlakowanego życia i niezmordowanego trudu. Wieczna pamięć zasłużonemu.

Kraków, dnia 5 lipca.

*** Biuro Administracyi „Przeglądu Lekarskiego" zostaje przeniesionem w dniu 10 b. m. do domu przy ulicy Podwale, l. 9, parter.**

(W.) *Die med. Weltliteratur*, pisemko w małej oktawce, pojawiło się dnia 15 czerwca b. r.: ma ono wychodzić dwa razy na miesiąc i podawać tytuły wszelkich publikacyj, w zakres medycyny wchodzących, według porządku rzeczowego.

W słowie wstępnem wydawca Dr. Conrad Dohanny pisze między innemi: »Es erscheinen med. Zeitschriften in deutscher, englischer, französischer, italienischer, holländiescher u. ungarischer Sprache, welche alle hier verwerthet werden«, poprzednio zapewniwszy, że uwzględnione być mają publikacye »der in sämtlichen Kultursprachen abgefassten Zeitschriften«. Szanowny wydawca zdaje się jakby nie słyszał nigdy o tem, że i słowiańskie języki należą do »Cultursprachen« i że w języku polskim, rosyjskim, czeskim pisze się dziś bardzo wiele, więcej może aniżeli w przytoczonych i uznanych przez autora słowa wstępnego językach duńskim, holenderskim, lub węgierskim; o tem pan Dohanny zdaje się nie ma pojęcia. A Hiszpania czy już nic nie produkuje pod tym względem?

Jak przy takim umysłowym stanie chce autor i wydawca liczyć na powodzenie, to dla nas zagadka.

Warszawa. Projekt wybudowania trzech nowych budynków w Tworkach na mieszkania dla lekarzy uzyskał sankcyę władzy. Dr. Jaworski, lekarz ambulatoryum dla chorób kobiecych w szpitalu wolskim, mianowany został lekarzem takiegoż ambulatoryum w szpitalu św. Rocha. Dr. Cezary Kossowski mianowany został zarządzającym ambulatoryum szpitala na Pradze; lekarzem zaś asystentem szpitala św. Łazarza został Gabryel Ajrapietianiec. Dr. A. Puławski wybrany został na zarządzającego kasą wsparcia wdów i sierót po lekarzach, istniejącą przy warsz. Towarz. lekarskiem.

* Docent dr. Raczyński donosi, że na życzenie kolegów urządza, jak poprzednio, na materyale oddziału błoniczego szpitala św. Ludwika, 10-dniowy kurs, obejmujący całokształt nauki o błonicy, z ćwiczeniami w intubacyi, tracheotomii itd. Kurs się rozpocznie dnia 20 lipca. Zgłoszenia uprasza się adresować: *Doc. Dr. J. Raczyński, Kraków, Podwale, 9.*

* Prof. Zaleski, po naukowem zbadaniu źródeł w Sławiańsku, został wysłany przez rząd dla poszukiwań i chemicznego rozbioru źródeł mineralnych, mogących się znajdować wzdłuż kolei syberyjskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Emil Ludwik Godlewski.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXIV (od 11 do 17 czerwca). Ludność średnia roczna 83·730. Zawarto w tym czasie małżeństw 16 (9·94); urodzin było 65 (40·37); skonów — 51 (31·67). Stosunek dzieci ślubnych do [dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 35:13, u starozakonnych 9:7.

Śmiertelność z chorób zakaźnych: po 1 skonie z płonicy, dławca, odry i krztuśca; 4 przypadki śmiertelne z cholery swojskiej (*ch. nostras*), 11 z gruźlicy.

* W Petersburgu powstało stowarzyszenie w celu założenia lecznicy i kolonii dla pijaków nałogowych. Przewodniczącym wybrano prof. L. Mierzejewskiego.

* Profesorowie Uniw. wiedeńskiego postanowili obchodzić 500-letnią rocznicę założenia Wydział lekar. w Wiedniu. Do Komisyi uroczystościowej wybrani zostali: M. Gruber, Puschman i Zuckerkandl.

* Z okazów, które stanowiły berlińską Wystawę przedmiotów do obsługiwania chorych, ma powstać muzeum. Doręczanie tych przedmiotów nowej instytucyi jest w toku. Muzeum ma się mieścić przy szpitalu Charité.

* Dżuma w Aleksandryi nie przekracza rogatek tego miasta; atoli nie ustaje zupełnie i codziennie przybywa po parę nowych przypadków. Zostało stwierdzone, że przed wybuchem dżumy panowała w Aleksandryi jakaś złośliwa zaraza na szczury.

* Dr. Hössert opowiada, że ludy w Australii zapobiegają zastąpieniu w ten sposób, że młodzieńcowi wytwarza się przetokę w cewce, przez którą uchodzi nasienie, gdy spółkujący nie życzy sobie zastąpienia, a zalepia przetokę woskiem, jeśli pragnie zostać ojcem.

* Władza sanitarna dolno-austryacka uznała nagłą potrzebę uregulowania stosunków kobiet, biorących za pieniądze dzieci na wykarmienie i wychowanie. Każda taka osoba musi otrzymać konsens na prawo wykarmiania dzieci; konsensu udziela prezydent gminy na wniosek lekarza powiatowego i gminnego. Karmicielki muszą ulegać stałym przepisom, których projekt zredagowała władza sanitarna dolnoaustryacka.

* Przeszłoroczny Zjazd w Kijowie rosyjskich lekarzy i przyrodników wybrał Warszawę na miejsce przyszłego Zjazdu, który ma się odbyć w r. 1901. Minister oświaty zawiadomił Komitet zjazdowy, że z powodu zamierzonego przebudowywania instytucyj uniwersyteckich, Zjazd nie będzie mógł się odbyć w stolicy Królestwa polskiego.

* W murach berlińskiego Uniw. uroczyście odsłonięto pomnik Helmholtza, wiekopomnego wynalazcy wziernika ocznego.

* Dziekanem czeskiego Wydziału lekar. w Pradze wybrany został prof. dr. Mareś, niemieckiego — prof. dr. W. Czermak.

* W składzie nowego ministerstwa francuskiego zasiada Dr. med. Lanessan, były lekarz okrętowy i wojskowy. Objął tekę marynarki.

* XIII Zjazd francuskich chirurgów w Paryżu rozpocznie się 16 października b. r.

* W przyszłym tygodniu opuści prasę VI wydanie »Chorób dzieci« Prof. Baginskyego. Wydanie V wyszło w r. 1895.

Mianowania i odznaczenia. Doc. dentystyki w Berlinie, dr. Warnekros, mianowany został prof. nadzwyczajnym. Dr. Schaefer mian. został prof. fizyologii w Edymburgu. Dr. Futterer — prof. patologii w Chicago. Prof. Liebreich, otrzymał tytuł doktora *honoris causa* w Uniw. oksfordzkim. Rektorem w Insbruku na przyszły rok szkolny wybrany został prof. chirurgii, Dr. Hacker.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Julian Csesznak, lekarz kolejowy i radca miejski, zmarł w 49 r. życia w Stanisławowie. Dr. Lawson Tait, głośny chirurg i ginekolog, zmarł w Birmingham, w 54 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 12: Buczyńskiego K.: Przyczynek do stosowania wody utlenionej w praktyce chirurgicznej, zwłaszcza w przypadkach ropienia. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 26: Dr. Orłowskiego S.: Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia; przyczynek do nauki o powstawaniu jam w rdzeniu. Dr. Ciaglińskiego K.: W kwestyi leczenia balneologicznego chorych gorączkujących. Flaumа i M. Pechkranca S.: Rozszerzenie przełyku samoistne (dok.). W *Medycynie* Nr. 26: Dr. Bregmana L.: O zesztywnieniu kręgosłupa. Neugebauera Fr.: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach (c. d.). W *Postępie okulistycznym* (czerwiec): Prof. Wicherkiewicza: Narośle złośliwe rogówki (dok.). Dra Łuniewskiego S.: Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry powieki i okolicy worka łzowego. (Spostrzeżenie kliniczne.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nadesłane.

KONKURSY.

L. 5557.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Gwoździcu*, z płacą roczną 500 złr. prócz ryczałtu na objazdy.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Zamierzający uzyskać ową posadę winni oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać się wymogami, określonemi w §. 7 ustawy z 2 lutego 1891 roku, Nr. 17 dz. ust. i rozp. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 31 lipca 1899. 166

Wydział krajowy.

L. 39.681/99.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę dyrektora szpitala powszechnego w Husiatynie z płacą 700 złr. rocznie.

Od kandydata wymaga się:

a) aby posiadał dyplom doktora wszech nauk lekarskich z jednego z uniwersytetów Austro-węgierskiej monarchii;
b) był przynależnym do tutejszego państwa;
c) nie przekroczył 40-go roku życia; 167
d) odbył praktykę lekarską przez lat dwa w jednym ze szpitali publicznych ze szczególnem uwzględnieniem praktyki na oddziale chirurgicznym i położniczym.

Pragnący otrzymać tę posadę winni najpóźniej do dnia 20 lipca 1899 r. wnieść podania swe do Wydziału krajowego z dołączeniem metryki urodzenia i świadectw udowadniających żądaną kwalifikacyę.

We Lwowie, dnia 23 czerwca 1899. *Grott.*

Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Krościenku*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. — Roczna płaca wynosi 700 złr. — Ryczałt na objazdy 300 złr. — Podania do dnia 25 lipca b. r.

Wydział powiatowy w Staremmieście rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Starejsoli*. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podanie do Wydziału powiatowego w Staremmieście w terminie do 15 lipca b. r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 15 Lipca 1899. Nr. 28.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rekopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 15 Lipca 1899. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.



JÓZEF MAJER.

Józef Majer. Była to osobistość jedna z najbardziej znanych i popularnych nietylko w Krakowie, ale można bez przesady twierdzić, w całej Polsce. Nazwisko bowiem Majera w ostatnich kilkudziesięciu latach spotykało się prawie zawsze w liczbie tych niewielu, które stały na czele wszelkich objawów naszego życia naukowego lub społecznego.

Małego wzrostu, szczupły, o oryginalnej i charakterystycznej twarzy, z wyrazem łagodnym, jakby uśmiechniętym, o bystrych oczach staruszek, zwracał na siebie mimowoli uwagę swoją postawą, ruchami i strojem. W rozmowie prosty i szczery, w stosunkach uprzejmy i łagodny, budził u każdego szacunek ku sobie, szczególnie przy bliższem poznaniu. Pomimo swych lat 80 pełen był życia i jakiejś szczególnej miłości dla młodszego pokolenia, wiary w przyszłość, uznania, a w każdym razie tolerancyi, dla nowych kierunków i prądów w nauce i filozofii. Wielka bystrość umysłu i pomimo wieku zapał do pracy, a nawet pewna wytrwałość, oto są cechy charakteryzujące ś. p. Majera w okresie, kiedym go poznał przed 15 laty.

Na ten powszechny szacunek, który budziła u wszystkich osoba ś p. Majera, prócz wymienionych wyżej zalet jego umysłu, składała się jeszcze i ta okoliczność, że, wyszedłszy ze sfery mieszczańskiej krakowskiej, wszystko, czem był, zawdzięczał wyłącznie sobie, swoim zdolnościom i pracy.

Najwyższe stanowisko naukowe, krzesło rektorskie w uniwersytecie i prezesowskie w Akademii zajmował z wyboru, były to więc zaszczyty, którymi obdarzyło go zaufanie kolegów.

Urodzony w Krakowie dnia 12 Marca 1808 roku, tu odbył studya i 12 stycznia 1831 r. został doktorem medycyny i chirurgii. Jako młodzieniec dwudziestokilkoletni rozpoczyna swój zawód od tego, że w tymże samym roku 1831 wstępuje do wojska polskiego, jako lekarz batalionowy, a snać spełnia swe obowiązki sumiennie i ze znajomością rzeczy, skoro w krótkim czasie awansuje na lekarza sztabowego. Gdy rolę swą lekarza wojskowego uznał za skończoną, odrazu, bez namysłu, bez rozczarowania, lecz z równym zapałem bierze się do pracy naukowej.

Po powrocie do miasta rodzinnego odbywa krótką podróż zagranicę, wraca do Krakowa i już w r. 1833 ogłasza specyalną rozprawę w języku łacińskim: *De usu Hydrargyri in syphilide*, która toruje mu drogę do katedry uniwersyteckiej. Jakoż rzeczywiście w r. 1833 zostaje mianowany zastępcą profesora farmakodynamiki na Wydziale lekarskim, a już w r. 1835, na mocy odbytego konkursu, zostaje profesorem rzeczywistym tak zwanej „Instytucyi lekarskiej“, przeznaczonej „dla lekarzy niższego rzędu“, a obok tego na wydziale lekarskim wykłada uczniom medycyny naukę o chorobach epizootycznych. W tym charakterze pozostaje aż do roku 1849. W roku 1849 zostaje mianowany pierwszym profesorem fizyologii, która w ten sposób zjawia się na uniwersytecie jako katedra samodzielna i równoważna z anatomią, z którą dotychczas była złączona. W tym nowym charakterze pozostaje ś. p. Józef Majer aż do roku 1877, w którym na mocy ustawy, z powodu 70-cioletniego wieku, lecz nie dla braku sił lub chęci do pracy ustępuje z katedry.

W całym tym okresie 44-roletnim, od roku 1833 do 1877, przez kilka lat pełni obowiązki sekretarza wydziału, kilkakrotnie zostaje wybrany dziekanem wydziału lekarskiego (r. 1845, 1847, 1864), trzykrotnie piastuje urząd Rektora (r. 1848, 1850, 1865), a jednocześnie od r. 1833 jest członkiem Towarzystwa naukowego, a w r. 1848, 1850 i 1860 jego prezesem. Po przekształceniu Towarzystwa naukowego w Akademię Umiejętności zostaje pierwszym i długoletnim jej prezesem; nadto od roku 1839 do 1845 sprawuje nadzór nad szkołami początkowemi w Krakowie.

Jako profesor, pomimo że wykształcenie odebrał prawie wyłącznie tylko w kraju, zawsze stał na poziomie ówczesnym każdej z tych nauk, które z katedry wykładał, z zakresu każdej posiadał olbrzymie wiadomości, a obdarzony gładką wymową i umiejętnym a przystępnym sposobem wykładu, należał zawsze do liczby najwybitniejszych profesorów Uniwersytetu.

Jakkolwiek z obowiązku, szczególnie w pierwszych latach, zmuszony był wykładać rozmaite działy medycyny, a jako profesor niższej szkoły lekarskiej prawie całą medycynę, to jednakże najwięcej pociągała go fizyologia i ją też aż do ustąpienia z katedry nieustannie uprawiał. Te liczne zadania i obowiązki, które z jego stanowiskiem były związane, nie przeszkadzały mu bynajmniej w pracy samodzielnej, którą też rozwijał w najrozmaitszych kierunkach.

Z pod jego pióra w okresie od r. 1833 do 1888 wyszło, o ile zdołałem odszukać, 67 rozmaitych rozpraw. Oprócz prac z zakresu medycyny i fizyologii, które zjawiały się w mniej lub więcej obszernych tomach, jak wspomniana wyżej rozprawa *De usu Hydrargyri in syphilide in 8° stron 188;* rozprawa fizyologiczna *Skutki ciśnienia powietrza w r. 1844 stron 212; Fizyologia układu nerwowego w r. 1854 stron 487; Fizyologia zmysłów w r. 1857 stron 620* i niektóre inne, widzimy rozprawy treści historycznej, odnoszące się do historyi Uniwersytetu Jagiellońskiego, biografie głośniejszych profesorów lub doktorów Wydziału lekarskiego, statuty tegoż Wydziału od roku 1833, — historye jego w pewnych okresach, oraz zamierzone lub dokonane reformy. Jako znakomity znawca języka polskiego ogłasza szereg rozpraw, dotyczących słownictwa lekarskiego, jak n. p. rozprawa z r. 1849 (Kraków): *Uwagi w przedmiocie zasad słownictwa w ogólności, w szczególności zaś w przedmiocie zasad tworzenia i oceniania wyrazów lekarskich polskich,* a nadto w r. 1836 wydał *Słownik anatomiczno-fizyologiczny*, w r. 1842 *Niemiecko-polski słownik wyrazów lekarskich* (wspólnie ze Skoblem). W roku 1862 opracował i wydał w 30-tym roczniku Towarzystwa naukowego krakowskiego dzieło pod tytułem: *Literatura fizyografii ziemi polskiej,* obejmujące 1280 numerów dzieł i rozpraw, które przeważnie sam przejrzał i co do wartości ocenił.

W ostatnich latach od roku 1878 ogłosił jeszcze szereg rozpraw z zakresu antropologii krajowej, lecz już i uprzednio antropologią się zajmował, skoro w roku 1869 ogłosił rozprawkę pod tytułem: *Postać Kazimierza Wielkiego według wymiarów przy przekładaniu szczątków jego w dniu 7-go lipca 1869 r.*, która wymagała obszernych wiadomości z zakresu antropometryi.

Rozpraw z zakresu fizyologii, oprócz wymienionych wyżej, istnieje jeszcze kilkanaście, z których wymienię tu tylko następujące: *Rozbiór fizyologiczny wprawy, przyzwyczajenia i nałogu (1850 r.); Szczegół historyczny w przedmiocie badania nerwów (1851); Badanie plam krwawych sądowolekarskie z szczególniejszem uwzględnieniem w tej mierze heminy i użytku rodanu potasowego (1859); Dostrzeganie wielkości przedmiotów widzianych (1860); Przyczynki do optometryi (1864); Spostrzeżenie fizyczne we względzie wessania i wydzielania* oraz *O zębie jeżowca, jako przyczynek do porównawczej histologii zębów.*

Jeżeli uwzględnimy okoliczność, że ś. p. Majer u żadnego z wybitniejszych uczonych zagranicznych nie pracował, że całą swoją wiedzę zawdzięczał sobie, a metody do każdej pracy musiał sam obmyślać, to prace jego fizyologiczne w owym czasie, a szczególnie u nas, były zjawiskiem nadzwyczajnem. Gdyby te prace były ogłoszone w języku francuskim lub niemieckim, postawiłyby one ś. p. Majera na równi z wielu fizyologami ówczesnymi, lecz wydane wyłącznie po polsku, nie mogły się odbić na ruchu tej nauki w Europie, tembardziej, że oprócz Majera nauki tej u nas nikt nie uprawiał. Byłto czas, kiedy fizyologia czyniła olbrzymie kroki, nadto powstawały nowe metody i sposoby badania różnych zjawisk, wykrywano nowe, fizyologia przekształcała się w naukę czysto doświadczalną, — zapatrywania, teorye a nawet same spostrzeżenia Majera okazywały się z czasem przestarzałemi i szły w zapomnienie. Mimo to wszystko wypada przyznać, że w pracach swoich ś. p. Majer złożył dowód, że wiadomości jego z zakresu fizyologii były bardzo obszerne i w każdej kwestyi stały na poziomie ówczesnym i że chociaż w wielu razach jego rozumowania i wnioski z dzisiejszego stanowiska nauki musimy uznać za fałszywe, były one jednakże logicznem następstwem tych faktów, które mu były dostępne lub znane. Jego *Fizyologia układu nerwowego* i *Fizyologia zmysłów* zawierają tak dużo samodzielnych poglądów i spostrzeżeń, że wobec braku wszelkich środków do badań naukowych, wobec prawie zupełnego braku zakładu fizyologicznego, gdyż Majer pierwszy poczynił pierwsze kroki dopiero w r. 1850 i utworzył zaledwie zawiązek takiego zakładu, trudno nawet zrozumieć, w jaki sposób spostrzeżenia te mogły być dokonane.

Lecz nie sama tylko praca naukowa i jego działalność na tem polu zyskiwały powszechne uznanie dla ś. p. Majera. Nie mniejsze, a być może nawet o wiele większe uznanie i szacunek budziła jego działalność obywatelska. Jako profesor, dziekan i rektor występował zawsze śmiało i otwarcie w obronie wszystkich praw uniwersyteckich. Pozostały w archiwach uniwersyteckich liczne ślady jego starań i zabiegów o podniesienie Uniwersytetu we wszystkich kierunkach. Od niego w swoim czasie wyszła myśl powołania Mickiewicza na profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, co tylko z powodu ówczesnych politycznych stosunków nie mogło przyjść do skutku. Szczególnie jako rektor w r. 1850 położył wielkie zasługi po pożarze Krakowa, kiedy cały szereg instytucyj

uniwersyteckich, zrujnowanych pożarem, wprost zagrożony został w swoim bycie. Działalność jego w owym czasie znalazła powszechne uznanie. Młodzież uniwersytecka uczciła go wydaniem portretu litografowanego, a rząd wyraził swe uznanie w reskrypcie ministeryalnym. Ta działalność obywatelska rozszerzała się daleko i poza mury uniwersytetu. Każda myśl, każde stowarzyszenie lub instytucya, które miały służyć sprawie narodowej, miały na względzie pracę naukową, czuwanie nad rozwojem i czystością języka, — mogły na pewno liczyć na jego udział i jego też wszędzie widzimy, a bardzo często na czele.

Powołanie Jego na stanowisko prezesa Akademii było wprost wynikiem żelaznej konieczności. O stanowczość jego charakteru rozbiły się nawet usiłowania germanizacyjne. Gdy bowiem w r. 1852/3 rząd narzucił uniwersytetowi język niemiecki jako wykładowy, gdy z tego powodu profesorowie, którzy nie chcieli wykładać po niemiecku, zmuszeni byli usuwać się z katedry, a ich miejsce zajmowali albo Polacy, którzy się na ten warunek godzili, albo Niemcy, których sprowadzano z innych prowincyj Austryi, albo nawet z Niemiec, nie ustąpili tylko ś. p. Kozubowski i Majer i tylko dzięki tym dwom mężom nie została przerwana ciągłość wykładów polskich na Uniwersytecie Jagiellońskim. Gdy więc ś. p. Majer, pomimo wymagań rządu, wciąż wykładał po polsku, w dniu 6 kwietnia 1856 r. zamianował rząd drugiego profesora fizyologii, Jana Czermaka. Jednakże zasługi i popularność Majera powstrzymały nawet ówczesnych centralistów od dania Majerowi dymisyi i Majer pozostawał nadal profesorem, tylko z wykładem nieobowiązkowym. Ta rozmaitość tematów z okresu germanizacyjnego, które Majer poruszał w swoich wykładach, a które przyciągały masę słuchaczy, daje nam dowód, jak wszechstronną była jego erudycya. Pozwolę sobie przytoczyć jako przykład kilka następujących. I tak: w r. 1856/7 w półroczu zimowem Majer wykłada:

1. Antropologię w sposobie dostępnym dla kandydatów wszystkich wydziałów uniwersyteckich.
2. Wykłady fizyologiczne w szczegółowem zastósowaniu do kliniki lekarskiej.
3. Historyę nauki o krążeniu krwi od czasów najdawniejszych aż do Harweya, tudzież o ważniejszych szczegółach jej postępu aż do dni dzisiejszych.

W półroczu letniem:

Rys historyczny głównych zwrotów w sposobach uprawy fizyologii, począwszy od Bischota do czasów najnowszych.

W roku 1857/8 w półroczu zimowem: „O oddechaniu i cieple w zastósowaniu do kliniki lekarskiej“, oraz „Historyę magnetyzmu zwierzęcego“ — w półroczu zaś letniem: „O krwi, ze szczególniejszem uwzględnieniem zastósowania w klinice lekarskiej“ i „Historyę fizyologii od jej pierwszych początków, aż do końca XVI wieku“.

Tę rozmaitość tematów widzimy aż do końca ery germanizacyjnej. Oczywiście, że tą rozmaitością tematów, które mogły obchodzić i interesować szersze koło słuchaczy, jakkolwiekbądź wymagała ona dużo pracy od prelegenta, miał na celu ś. p. Majer przyciągnąć nietylko medyków, lecz i słuchaczy z innych wydziałów, ażeby podtrzymać wśród młodzieży ducha narodowego, aby dać im skosztować słodyczy rodzimej mowy, i żeby w końcu dać dowód, że mowa nasza na równi z niemiecką może służyć do wyrażania wszelkich myśli i pojęć naukowych, i że w tym względzie język nasz w niczem nie ustępuje urzędowemu językowi niemieckiemu. Wpajać to przekonanie było już rzeczą konieczną: młodzież od ławki szkolnej ćwiczona w języku niemieckim, przyzwyczajona w Uniwersytecie do terminologii niemieckiej, nie mając pojęcia o istnieniu polskiej, nabierała powoli przekonania, że językiem naukowym może być tylko język obcy.

Niemniej pożyteczną w tym względzie była działalność Majera w Towarzystwie naukowem krakowskiem; był on tu jednym z najwybitniejszych członków, skupiał wszystkie siły, które do czegokolwiek mogły się przydać, zachęcał i organizował, był jednym z najczynniejszych współpracowników rocznika Towarzystwa naukowego, zabierał głos i zdawał sprawę z czynności tego Towarzystwa na publicznych dorocznych posiedzeniach, był jednym z założycieli „Przeglądu Lekarskiego“ — słowem, cały ruch ówczesny naukowy skupiał się koło Majera i o niego się opierał.

Gdy w r. 1860 przywrócono Uniwersytetowi Jagiellońskiemu język polski, Majer odzyskuje swe stanowisko, lecz tylko jako drugi profesor fizyologii, obok ś. p. Piotrowskiego, który zarazem był dyrektorem już istniejącego Zakładu fizyologicznego. Jeszcze w poprzednim roku ś. p. Majer, oprócz Antropologii, wykładał „O zboczeniach i spotwornieniach ustroju“, o „Zmyśle powonienia i smaku“, „Fizyologię odżywiania w zastósowaniu do dyetetyki“, oraz „O ocenianiu wielkości zapomocą wzroku“. Od roku 1860/61 zmienia sposób wykładów, dzieli się teraz przedmiotem z prof. Piotrowskim; w półroczu zimowem wykłada fizyologię zmysłów i ruchów, w półroczu letniem fizyologię oddechania i rozwoju i tylko wyjątkowo ogłasza wykłady dodatkowe. Nadto przez cały czas, aż do roku 1877 wykłada antropologię.

Gdy w roku 1873 Towarzystwo naukowe przekształciło się w Akademię Umiejętności, został jej pierwszym prezesem i godność tę piastował aż do roku 1889. Od chwili powstania Akademii, szczególnie po ustą-

pieniu z Uniwersytetu, tu skupiał głównie swoją działalność. Czynny i ruchliwy jak zawsze, pomimo wieku zachowuje swą bystrość umysłu i pracowitość. Zna każdą sprawę, wszystkiem się interesuje, styka się z współpracownikami od najmłodszych stypendystów aż do najpoważniejszych uczonych. Dla każdej myśli, która wychodziła z łona członków Akademii lub jej sekretarza Szujskiego, trzeba było przedewszystkiem pozyskać Majera. Raz pozyskany, obmyślał każdą rzecz w szczegółach i prawie zawsze potrafił przeprowadzić.

Szczupłe środki Akademii wyrobiły w nim nadzwyczajną oszczędność; grosza zmarnować nie pozwolił, o każdą nową pozycyę wydatków walczył, ale tylko dopóty, dopóki go nie przekonano o pożyteczności lub konieczności tej pozycyi. Wszyscy członkowie tolerowali i godzili się z tą jego słabością; rozumieli bowiem bardzo dobrze, że tylko tej oszczędności i troskliwości Majera zawdzięczają, iż słaba i młoda instytucya, nadzwyczaj ubogo uposażona, w ciągu kilkunastu lat zdołała tak znakomicie się rozwinąć.

Nie mogąc już pracować sam naukowo w swoim ulubionym przedmiocie fizyologii, poświęcał wolne chwile antropologii, szczególniejszą opieką otaczał Komisyę antropologiczną i razem ze ś. p. Kopernickim był jej duchem ożywczym. Był członkiem honorowym prawie wszystkich polskich towarzystw naukowych i lekarskich, doktorem filozofii *honoris causa* obu Uniwersytetów i obywatelem honorowym miasta Krakowa.

Wszystkie te liczne zajęcia, o których wspomnieliśmy wyżej, nie wyczerpywały czasu ś. p. Majera. Od roku 1860 był radcą miejskim, a od roku 1866 do 1887 — posłem na Sejm krajowy. Jakkolwiek w tych instytucyach działalność jego nie była tak wybitną, jak na innych polach, to jednakże i tu była ona niemniej pożyteczna; głos bowiem jego w sprawach higieny i szkolnictwa miał nieraz rozstrzygające znaczenie.

Był wielkim miłośnikiem muzyki, sam grywał, próbował sił swoich także i na polu kompozycyi muzycznych.

W końcu nadmienić wypada, że był jednym z organizatorów Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich i dopóki siły pozwalały we wszystkich brał udział, przeważnie jako przewodniczący. W r. 1880 został powołany na dożywotniego członka Izby Panów, a po ustąpieniu z prezesury Akademii otrzymał godność tajnego radcy.

To powszechne uznanie, które w całem społeczeństwie polskiem otacza imię ś. p. Majera, ten szereg rozwijających się instytucyj, w których założeniu i rozwoju on brał udział, w które wkładał swą myśl i pracę, ten rozwój polskiego piśmiennictwa i nauki, które w ostatnich latach oglądał i któremi się cieszył, ta powszechna wdzięczność za pracę dla swoich i w końcu to powszechne uznanie, które go wyniosło na krzesło prezesa Akademii i pozyskało mu inne odznaczenia, są najlepszą odpowiedzią na nowe teorye, które doradzają emigracyę jednostkom wyjątkowo uzdolnionym i przenoszenie swojej działalności do społeczeństw więcej zamożnych, lepiej umiejących ocenić zdolności i pracę, a w końcu mogących dostarczyć więcej środków dla rozwinięcia tych wyjątkowych zdolności, brak bowiem tych warunków wrzekomo ma uniemożliwiać w naszem społeczeństwie zjawienie się talentów i gieniuszów.

Ś. p. Majer całem swem życiem złożył dowód, że prawdziwa zdolność i rzeczywiście bogaty umysł, mogą znaleźć pole do pracy i w naszem społeczeństwie, oraz, że nie może być nawet tak złego położenia politycznego, w któremby wielkie umysły nie potrafiły stworzyć warunków dla pracy pożytecznej dla kraju i rodaków.

Spokój jego popiołom! *N. Cybulski.*

II. Z kliniki lekarskiej lwowskiej.

Pierwszy stwierdzony w Galicyi przypadek *anchylostomiasis*

podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Według demonstracyi na posiedzeniu Tow. lekar. lwow. w dniu 17 czerwca b. r.).

Do demonstracyi, którą zamierzam na dzisiejszem posiedzeniu przedstawić, muszę dodać słów kilka objaśnienia.

W dniu 5 czerwca b. r. zgłosił się do kliniki ten oto chory, uderzający bladością swych powłok zewnętrznych, który podał o swem zdrowiu następujące wskazówki: liczy lat 34, żonaty, ojciec jednego dziecka. Dziedzicznie nie obciążony w żadnym kierunku. Cieszył się zawsze najlepszem zdrowiem i pracował ciężko. Pierwsze objawy chorobowe spostrzegł w maju r. z. Po „przeziębieniu“, jak podaje, wystąpił ból głowy, barwa skóry zaczęła się zmieniać, przyjmując odcień „żółtawy“. W czerwcu r. z. zauważył podupadanie na siłach, przy pracy męczył się, doznawał kłócia w lewej stronie kl. piersiowej, aż w marcu b. r. postępujące osłabienie zmusiły go do zaniechania dotychczasowych zajęć. Badanie, obok silnego stopnia niedokrewności, o której niżej wspomnę, wykazało lekkie przytłumienie w szczycie lewego płuca przy prawidłowych szmerach oddechowych; zrosty opłucnowe lewostronne po przebytem zapaleniu opłucnej; przemieszczenie serca na stronę prawą, jako następstwo zapalenia opłucnej i przytrzymania w miejscu przesuniętem serca przez zrosty opłucnowo osierdziowe. Zresztą wynik badania innych narządów był ujemny. Zmianami temi trudno sobie wytłómaczyć ten stopień niedokrewności, który Szanowni koledzy widzą u tego chorego. Dodać muszę, że badanie żołądka wykazało chemiczną i mechaniczną prawidłową jego czynność, że chory ten nigdy krwotoków, ani żołądkowych, ani jelitowych nie miał, że i poprzednio i w kli-

nice posiadał łaknienie bardzo dobre i odżywiał się należycie, a resorbcya w przewodzie pokarmowym, jak badanie w tym kierunku w klinice przez Dra Marischlera przeprowadzone wykazało, jest u chorego zupełnie prawidłową.

Dla dokładności nadmieniam, że w kiszce stolcowej nic nieprawidłowego nie znaleźliśmy, mocz składu prawidłowego, a stan bezgorączkowy.

Jednem słowem nie znaleźliśmy nigdzie w ustroju podstawy dla wytłómaczenia tego stopnia niedokrewności, którą widzimy u naszego chorego. Czy więc mamy przed sobą pierwotną złośliwą niedokrewność Biermera? Pojęciu temu sprzeciwiałby się wynik badania krwi, który jest następujący:

Ilość ciałek czerw.	2.104 000
„ „ biał.	10.400
% haemoglobiny	31.

Ciałka czerwone bledsze, słabiej się barwiące, poikilocytosis dość wybitna.

Ciałka białe odsetkowo:

Wielojądrzastych	49%
Jednojądrzastych	3%
Limfocytów	20%
Przejściowych	4%
Eozynochłonnych	*24%*

Na przeszło 300 białych ciałek znaleziono 1 normoblast.

Wynik badania krwi daje pewne cechy, na które uwagę zwrócić muszę. Z jednej strony mamy oligocytemię, z drugiej odsetek hemoglobiny wypada niepomiernie mniejszy, niżby to odpowiadało samemu pomniejszeniu ciałek czerwonych.

Mamy zatem i oligocytemię i oligochromemię, czyli charakter krwi bledniczej, a nie niedokrewności złośliwej pierwotnej. Nadto nie znaleźliśmy wcale, mimo skrzętnego poszukiwania, wielkich ciałek czerwonych z jądrami (megaloblastów). Co do ciałek białych, to uderzyła nas wielka ilość ciałek eozynofilnych. Wprawdzie eozynofilię i to dość znaczną stwierdzamy w rozmaitych postaciach niedokrewności pierwotnej i następowej; ale stopień eozynofilii w tym przypadku jest tak znaczny, że po pierwszym wyniku tego badania musiała być zwróconą uwaga na stany chorobowe, które z jednej strony sprowadzają tak silną niedokrewność, a z drugiej tak znaczną eozynofilię.

Myśl musiała być zwrócona na pasorzyty, szczególnie żyjące w przewodzie pokarmowym, a z nich głównie na dwa, t. j. na bróździgłowca szerokoczłonkiego *(botriocephalus latus)* i na tęgoryjca dwunastnicy *(anchylostomum duodenale)*. Wprawdzie u nas w Galicyi obydwa te pasorzyty dotąd nie były stwierdzone, a tęgoryjec dwunastnicy również i dalej na wschodzie Europy nie został wykazany; jednak wynik badania stolców naszego chorego potwierdził wnioski, dające się wysnuć z badania krwi, znaleźliśmy bowiem w odchodach tego chorego przyczynę jego niedokrewności, stwierdziwszy jaja tęgoryjca dwunastnicy *(anchylostomum duodenale)*.

Jaja te, które najprzód na rysunkach, zdjętych przez Dra Eljasza-Radzikowskiego z natury, — kolegom pokażę,— przedstawiają nam dwa obrazy swego rozwoju, t. j. pierwsze pięć rysunków odnoszą się do rozwoju jaja w przewodzie pokarmowym, drugie zaś cztery przedstawiają rozwój dalszy już na zewnątrz ustroju, t. j. w kale, umieszczonym w odpowiednich warunkach, zatem w kale wilgotnym, w ciepłocie 25° R. przy dostępie tlenu — rozwój dalszy aż do wytworzenia się liszki (larve), czekającej już tylko by się dostać do przewodu pokarmowego i rozwinąć się w gotowego pasorzyta.

Te same obrazy rozwoju jaja mają koledzy *in natura* (pod mikroskopami). Pod lupą zaś znajdziecie już pojedyńcze okazy samego pasorzyta — samicę i samca, które otrzymaliśmy po zastósowaniu wyciągu paprotki *(extr. filic. maris)*. Przy oglądaniu preparatów mikroskopowych stwierdzą koledzy, jak to jest ogólnie znanem, że w stolcu naszego chorego znajdują się także liczne kryształki Charcot-Leydena. Wobec krótkości czasu, przeznaczonego w naszem Towarzystwie na objaśnienia przy demonstracyach, a zwłaszcza wobec znanej już kolegom sprawy, wdawać się nie będę w historyczny jej rozwój. Wspomnę tylko, że w r. 1840 pierwszy Griesinger wykazał sekcyą przyczynę tak zw. *Chlorosis egyptiana*, znajdując podczas sekcyi w przewodzie pokarmowym tęgoryjca dwunastnicy *(anchylostomum duodenale)*. Z Egiptu przeniósł się pasorzyt do Włoch. Właściwe zainteresowanie świata lekarskiego tą sprawą datuje się od roku 1879, gdy znaczna część robotników, zajętych przy kopaniu tunelu św. Gotarda, uległa działaniu tego pasorzyta. To dało, jak wiemy, powód do poszukiwań dalszych i to z wynikiem niespodziewanie dodatnim, wyjaśniającym stany chorobowe, znane wprawdzie już dawno w Europie, a napróżno do tej chwili szukające wytłómaczenia. Dopiero po znalezieniu w przewodzie pokarmowym tęgoryjca dwunastnicy przekonano się o przyczynie choroby grasującej między górnikami w kopalniach węgla, a zwanej *Anaemia montana*; to samo stało się z niedokrewnością u robotników zajętych w cegielniach.

Ze spostrzeżeń dotychczas ogłoszonych można już dzisiaj stworzyć sobie obraz geograficznego rozmieszczenia tego pasorzyta. Obok ojczyzny jego w krajach podzwrotnikowych, a wogóle w Afryce, Ameryce południowej (Brazylia), niektórych miejscach Azyi (Japonia) — w Europie szerokie dość obszary uległy zakażeniu. Kopalnie węgla we Włoszech, na Węgrzech, w Austryi, Niemczech, Francyi, Belgii i Anglii, lub pola obrócone na cegielnie (szczególniej w okolicach Kolonii i Akwizgranu) stanowiły glebę podatną. Z kopalń węgla, w których przeważnie ludność nasza pracuje, jak: w Morawskiej Ostrawie, Sierszy, Jaworznie, z kopalń na Śląsku pruskim lub z Dąbrowy górniczej w Król. polskiem, spostrzeżeń nie mamy.

W czasie mej asystentury w klinice krakowskiej badałem stolce w 2—3 przypadkach u górników z Sierszy z wynikiem ujemnym. Przypadek zatem ten, który kolegom przedstawiam, jest pierwszym stwierdzonym w Galicyi, i jestto jeden z powodów dla którego postanowiłem spostrzeżeniem tem z kolegami się podzielić.

Powód następny — to etyologia w naszym przypadku. Jest to robotnik, który nigdy w żadnej kopalni węgla ani w cegielni nie pracował i nie w Europie nabył tej choroby. Jest on wychodźcą naszym, który przed 4-ma laty wyemigrował z rodziną swoją, złożoną z żony i dziecka, do Brazylii. Tam w prowincyi St. Paolo, wraz z 20-tu innemi rodzinami z Galicyi osiadł, znalazłszy podobnie jak inni zajęcie w plantacyach kawy. Zadaniem ich było pielenie kawy, do czego używali rodzaju rydla, przyczem jednak stale ręce ich była powalane ziemią. W południowej godzinie spożywali na polu obiad, nie myjąc się naturalnie poprzednio. Brazylia,

jak wiemy, jest jednym z krajów, w którym niejako endemicznie znajduje się tęgoryjec dwunastnicy *(anchylostomum duodenale)*, a stosunki tamtejsze w tym kierunku mamy opisane w rozprawie Lanza.

Cóż dziwnego, że wśród tych warunków wychodźcy nasi w pewnych okolicach Brazylii zapadają na tę chorobę, a do jakiego stopnia, dowiadujemy się od tegoż chorego, który opowiada, że połowa z tych 20-tu rodzin emigrantów tak są chorzy jak i on, nie wyłączając kobiet i dzieci.

Leczyć się wcale nie próbują, a podupadając coraz bardziej na zdrowiu, instynktownie albo zabierają swoje rodziny i przenoszą się do zdrowszych okolic, lub też, stawszy się niezdolnymi do pracy, wracają do kraju, jak to zrobił nasz chory wraz z swoją żoną i dzieckiem, które, jak podaje, mają być zdrowe.

Wnosząc z opowiadań pacyenta, chorych ochotników do wracania jest więcej, a ma to nastąpić w jesieni b. r. po zbiorze kawy.

Dwa zadania wobec tego faktu się nasuwają; jedno, jak zapobiedz, by wychodźcy ci w Brazylii się nie zarażali, a zaraziwszy się, odpowiednio leczyli? zadanie, które mogłoby wziąść w rękę zawiązane towarzystwo emigracyjne. Drugie zadanie dotyczy naszych stosunków sanitarnych, aby ci chorzy wychodzcy, powracając, nie stali się rozsadnikami choroby, dotąd u nas nie stwierdzonej, co przy braku zamiłowania do czystości u naszej ludności wiejskiej i robotniczej, przy pierwotnym sposobie składania wydalin swoich, nie tak trudno mogłoby nastąpić.

To przyczyna druga, dla której uważałem za rzecz odpowiednią przypadek ten kolegom przedstawić i do szerszej wiadomości podać.

O dalszym losie chorego po przeprowadzeniu leczenia nieomieszkam kolegów powiadomić [1]).

[1]) Po podaniu 10 grm. wyciągu paprotki (*ext. filic mar.*) pasorzyty odeszły z kałem, a od dwóch tygodni jaj w stolcu wykazać nie można Stan chorego znacznie się już poprawił.

III. Z oddziału ocznego Prof. Dra E. Macheka we Lwowie.

O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienicy oczodołu *(Phlegmone orbitae)*.

Podał

Dr. Adam Szulisławski.

Od roku 1880, t. j. od chwili ukazania się pracy Berlina: *„Entzündliche Erkrankungen der Orbitalgebilde"* w VI Tomie zbiorowego dzieła Graefego-Saemischa, pracy stanowiącej podwalinę wiadomości naszych o sprawach zapalnych oczodołu, wzrosła i wzbogaciła się bardzo literatura tego przedmiotu, rozświetlając wiele ciemnych stron w historyi powstawania, rozwoju i zejścia tego cierpienia. A jednak niejeden jeszcze szczegół wymaga dokładniejszego omówienia, rozbioru i stwierdzenia, szczególnie co do sposobów i dróg, którymi przenosi się zapalenie z oczodołu do jamy czaszki na mózg i opony mózgowe. Dlatego też każdy przyczynek, rozszerzający nasze wiadomości anatomo-patologiczne z tego zakresu, jest godnym uwagi i zanotowania.

Biorąc w rachubę możliwości, z jakiemi przy powstawaniu powikłań ze strony mózgu, w przebiegu ropienicy oczodołu, liczyćby się należało, zauważyć trzeba, że zapalenie może się rozszerzyć *per continuitatem* przez górną szczelinę oczodołową *(fissura orbitalis super.)* i wzdłuż przewodów chłonicznych nerwu wzrokowego do jamy czaszki. Drogę tę podają niektórzy (Leyden, Nieden, Schwendt) [1]), wbrew przekonaniom Berlina, jako najistotniejsze zejście ropienicy oczodołu.

O ile temu zapatrywaniu brak dotychczas dowodów anatomo-patologicznych, o tyle drugi sposób przenoszenia się zapalenia, mianowicie drogą naczyń żylnych *(Thrombophlebitis)* na zatokę i opony mózgowe, opisany przez Berlina, wielokrotnie już na stole sekcyjnym udało się stwierdzić. Przebieg ten napotykamy z reguły w tych szczególniej przypadkach, gdzie w przebiegu ropienicy jednego oczodołu, wystąpi wśród objawów mózgowych zapalenie tkanki oczodołowej na drugiem oku [2]).

Trzeci sposób rozszerzenia się sprawy chorobowej z oczodołu stanowi zajęcie okostnej i kości samej. W tym bowiem razie przenieść się może zapalenie okostnej od strony oczodołu drogą naczyń kostnych na okostnę przeciwległej strony i opony mózgowe, lub też może przyjść wprost do nadżarcia i przebicia kości i wylania się ropy bezpośrednio do jamy czaszki [3]).

Istnieją jednak, co prawda nader rzadkie przypadki, w których anatomicznie nie możemy wykazać żadnego bezpośredniego związku między ropieniem tkanki oczodołowej, a zapaleniem ropnem opon mózgowych, względnie ropniami mózgu tak, że nie pozostaje nic innego, jak tylko przyjęcie czwartego sposobu uogólniania się ropienicy oczodołu, a to mianowicie — drogą przerzutu.

Jedyny znany mi, a świadczący o tem przypadek Adolfa Alta [4]), pozwolę sobie tutaj w krótkości przytoczyć: U 40-letniego mężczyzny występuje obrzmienie powiek i wytrzeszcz gałki *(Exophtalmus)*. Po dwóch dniach wykonano nacięcie, po którem wypłynęła tylko krew. W nocy gorączka, majaczenie. Środki przeciwgorączkowe. Poprawa. Z rany wydostaje się nieco ropy. Po dwóch dniach zapad

[1]) Ueber die Orbitalphlegmone mit consekutiver Erblindung. *Inaug. Dissert. Basel, 1882*

[2]) Obok przypadków przytoczonych przez Förstera w *VII T. Graefego-Saemischa* (Cohn, Knapp, Heubner) stoi 6 przypadków (Poland, Weber, Sichel, Warlomont, Schüle, Leber), które wylicza Knapp *(Archiv für Augenh. XIV. T. S. 257)*, a które również dowodzą słuszności zapatrywania Berlina.

Do tego działu należą jeszcze następujące przypadki:

a) Baas *(Zehender's klin. Monatsbl. für Augenh. 1893. Februar)*. Ropienica oczodołu najpierw po prawej, później po lewej stronie. Wielokrotne ropnie mózgu. Droga uogólnienia się sprawy przez naczynia.

b) Rauschke *(Inaug. Dissert., Berlin 1894)*. Obydwa oczy. *Thrombophlebitis. Meningitis purulenta.*

c) Talko *(Postęp okulistyczny. Styczeń 1899)*. Obydwa oczy. *Thrombophlebitis. Meningitis suppurativa.*

[3]) Peltesohn zdaje sprawę z 2 takich przypadków (Treacher Collins i C. H. Walker). Ropienica oczodołu. *Meningitis*, ropień mózgu, które powstały skutkiem martwicy i przedziurawienia kości oczodołu. W przypadkach tych nie można było na pewno orzec, która sprawa była pierwotną, a która następową. *(Centralbl. für Augenh. 1889. S. 315)*.

b) S. Norton *(Archiv für Augenh. 1886)*. Pierwotny ropień mózgu powstały skutkiem urazu głowy, doznanego przed dwoma laty. Próchnienie kości oczodołu. Zapalenie tkanki oczodołowej.

[4]) Sprawozdanie Peltesohna (*Centralbl. für Augh. 1889. S. 415*)

i śmierć. Sekcya wykazuje ropne zapalenie opon mózgowych, przeważnie na podstawie, bez widocznego, dającego się wykazać związku między ropieniem w oczodole, a schorzeniem opon.

Odnośnie do tworzenia się ropni mózgu znajdujemy w wyżej przytoczonej pracy Berlina taki ustęp: „Nicht selten aber entwickelt sich neben der Meningitis an der dem erkrankten Orbitaldache entsprechender Stelle des vorderen Lappens eine umschriebene Entzündung der Gehirnsubstanz, ein Gehirnabscess“. — Jest rzeczą zupełnie jasną i zrozumiałą, że obok ropnego zapalenia opon, obojętne już na jakiej drodze ono powstało, może się rozwinąć ropień mózgu, — niemniej jednak możliwem się wydaje powstanie ropnia mózgu także i bez zapalenia opon, ale naturalnie tylko na drodze przerzutu. Nie da się zaprzeczyć, że w dostępnej mi literaturze zdołałem odnaleźć jeden, jedyny tylko przypadek, w którym, sądząc z tytułu:[1]): „Ascesso endocranio consecutivo ad ascesso retrobulbare“, mogło się rozchodzić o przerzutowy ropień mózgu, a zresztą we wszystkich innych[2]) występowały one w towarzystwie ropnego zapalenia opon mózgowych lub ropnych zakrzepów żylnych *(Thrombophlebitis)*, mimo to jednak przerzutowy ropień mózgu, jako następstwo ropienicy oczodołu, byłby ze względów teoretycznych czemś zupełnie zrozumiałem, przypadek zaś, który właśnie zamierzam przytoczyć, stanowi oczywisty tego dowód.

Jan Bar, lat 22, zarobnik, dotychczas zdrów, przyjęty na oddział 22go stycznia b. r.; został on 20 stycznia uderzony łopatą w okolicę lewego oka, poczem silnie krwawiąc, stracił na chwilę przytomność.

Badanie wykazuje: L. o. Obydwie powieki sine i obrzmiałe. Przy wewnętrznym kąciku dolnej powieki, nieco na zewnątrz i poniżej woreczka łzowego, rana miażdżona o poszarpanych brzegach. Zgłębnik wchodzi z łatwością do przewodu, przebiegającego od rany w głąb, ku wewnątrz, tyłowi i lekko ku górze na 47 mm. Z przewodu tego wylewa się obficie ropa, — szczególnie przy uciskaniu gałki ku wewnętrznej ścianie oczodołu. Ciała obcego. ani też odłupanych kości nigdzie wykazać nie można. Wzdłuż fałdu powieki dolnej powierzchowne pęknięcie skóry 30 mm. długie. Na kości jarzmowej 15 mm. poniżej kącika zewnętrznego, powierzchowna rana tłuczona (7 mm. w średnicy). Miernego stopnia wytrzeszcz gałki. Ruchomość jej we wszystkich kierunkach upośledzona, bardzo znacznie zaś ku górze i wewnątrz. Spojówka gałki obrzmiała *(Chemosis)*. W dolno-wewnętrznym kwadrancie, niedaleko brzegu rogówki, powierzchowne pęknięcie spojówki, szaro obłożone. Twardówka i rogówka nienaruszone. Przednia komórka i tęczówka bez zmiany. Źrenica po skopolaminie dobrze rozszerzona, okrągła. Soczewka i ciałko szklane, czyste. Dno prawidłowe. Wl = $^6/_{18}$ do $^6/_{12}$. Tn. - Wpr = $^6/_6$.

Przy przestrzykiwaniu rany część płynu wylewa się nosem. Ranę wypełniono gazą jodoformową i założono opatrunek przeciwgnilny.

Przez następnych 14 dni obrzmienie znacznie się zmniejszyło, ruchy gałki stały się wydatniejsze, ale wydzielina ropna ciągle bardzo obfita.

9 lutego. Zauważono w rance drobniutkie ciało, które w pierwszej chwili wzięto za odsłoniętą chrząstkę powiekową, później za oddzielony kawałek kości, a kiedy po uchwyceniu szczypcami udało się je z trudnością wydobyć, okazało się, że mamy do czynienia z drzazgą 29 mm. długą, 7 mm. szeroką, a 1—$1^1/_2$ mm. grubą.

Odtąd ropienie szybko się zmniejsza, a rana zdrową ziarniną pokryta, ładnie się goi.

14 lutego. W nocy silne bóle głowy. Ciepłota 38·4° C. W wewnętrznych narządach, z wyjątkiem nagromadzenia kału w jelitach, żadnej zmiany. Olej rącznikowy. W południe 38·2° C. Obfity stolec. Wieczór 37.8° C.

15 lutego. Bóle głowy nieco mniejsze. Rano 37·7° C. Wieczór 36·6° C. Dno oka prawidłowe.

Odtąd stan bezgorączkowy. Mimo to chory jest osłabiony, skarży się na bóle głowy, a przy wstawaniu łatwo popada w omdlenie. Tętno 70, jednostajne, pełne.

17 lutego. Wymioty 2 razy.

21 lutego. Od 2 dni zawroty głowy. Wezwany do porady internista nie znajduje, z wyjątkiem wysokiego stopnia niedokrewności, niczego nieprawidłowego. Ojciec chorego żąda bezwarunkowo wydania go z oddziału. Nie pomagają prośby i przedstawienia.

Rana pokryta zdrową ziarniną. Ruchomość gałki prawidłowa. Źrenica okrągła, wązka i wolna, dobrze oddziaływa. Chory jest tak osłabiony i tak łatwo popada w omdlenie, że musiano (przy wyjściu, zaniechać badania bystrości wzroku i dna oka.

Dnia 25 lutego śmierć. W 12 dni później odgrzebanie i sekcya sądowa, której wynik zawdzięczam uprzejmości kol. Dra Chomina lekarza sądowego, i tu w krótkości przytaczam:

Gałka oczna nienaruszona Kości oczodołu pokryte prawidłową okostną, bez zmiany. Opony mózgowe wszędzie gładkie i lśniące, nigdzie nie można na nich wykryć ani śladu zapalenia. Naczynia błony pajęczej przekrwione, atoli ani w naczyniach, ani też w zatokach niczego nieprawidłowego wykazać nie można. Nerw wzrokowy i jego osłonka przedstawiają się na przekroju zupełnie prawidłowo. W lewym płacie czołowym ropień wielkości pięści, graniczący od dołu z komorą boczną, ku obwodowi zaś sięgający prawie aż do powierzchni tak, że tylko cieniutka warstwa kory mózgowej odgranicza go od błony pajęczej. Zresztą zarówno w mózgu jak i w innych narządach żadnych zmian wykazać nie można.

Że w tym przypadku istniał związek przyczynowy między ropienicą oczodołu i ropniem mózgowym, jest rzeczą zupełnie jasną i nie ulegającą najmniejszej wątpliwości. Ponieważ atoli zarówno kości oczodołu jakoteż nerw wzrokowy, naczynia, zatoki i opony mózgowe zmian zapalnych nie okazywały, musimy wykluczyć możność przeniesienia się sprawy zapalnej z oczodołu *per continuitatem*, lub też drogą naczyń żylnych, sposobem opisanym przez Berlina tak, że dla wytłómaczenia tego przebiegu pozostaje tylko przyjęcie drogi przerzutu. A jest rzeczą niemałej wagi, w przebiegu każdej ropienicy oczodołu, mieć na względzie możliwość takiego zejścia, a to tembardziej, o ile przywykliśmy spodziewać się w tych razach powikłań ze strony mózgu w postaci zapalenia opon mózgowych, z jego znamiennym i gwałtownym przebiegiem. W naszym przypadku n. p., kiedy w dniu 14 lutego wystąpiły bóle głowy i gorączka 38·4° C., pierwszą naturalnie

---

[1]) Tytuł podany w *Centralbl. für Augenh. 1895. S. 616.* (*Ann. di Ottalm. XXIII. 6. p. 483*).

[2]) Obok przypadków podanych przez Berlina (Graefe-Saemisch T. VI. S. 533) mogę przytoczyć następujące:

a) Emerys-Janes *(Referat Berlina. Nagel's Jahresbericht 1884)*. Próchnienie kości oczodołu. Ropień oczodołu i płatu czołowego w bezpośredniem połączeniu.

b) E. Treacher Collins i C. H Walker p. w

c) Baas p. w.

d) Panas (*Arch. d'ophtalmologie 1895. Marzec*). Przebicie do jamy czaszki w okolicy dziury wzrokowej (*foramen opt.*). Odpowiednio do tego miejsca ropień mózgu, wielkości orzecha.

e) German *St. Petersb. med. Wochenschrift 1895. Nr. 6*). Po prawej stronie ropienica oczodołu. Po prawej stronie surowicze zapalenie opon mózgowych. Ropień w prawym płacie czołowym.

f) Bauby, Denis (*Archiv d'ophtalm. XVII*). Otok ropny (empyema) szczęki górnej. Ropienica oczodołu Ograniczone, martwicze miejsce w kości sklepienia oczodołu. Ropień w dolnym odcinku płatu czołowego.

g) H. Schüle (*Virchow's Archiv, T. LXVII. S. 215*). Obydwa oczy. *Thrombophlebitis*. Ropień mózgu. Ropień w płucach i nerce.

była myśl o ropnem zapaleniu opon mózgowych. Gdy atoli po wypróżnieniu już wieczorem dnia następnego ciepłota opadła na stałe do 36·6° C., a stan ogólny (przemijająco co prawda) poprawił się, tętno zboczeń nie okazywało i t. d., trzeba było zapalenie opon mózgowych wykluczyć, — a że słusznie, sekcya stwierdziła. Gdybyśmy jednak byli wówczas pomyśleli o możliwości ropnia mózgu, który, jak wiadomo, i bez gorączki przebiegać może, byłyby nas najprawdopodobniej naprowadziły na słuszne rozpoznanie stale potęgujące się osłabienie, bóle i zawroty głowy, wymioty i omdlenia, — wszystko t. zw. ogólne objawy mózgowe.

Co się tyczy zachowania się w naszym przypadku tarczy nerwu wzrokowego, to naturalnie nic pewnego powiedzieć się nie da, gdyż uwalniając chorego dnia 21 lutego, nie mogliśmy go zbadać wziernikiem. To tylko jest pewnem, że na 6 dni przedtem (15 lutego), a więc w czasie gdy ropień mózgu już bezwątpienia dobrze był rozwinięty, dno oka było prawidłowem. Rozumie się samo przez się, że w wątpliwym przypadku obecność tarczy zastoinowej rozstrzygnęłaby rozpoznanie na korzyść ropnia, nie należy jednak zapominać, co także Knies[1]) podnosi, że tarczę zastoinową spotykamy bezporównania rzadziej w przebiegu ropni mózgowych, niż w przebiegu nowotworów. Schmidt-Rimpler[2]) zaś powiada dosłownie w swojem znakomitem dziele: „Neuritis intraocularis kommt nur ausnahmsweise bei Gehirnabscessen vor“ — podczas gdy Oppenheim i Elschnig obliczają, że w 90 przypadkach na 100 przyczyną tarczy zastoinowej bywa nowotwór mózgu.

Nie należy też pominąć milczeniem, o czem już Berlin w wyżej przytoczonym ustępie wspomina, że w przypadkach, w których ropnie występują w towarzystwie zapalenia opon mózgowych, umiejscawiają się one w czołowym płacie tej samej strony, co ropienica oczodołu. Godnem mi się uwagi wydaje, że w naszym przypadku ten sam zachodził stosunek. Nie chciałbym z tego wyciągać za daleko idących wniosków, atoli sądzę, że korzystnem by było nie zapominać w danym przypadku o tym szczególe, a to tem bardziej, że przy takiem umiejscowieniu ropnia nie możemy się spodziewać żadnych objawów ogniskowych.

Z tego cośmy wyżej powiedzieli, dadzą się następujące wyprowadzić wnioski:

Zarówno ropień mózgu, jakoteż i zapalenie opon mózgowych, może powstać drogą przerzutu, jako następstwo ropienicy oczodołu, co szczególnie w każdym takim przypadku należy mieć na względzie, gdzie wśród choroby wystąpią ogólne objawy mózgowe. Jeżeli zaś one już się rozwinęły, a żadnych objawów ogniskowych stwierdzić nie możemy, to wówczas moglibyśmy domyślać się siedliska ropnia w odpowiednim płacie czołowym. Wcześnie wykonanym zabiegiem operacyjnym możnaby zapewne nie w jednym takim przypadku zbawienny osięgnąć skutek.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia prof. E. Machekowi szczerego podziękowania za odstąpienie materyału.

---

[1]) Grundriss der Augenheilkunde. II T. S. 141.
[2]) Erkrankungen des Auges. S. 34 i 36.

IV. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.

Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej na podstawie przypadku operowanego w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Podał
Dr. Stanisław Droba.

(Dokończenie).

Badanie bakteryologiczne. Pożywki agarowe zasiane cieczą surowiczą, mętną, wziętą z woreczka, dały po 12 godzinach obfity porost. Hodowle na obu pożywkach te same; dają już makroskopowo badane wrażenie hodowli czystych, jednolitych. Wylane dla pewności płytki żelatynowe i preparaty drobnowidowe potwierdziły w zupełności pierwotne przypuszczenie. Badanie drobnowidowe wykazało, że hodowla składa się z prątków krótkich, grubych, o zaokrąglonych końcach, przypominających morfologicznie *bacterium coli* lub *bacterium typhi*.

Przystąpiłem do jego oznaczenia, które wypadło w następujący sposób: 1) Prątki okazują bardzo żywe ruchy, a zatem posiadają rzęski. 2) Prątki metodą Grama się nie barwią. 3) Rosną na wszystkich używanych pożywkach, dobrze w przystępie powietrza, mniej dobrze bez powietrza. Optimum 37° C. Na pożywce wolnej od białka (Fränkla-Vogesa) rośnie licho. 4) Hodowla kreślona na agarze zwykłym przedstawia się jako rozległy, falisty nalot o równych brzegach; jest szaro biało zabarwiona i połyskująca. Woda kondensacyjna czysta, — osad w niej mały, szaro-biały. 5) Żelatyny nie rozpuszcza. Hodowla kreślona na żelatynie przedstawia się jako cieniutki rozległy kożuszek. 6) Hodowla kłóta w żelatynie jest nitkowata. Wzdłuż tego nitkowatego kanału widać białą drobniutką ziarnistość. Nasada kanału przedstawia nalot biały, kształtu okrągłego. Brzegi nasady opatrzone są dokoła nierówno powygryzanemi wypustkami. Nasada rozszerza się powoli ku obwodowi, tak, że po 20 dniach dosięga, trzymana w ciepłocie 21°, prawie ścian probówki. 7) Płytki żelatynowe: *a)* makroskopowo przedstawiają się kolonie powierzchownie leżące, początkowo jako drobne, żółtawo przeświecające punkciki, które z czasem się powiększają, mają kształt okrągły, brzegi drobnemi wypustkami zaopatrzone. Brzeg jest jasny, szaro przeświecający, środek biały, cokolwiek wyniosły. Głębokie przedstawiają się jako drobne, żółtawo przeświecające punkciki; *b)* badane pod małem powiększeniem przedstawiają się powierzchownie leżące kolonie w ciągu pierwszych 48 godzin, jako niezabarwione, przeźroczyste naloty o brzegach zatokowatych. Powierzchnia nalotu nieco wystająca, falista, z licznemi rozgałęziającemi się i silnie światło łamiącemi linijkami. Później staje się nalot szaro-żółty, a na powierzchni jego widać białawe, promieniście od obwodu ku ciemniejszemu środkowi przebiegające, nieregularnie powyginane linie. Powierzchnia między temi liniami przedstawia się jednostajnie. Głębokie kolonie są okrągłe, lub nieco owalne, żółtawo zabarwione o powierzchni jednostajnej, a brzegach równych. 8) Hodowla bulionowa przedstawia mierne zmętnienie i skąpy, szaro-biało zabarwiony osad, który po zakłóceniu równomiernie się rozdziela. Kożuszka nie tworzy. 9) Prątki mleka nie ścinają. Mleko trzymane w ciepłocie 37° jeszcze po 22 dniach

pozostało nieściętem. 10) Hodowla ziemniaczana przedstawia nadzwyczaj cieniutki, makroskopowo niewidzialny nalot. Powierzchnia ziemniaka w miejscach rozwijających się kolonij różni się od wolnej powierzchni ziemniaka jedynie tem, że jest połyskująca. Hodowla zasiana na jednej powierzchni ziemniaka rozciąga się z czasem dookoła ziemniaka. 11) Hodowle w bulionie cukrowym w kolbce fermentacyjnej powodują po 12 godzinach w ciepłocie 37° zmętnienie jedynie w ramieniu otwartem, później zmętnienie to rozdziela się równomiernie i w ramieniu zamkniętem, a po kilku dniach zmętnienie ustępuje, a w miejsce jego tworzy się osad szaro-biały. Fermentacyi nie tworzy. 12) Hodowla kłóta w agarze cukrowym jest nitkowata, szaro-biała, drobnoziarnista. Baniek gazu nie tworzy. 13) Hodowla na pożywce bulionowej obojętnej po dodaniu ługu sodowego w stosunku 1:100 rozwija się średnio, na tej pożywce po dodaniu kwasu siarkowego w stosunku 1:100 rozwija się również średnio, a na takiejże pożywce po dodaniu kwasu siarkowego w stosunku 2:100 rozwija się bardzo dobrze. Na pożywce obojętnej rośnie hodowla słabo. 14) Bulion lakmusowy mętnieje, ale zabarwienie niebieskie pozostaje. 15) Bulion lakmusowy z dodatkiem 2% cukru mlekowego mętnieje, ale zabarwienie niebieskie się utrzymuje. 16) Serwatka lakmusowa Petruschkyego wykazuje w 48 godzin po zaszczepieniu prątków, trzymana w ciepłocie 37° w 10 ctm.^{3} $3{,}_{00}$ $^1/_{10}$ normalnego kwasu. 17) Prątek wytwarza siarkowodór silnie. 18) Prątek przemienia azotany w azotyny. 19) Hodowla w wodzie peptonowej indolowej reakcyi nie daje. 20) Zarodników nie tworzy, pomimo, że prątki, szczególnie z hodowli kartoflanych, wykazują wyraźne, silnie światło łamiące punkciki. 21) Próba Widala daje wynik dodatni w rozcieńczeniu 1: 40.

Jak z powyższego wynika, prątek wychodowany z treści woreczka ma wszystkie cechy prątka durowego Ebertha-Gaffkyego.

Badanie kamieni pod względem bakteryologicznym. Po ostrożnem opaleniu pierwszych warstw kamienia, przeciąłem kamień na wyjałowionej płytce Petriego pod kloszem wyjałowionym, a z jądra kamienia porobiłem preparaty, które wykazywały prątki morfologicznie zupełnie podobne do poprzednio opisanego. Innych drobnoustrojów nie znalazłem. Jądro kamienia zaszczepiłem na pożywkach bulionowych i agarowych. Po 36 godzinach wyrosły hodowle prątka krótkiego, grubego, nie barwiącego się metodą Grama, posiadającego bardzo żywe ruchy.

Gdy próba Widala dała wynik dodatni — przeprowadziłem go dla wszelkiej pewności przez wszystkie powyżej podane hodowle, z których wypadło, że prątek wzięty z jądra kamienia, ma wszystkie te same cechy, które okazywał prątek, wyhodowany z treści woreczka, że jest to również prątek durowy Ebertha-Gaffkyego.

Te same prątki znalazłem w jądrze pozostałych dwóch kamieni. Jak z powyższych badań wynika, w przypadku naszym istniał ścisły przyczynowy związek pomiędzy durem brzusznym, jaki chora przebywała przed siedemnastu laty, a między sprawą tworzenia się kamieni żółciowych.

Ale przypadek opisany budzi i z innych względów zainteresowanie, mianowicie ilustruje bardzo pięknie teoryę Riedla[21]) o powstawaniu kolki żółciowej. W świetle tej teoryi przedstawiłem 15 przypadków kamicy żółciowej z materyału ś. p. Obalińskiego, które opisałem w zbiorze prac ku uczczeniu pamięci nieodżałowanego profesora, ale żaden z nich nie przedstawiał tak klasycznego w tym względzie przykładu, jak przypadek powyżej opisany. W przypadku tym, jak to już nadmieniłem, wycięty worek przedstawiał jamę zupełnie zamkniętą, gdyż w jamce, wytworzonej z szyjki woreczka, siedział kamień wielkości i kształtu śliwki węgierskiej, który zamykał szczelnie wchód do przewodu woreczkowego. Jamka ta miała ściany bardzo zgrubiałe, a kamień był tak w nią wmurowany, że się nie dawał ani ku przodowi, ani ku tyłowi przesunąć. Obok tego było dwa kamienie niemal tej samej wielkości w jamce, znajdującej się w dnie woreczka, — kamienie te były również w jamkę szczelnie wmurowane. W środkowej zaś jamce, która była wielkości orzecha włoskiego, znajdowała się ciecz surowicza, mętna.

Patrząc na te stosunki w worku, i uprzytamniając sobie z wywiadów bardzo gwałtowne napady bólów, jakie chora miała w kwietniu i marcu b. r., oraz szereg innych napadów średniego nasilenia, — musi się przyjść do stanowczego przekonania, że tu przyczyną tych bólów nie mogła być wędrówka kamieni. Kamienie leżały wmurowane w jamki, w których się bezwarunkowo przesunąć nie mogły. O tem zaś, by się kamienie przedzierały do przewodów żółciowych, nawet myśleć nie można, gdyż wchód do przewodu woreczkowego był szczelnie zamknięty, a kamień, który ten wchód zamykał, był wielkości dużej śliwki i był wmurowany w jamkę o tak grubych ścianach, że już z tego można wnioskować napewno, że kamień ten siedział lata, unieruchomiony w jamce. To też to, a dalej obraz histologiczny ściany woreczka, opisany powyżej i wykazujący w całej grubości ściany nacieki zapalne, muszą przemawiać gorąco za teoryą Riedla, która napady kolek tłómaczy powtarzającem się co jakiś czas zaostrzeniem sprawy zapalnej w ścianie woreczka. Według tej teoryi najważniejszym warunkiem do rozpoczęcia się szeregu napadów jest wytworzenie się otoku surowiczego lub ropnego w zmienionym do pewnego stopnia woreczku. Otóż w naszym przypadku otok surowiczy w zmienionym woreczku był, gdyż ciecz surowicza, mętna, znajdująca się w środkowej jamce, była zupełnie zamknięta. Ciecz ta odpływać nie mogła, to też w razie zaostrzenia sprawy zapalnej w ścianie woreczka i w razie nagłego zwiększania się treści w zamkniętej jamce wskutek wylania się tutaj wypociny zapalnej — musiały występować bóle, z powodu nagłego i dużego napięcia ścian worka. Przebieg kliniczny odpowiada temu najzupełniej, gdyż w czasie napadu worek stawiał się wyraźnie i był bardzo bolesny.

Wogóle przypadek nasz w świetle tej teoryi przedstawia się od początku w sposób następujący:

Przed 17 laty, kiedy chora przebywała dur brzuszny, prątki durowe dostały się do woreczka żółciowego i wywołały tu nieżyt błony śluzowej woreczka. Masy wypocinowe, przepełnione prątkami durowymi, stworzyły jądra tworzących się naokoło nich przez nawarstwianie (appositio) i naciekanie (infiltratio) kamieni. Kamienie rosły, a równocze-

[21]) Riedel: *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* (T. III, Z. 2, 1898).

śnie postępowały zmiany zapalne w ścianie woreczka. Na jakiś czas przed pierwszym napadem kolki, który miał miejsce przed siedmiu laty, przesunął się pierwszy kamień do szyjki woreczka, a rosnąc tu dalej zamknął wchód do woreczkowego przewodu i spowodował tem samem wytworzenie się otoku surowiczego woreczka Gdy to się stało, stało się zadość najważniejszemu warunkowi powstawania napadów kolki; — to też odtąd występuje szereg napadów o większem lub mniejszem nasileniu, czyli inaczej mówiąc, szereg zapaleń surowiczych *(Perialienitis serosa Riedel)*, wywoływanych zadrażnieniem ściany woreczka, pochodzącem od kamieni, — które tu pełniły rolę ciał obcych.

Wszystkie napady przebiegały bez żółtaczki, — bo były to bezskuteczne napady *(Erfolglose Anfälle Riedel)*. Kamień siedzący w szyjce był za wielki, by się mógł przedostać do przewodu wspólnego i wywołać żółtaczkę *(Ileell-lithogener Icterus Riedel)*, wchód do woreczkowego przewodu był szczelnie zamknięty — tak, że zapalenie, toczące się w woreczku, nie mogło się przenosić na przewody i wywoływać żółtaczki zapalnej *(Entzündlicher Icterus Riedel)*. Że napadom bólów towarzyszyły dreszcze i wzniesienia ciepłoty, to w naszym przypadku jest rzeczą zupełnie zrozumiałą; w całej bowiem sprawie zapalnej, jaka się tu toczyła, odgrywały, obok kamieni drażniących tkankę, niemałą rolę obecne tam prątki durowe.

Spełniając miły obowiązek, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie Czcigodnemu szefowi memu, Drowi Maksymilianowi Rutkowskiemu za łaskawe odstąpienie mi przypadku, a zarazem za szczególną opiekę, jaką otaczał przez cały rok pracownię chirurgiczną. Następnie składam serdeczne podziękowanie Radcy cesarskiemu Drowi Antoniemu Krokiewiczowi, prymaryuszowi szpitala św. Łazarza, za chętne odstąpienie mi chorych durowych do prób Widala i Docentowi Drowi Stanisławowi Ciechanowskiemu za łaskawe a nad wyraz chętne skontrolowanie mych badań histologicznych

V. Wyciągi.

Bumm. **Etyologia i patogeneza gorączek połogowych.** (Sprawozdanie na 8 Zjeździe niemieckiego Tow. ginekol.) *(Heilkunde* 1899. III. 9). Sprawa etyologii i patogenezy gorączek połogowych nie jest tak prostą, jak się zdawała w początkach ery bakteryologicznej. Z nowemi odkryciami wyłoniły się i nowe zagadnienia, dalekie jeszcze od rozwiązania. Gorączki połogowe są równoznaczne z gorączkami przyrannemi; w powstawaniu i rozwoju jednych i drugich grają rolę te same czynniki; odrębność gorączek połogowych stanowi to, że źródłem ich jest wielka ranna powierzchnia jamy macicy, z której z jednej strony trudniejszy odpływ wydzielin, z drugiej wskutek szczególnych jej stosunków anatomicznych i fizyologicznych łatwiejsze wessanie jadów. Jak we wszystkich ranach, tak i tu odróżnić należy wessanie produktów bakteryi — zatrucie, od przenikania samych bakteryi w głąb ustroju — zakażenia. Aczkolwiek obie te sprawy mogą pojawiać się równocześnie, to jednak szczególnie w powstawaniu gorączek połogowych podział ten ze względów praktycznych i nadal należałoby utrzymać. Źródłem zatrucia w ścisłem znaczeniu są najczęściej sprawy posokowate we wnętrzu macicy, toczące się ze współudziałem prątków gnilnych. Nie jest to jednak źródło jedyne. Zwłaszcza dla przelotnych gorączek, występujących w późnych okresach połogu, innego należy szukać wytłómaczenia. Jama macicy po porodzie normalnym nie zawiera wprawdzie drobnoustrojów, jednakże w ciągu połogu mogą do niej od pochwy zwolna one się dostawać, jak to Burckhardt w 11 na 14 przypadków wykazał. Otóż dopóki odpływ wydzielin połogowych jest swobodny, dotąd produkta tych drobnoustrojów nie zostają wessane; natomiast następuje ich wessanie i wskutek tego gorączka, skoro tylko odpływ natrafia na jakąś przeszkodę (np. zatkanie ujścia macicy resztami błon płodowych lub skrzepami, lub silniejsze zagięcie szyjki itp.). Gorączka znika, skoro przeszkoda taka ustąpi. Według Bumma tworzy się w ten sposób przez wessanie produktów gorączkotwórczych około 60% wszystkich gorączek połogowych. W takich razach znajdujące się we wnętrzu macicy drobnoustroje gnilne nie okazują prawie nigdy zdolności do wnikania w głąb ustroju. To samo dotyczy znajdowanego w przypadkach odmy macicznej prątka okrężniczego. Na granicy między zatruciem a zakażeniem stoją prątki błonicze i tężcowe, które wnikają w tkankę, ale nie głęboko, i działają na ustrój za pośrednictwem wydzielanych przez siebie jadów. Właściwe zakażenia ogólne w połogu, które obejmują ciężkie i śmiertelne przypadki i są przyczyną gorączek połogowych „*sensu strictiori*“, są wywoływane w niezmiernej większości przypadków przez paciorkowce. Bramą tych zakażeń jest z małymi wyjątkami prawie zawsze *endometrium* i to szczególnie miejsce łożyskowe, skąd szerzą się zwykle drogami limfatycznemi lub przez naczynia żylne. Znacznie rzadziej zdarza się, że bardzo jadowite drobnoustroje nie szerzą się wzdłuż tych dróg, lecz wprost przerastają przez ścianę macicy na wskróś. W żyłach posuwają się paciorkowce wzdłuż wyściółki śródbłonkowej, wywołując dopiero następowo zakaźne zakrzepy, niekiedy jednak zdarza się, że zakażają one istniejące już skrzepy i sprowadzają ich zakaźny rozpad. Zdaje się, że zakażenia połogowe stały się obecnie znacznie łagodniejsze. Najczęściej zdarza się miejscowe zakażenie macicy, rzadziej już spotyka się zakażenie, zwolna posuwające się drogami żylnemi i sprowadzające długo się wlokącą ropnicę; coraz rzadsze staje się ostre ogólne zakażenie, a nacieków ropnych w tkance okołomacicznej prawie się dziś nie widuje. Posuwanie się zakażenia wzdłuż trąbek do otrzewnej jest w każdym razie zjawiskiem wyjątkowem. Ciężkość przebiegu zakażenia nie tyle zależy, zdaniem Bumma, od odporności zakażonego osobnika, lub od warunków zewnętrznych, jak czas zakażenia i ilość zarazka, ile od jakości, to jest od stopnia jadowitości zarazka, mianowicie paciorkowca, Inne rodzaje drobnoustrojów grają w zakażeniach połogowych rolę nader podrzędną. Znajdowano wprawdzie gronkowce złociste i białe, jednakże nie sprowadzają one przeważnie cięższych zaburzeń, a jeśli zakażenie w tych razach staje się zabójczem, to prawie zawsze jest to wynikiem współdziałania paciorkowców. W odosobnionych przypadkach znajdowano nadto prątki tyfusowe, dwoinki zapalenia płuc, dalej prątki z grupy obrzęku złośliwego i im pokrewne. Wreszcie istnieją spostrzeżenia zakażeń mięszanych, w których równocześnie z paciorkowcami wykrywano: gronkowce, prątki okrężnicowe, durowe, błonicze, dwoinki rzeżączkowe i rozmaite bakterye gnilne, w których to spostrzeżeniach jednakże, zdaniem B., należy zawsze paciorkowcom przypisać rolę główną; towarzyszące im drobnoustroje zdolne są co najwyżej nadać obrazowi klinicznemu i anatomicznemu pewną rozmaitość.

Na wszystkie powyższe zapatrywania zgadzają się mniejwięcej wszyscy badacze; różnica zdań rozpoczyna się dopiero od zagadnienia: skąd pochodzą zarazki chorobotwórcze i jak dostają się one do macicy? — Niema wątpliwości, że często przenośnikami zakażenia są palce badających, narzędzia, a nawet ręce samej położnicy, jeżeli wbrew zakazowi dotyka się sromu, pochwy; wiadomo też, że na skórze znajdują się drobnoustroje, które sobie w ten sposób sama położnica zaszczepić może. Nazywać te przypadki za wzorem Kröniga „samozakażeniem“ jest to wprowadzać niepotrzebne zamieszanie w pojęciach. Zagadnienie „samozakażenia“ we

właściwem znaczeniu polega właściwie na rozstrzygnięciu, czy pochwa prawidłowo rodzących zawiera bakterye chorobotwórcze, któreby się stąd do macicy samoistnie dostać mogły, a praktycznie sprawa ta pociąga za sobą pytanie: czy należy pochwę rodzących odkażać, czy też nie? — Odpowiedź jest tu znacznie trudniejsza, niż się na pozór wydaje; pouczają o tem właśnie nader między sobą się różniące wyniki badań. Przedewszystkiem nie jest pewne, czy w pochwie rodzących znajdują się paciorkowce, bo o nie głównie chodzi. I tak Döderlein podaje, że znalazł je u 5% ciężarnych, Walthard zaś — u 27%, a Vahle u 25%; przeciwnie zaś Krönig i Menge nie znajdowali ich nigdy, jeżeli równocześnie nie było jakiegoś ogniska zakaźnego. Bumm zaś sam na zasadzie własnych i cudzych w swojej pracowni wykonanych badań przypuszcza, że paciorkowiec, znajdowany w pochwie zdrowych ciężarnych i rodzących nie jest identyczny z paciorkowcem ropotwórczym, i że nawet morfologicznie nieco się od niego różni. Następnie dużo zależy od sposobu brania materyału do hodowli z pochwy; dowodzi tego okoliczność, że Williams, który dawniej znajdował paciorkowce u 20% ciężarnych, obecnie, odkąd posługuje się sposobem Mengego, zabezpieczającym wydzielinę pochwy od wszelkich zanieczyszczeń, zawleczonych z zewnątrz przy szczepieniu, wcale paciorkowców w pochwie znaleść nie zdołał, (chociaż około 50% tych samych przypadków dawało hodowle paciorkowców, jeżeli wydzielinę do szczepienia brano przez zwykły okrągły wziernik). Niemniejsze sprzeczności w sprawie t. zw. „samozakażenia“ przedstawiają dane, poczerpnięte ze spostrzegania klinicznego. Jako przykład samozakażenia przytaczają niektórzy np. Ahlfeld: zapalenia otrzewnej po samoistnych pęknięciach macicy u nie badanych rodzących, na co w odpowiedzi można przytoczyć liczne już dziś spostrzeżenia gładkiego wygojenia się całkowitych pęknięć macicy i to doraźnie, bez powikłań gorączkowych. Zresztą w przypadkach pęknięć komunikuje otrzewna ze światem zewnętrznym przez pochwę i zakażenie może tędy wkroczyć taksamo, jak przez przenikające rany ściany brzusznej, gdzie przecież nikt nie mówi o samozakażeniu. Zdawałoby się, że sprawę zarazków pochwowych wyświetli porównanie statystyk zachorzeń i śmierci z tych klinik, gdzie zastósowano zasadniczo we wszystkich przypadkach przeciwgnilne zapobiegawcze przemywanie pochwy przed porodem, ze statystykami zakładów, gdzie znów „z zasady“ pochwy się nie przepłókuje. Jednakże i tu otrzymane daty stoją ze sobą w najjaskrawszej sprzeczności. I tak np. w klinikach Ahlfelda i Winckela wynosi odsetek gorączek połogowych pomimo przepłókiwań 27·7% i 35%, tymczasem Hofmeier swój niski odsetek (9.5%) przypisuje przepłókiwaniom; inni zaś, jak Mermann (6%), Leopold (8·3%) itd. otrzymali bez przepłókiwań równie dobre, lub lepsze rezultaty, niż Hofmeier. Jedni (Steffeck, Ahlfeld, Holowko itd.) spostrzegali obniżenie się chorobowości po zaprowadzeniu przemywań; inni (Leopold, Fehling itd.) wprost przeciwnie spostrzegali przytem zwiększenie się chorobowości, a opadanie jej po ponownem usunięciu przepłókiwań. Równie sprzeczne są statystyki porównawcze, dotyczące śmiertelności z gorączek połogowych przy przemywaniach i bez nich. Nawet uwzględniając rozmaite czynniki uboczne, jak rozmaitość środków, używanych do przemywań, rozmaicie długi średni czas pobytu chorych w tej lub innej klinice i t. d., co wszystko mogło wpłynąć na wyniki statystyk, nie można mimo to istniejących różnic wyrównać i niejasności wyników wytłómaczyć. Bumm ze swej strony sądzi, że cały spór o „samozakażenie“ jest właściwie bezprzedmiotowy, gdyż wszystkie przypadki zakażenia połogowego tak czy owak muszą polegać na zawleczeniu zarazków ze świata zewnętrznego,

Doc. Ciechanowski.

Luithlen: **O pęcherzycy noworodków.** *(Wien. klin. Wochenschrift*, 1899, Nr. 4). Już od dłuższego czasu zwracano uwagę, że pewne postacie pęcherzycy noworodków stanowią ściśle odgraniczoną jednostkę chorobową. Choroba ta, którąby można nazwać pęcherzycą zaraźliwą *(pemphigus contagiosus)*, występuje często nagminnie, ni kiedy w zakresie działania jednej położnej. Zauważono także, że matki niejednokrotnie równocześnie z wybuchem choroby u dziecka zapadały na gorączkę połogową, co mogłoby nasuwać podejrzenie równoczesnego zakażenia matki i dziecka podczas porodu. Najczęściej, choć nie wyłącznie, pojawia się choroba u dzieci między 3-cim a 14-tym dniem po urodzeniu. Wyjątkowo mogą jednak dzieci przyjść na świat ze zmianami już rozwiniętemi, a jeden podobny przypadek Abegga był nawet punktem wyjścia epidemii aż 30 przypadków. Choroba przebiega, jeżeli niema powikłań, bez gorączki i skończyć się może w przeciągu jednego tygodnia; jeżeli jednak wystąpią nowe nawały, przeciąga się ona nawet na 6—8 tygodni. Gdy zmiany są rozległe, zejście może być niekorzystne z tych samych powodów, co przy rozległych oparzeniach. Choroba może się przenieść i na osoby starsze, pozostaje jednak wtedy prawie zawsze miejscową (pęcherze na sutkach, w fałdzie pachwowym).

Almquist znajdował stale w treści pęcherzy koki, które zapomocą hodowli nie dały się odróżnić od gronkowca złocistego, ale zaszczepione na skórze nie wywoływały ropni lub czyraków, tylko pęcherze, i ztąd wnosił, że chodzi tu o swoisty drobnoustrój: *micrococcus pemphigi neonatorum.* Autor potwierdza spostrzeżenia Almquista, gdyż i on stale w pęcherzach znajdował przy badaniu bakteryologicznem gronkowca złocistego, swoistości jednak mu nie przyznaje. Chodziłoby według autora tylko o odmianę mniej jadowitą. Osiedleniu się tego drobnoustroju w naskórku i uogólnieniu choroby sprzyja u dzieci w pierwszych tygodniach życia fizyologiczne złuszczanie się przyskórka.

Co się tyczy histologii cierpienia, to według badań autora pęcherz powstaje przez oddzielenie warstwy rogowej od pokładu kolczastego, a w ścianach i treści niepękniętego pęcherza znachodzi się gronkowiec w czystej hodowli. Za analogiczną sprawę do pęcherzycy noworodków uważa autor liszajec zakaźny *(impetigo contagiosa staphylogenes)* Unny, gdyż w obu razach wysięk znajduje się powierzchownie, to jest podnosi tylko warstwę rogową i w obu razach przyczyną są gronkowce; w liszajcu *(impetigo)* wysięk jest jednak ropny.

Leczenie cierpienia polega na usunięciu kąpieli, zastósowaniu maści ichtyolowej na miejsca pozbawione warstwy rogowej naskórka, a na resztę ciała jakiegokolwiek proszku antyseptycznego.

Lewkowicz.

Dr. Rammstedt. **Przypadek wąglika na języku, zakończony wyzdrowieniem i uwagi o leczeniu wrzodzianek wąglikowych.** *(Münch. med. Wochenschr*, 1899, Nr. 19). Robotnik, jedząc mięso, prawdopodobnie z bydląt padłych na zakażenie wąglikowe, zakaził się tem cierpieniem i trzeciego dnia choroby zgłosił się do kliniki v. Bramanna w stanie bardzo opłakanym. Stan ogólny jak w zakażeniu posocznicznem. Język silnie obrzękły wystercżał z jamy ust, wklinowany między zębami. Na dolnej jego powierzchni ognisko zgorzelinowe wielkości marki. Sąsiednie okolice twarzy i szyi obrzękłe. C. 39·2, tętno 100. Szybkość, z jaką cierpienie to postępowało, brak chełbotania w obrzękłym języku i owrzodzenie na niem, pozwalało myśleć o wągliku. Badanie krwi i wydzieliny jamy ustnej dało wynik ujemny. Natomiast w strzępach zgorzelinowych z dna i brzegów owrzodzenia wykazano pod mikroskopem i w hodowli prątki charakterystyczne dla wąglika. Leczenie było ściśle objawowem, — na co szczególniejszy nacisk kładzie R. Już od 10 lat tego sposobu leczenia przestrzega Bramann w swej klinice i dzięki tylko takiemu postępowaniu przypisać należy, zdaniem jego, pomyślne wyniki. W klinice chirurgicznej w Halli nie przecinają i nie wycinają nigdy wrzodzianek wąglikowych, doświadczenie bowiem pouczyło, że zgorzel skóry ogranicza się i bez nacięcia do niewielkiej powierzchni, a z drugiej strony obawiają się, by przez otwarcie naczyń nie otworzyć równocześnie drogi dla prątków wąglika do ogólnego krwiobiegu i nie wywołać tym sposobem ogólnego zakażenia.

Herman.

Batzaroff: **Dżumowe zapalenie płuc, wywołane doświadczalnie u zwierząt.** *(Annales de l' Institut Pasteur*, 1899, Nr. 5). Groza dżumy, zbliżającej się przez Egipt ku Europie, mimowolnie zwraca uwagę na badania zarazka tej choroby, dokonywane w pracowniach całego świata cywilizowanego, a coraz więcej przynoszące danych do znajomości tego niebezpiecznego wroga. B. zajął się szczegółowiej wyjaśnieniem patogenezy dżumowego zapalenia płuc zapomocą doświadczeń na zwierzętach i stwierdził, że u zwierząt można sztucznie wywołać obie postacie tej choroby, spostrzegane u ludzi, to jest t. zw. pierwotne i t. zw. wtórne zapalenie płuc dżumowe. Pierwotne występuje w postaci ogniskowej okołooskrzelowej i prowadzi do ogólnego zakażenia. Można je wywołać u wszystkich zwierząt, używanych do doświadczeń w pracowniach, umieszczając hodowle prątka dżumy na nienaruszonej, nieskaleczonej błonie śluzowej nosa. Zapalenie dżumowe płuc może się udzielać ze zwierzęcia na zwierzę przez zetknięcie, przyczem przenośnikami zarazka są wydzieliny zwierząt chorych, szczególnie łzy, śluz z nosa i oskrzeli i t. d. Ważnem jest spostrzeżenie, że zapalenie płuc przez zaszczepienie do dróg oddechowych potrafi wywołać już taka hodowla prątka dżumy, która nie jest zabójczą przy zaszczepieniu podskórnem. Przeprowadzony kilkakrotnie przez błonę śluzową nosa odzyskuje taki osłabiony zarazek swoją pełną jadowitość. Dalej zasługuje na uwagę, że prątek dżumowy, zasuszony z substancyami białkowatemi, może wywołać zapalenie płuc dżumowe po zaszczepieniu do nosa nawet jeszcze w kilka tygodni po zasuszeniu. — Wtórne zapalenie dżumowe rozwija się najłatwiej u świnek morskich w przebiegu zakażenia dżumowego, bez względu na to, jaką bramą wkroczyło ono do ustroju. Zapalenie to oznacza się odrębną postacią anatomiczną, mianowicie tworzeniem się na opłucnych gruzełków rzekomych (?). — Surowica przeciwdżumowa zapobiega z łatwością pierwotnemu dżumowemu zapaleniu płuc, zastósowana przed zakażeniem; natomiast działa słabo lub wcale nie działa, skoro zapalenie już się rozwinęło. Wreszcie podaje autor, że zakażenie można wywołać przez każdą błonę śluzową, dostępną od zewnątrz: najodporniejszą względem zakażenia okazuje się błona śluzowa pochwy, poczem następują: błona śluzowa odbytnicy, jelit, ust, spojówka, w końcu najwrażliwszą jest błona śluzowa nosa.

Doc. Ciechanowski.

Espine i Jeandin: **Ogólna wysypka po zaszczepieniu krowianką** *(Vaccine généralisée à forme eruptive). (Archiv für Kinderheilkunde* T. 26, Z. 5 i 6). Dziecko 11-stomiesięczne zaszczepiono krowianką jak zwykle na ramieniu; szczepienie przyjęło się należycie, a pryszcze rozwijały się prawidłowo, równocześnie jednak w piątym dniu od chwili zaszczepienia pojawiła się na całem ciele osutka typowych, cechujących pęcherzyków, takich samych, jakie tworzą się w miejscach zaszczepionych krowianką. Pęcherzyki takie pojawiły się i na błonie śluzowej jamy ustnej. Gorączka nie dochodziła do 39° C. W krótkim czasie dziecko zupełnie ozdrowiało, a strupy odpadły prawie w tym samym czasie z ramienia jak i z reszty ciała. Zastanawiając się nad rodzajem tej choroby, wykluczają autorowie ospę prawdziwą i twierdzą, że istota choroby polegała w tym razie na pojawieniu się pryszczów szczepiennych (vaccine) na całem ciele, a twierdzenie swoje opierają na szczepieniach cieląt limfą zebraną z pryszczów dziecka. Te rzadkie zresztą przypadki, w których szczepienie objawia się osutką ogólną, uważają autorowie za rodzaj pośredniej postaci w gromadzie osp i wyznaczają jej miejsce między ograniczoną do wymion ospą krowią (Kowpox), a zaraźliwą ogólną wysypką ospową (variola), pojawiającą się u ludzi. *r.*

W. Thorn. **Przyczynek do leczenia raka macicy, nadającego się do radykalnej operacyi w końcu ciąży.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 21 i 22). Autor operował w końcu ciąży jeden przypadek raka części pochwowej w ten sposób, że otworzył zapomocą termokauteru przednie sklepienie, oddzielił przednią ścianę macicy od pęcherza, potem przeciął przednią ścianę szyi i dolnego odcinka w kierunku strzałkowym. W otwór w ten sposób sztucznie w macicy wytworzony wstawił się pęcherz, a po nim główka, autor przebił pęcherz i wydobył płód żywy, donoszony, zapomocą kleszczy. Po porodzie natychmiast wyjął macicę drogą pochwową, rozpoczynając ten zabieg od otwarcia zatoki Douglasa. Tylnego sklepienia dlatego nie otwierał przed rozwiązaniem operowanej, gdyż po pierwsze chciał uniknąć znaczniejszego krwotoku, po drugie obawiał się, by drogą otwartej zatoki Douglasa nie zostawić w otrzewnej wydzieliny rozpadającego się raka. Wspomina autor, że znaczniejszego krwawienia ze ścian pochwy po otwarciu tylnego sklepienia możnaby uniknąć przez obustronne podwiązanie tętnic macicznych, ale rękoczyn ten byłby wysoce dla dziecka niebezpieczny.

Z uwagi, że w przypadkach raka macicy u ciężarnych rozmaici autorowie polecają rozmaitą drogę operacyjną, stara się Thorn dla każdej postaci znaleźć ściślejsze wskazania, które streszcza w następujących punktach: 1) Cięcie cesarskie drogą brzuszną należy wykonać zawsze wtedy, gdyby dziecku przy wyciąganiu mogło grozić jakieś niebezpieczeństwo; 2) przy płodzie nieżywym należy chorą rozwiązać jakimkolwiek zabiegiem drogą pochwową, a potem tą drogą wyjąć macicę; 3) gdy chora, dotknięta rakiem macicy, jest już rodzącą, to nie należy długo zachowywać się wyczekująco, tylko w łagodny sposób trzeba poród ukończyć, a potem wyjąć macicę; 4) w ciąży nie należy długo zwlekać z zabiegiem; 5) przy raku części pochwowej należy rozwiązać chorą drogą otworu w przedniej ścianie macicy, o ile wyciąganie nie jest dla płodu groźne. Tętnic macicznych nie należy podwiązywać przed rozwiązaniem chorej; 6) jeżeli dla wydobycia płodu drogą pochwową przy raku części pochwowej istnieją bardzo trudne warunki, to zdaniem autora należy zrobić cięcie cesarskie, odciąć trzon macicy drogą brzuszną, zaopatrzyć otrzewnę, zeszyć powłoki, a kikut szyi w końcu wydobyć drogą pochwową; 7) przy raku szyi macicznej należy po wydobyciu płodu drogą brzuszną, wyłuszczyć macicę z otaczającą tkanką i przewodami tą samą drogą; 8) przy formie raka części pochwowej, przechodzącego na szyję, należy operować drogą pochwowo-brzuszną, jeżeli chcemy operować w granicach tkanki zdrowej.

St. D.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Kamen badał zabójcze działanie na dwoinki rzeżączkowe niektórych nowszych środków przeciwrzeżączkowych. »*In vitro*« okazały się najdzielniejszymi środkami argentamina i largina, zwłaszcza pierwsza, co jednak stoi w pewnej sprzeczności z doświadczeniem klinicznem, wskazującem na protargol, jako na najlepszy z nowszych środków przeciwrzeżączkowych w działaniu »*in vivo*«. *(Heilkunde* 1899. III. 9). *C.*

Mabille (z Reims) spostrzegł w jednym przypadku wola u 42-letniej kobiety, leczonego przetworami gruczołu tarczykowego, że nieprzyjemne, a nawet niebezpieczne, działanie uboczne tych przetworów znikało przy równoczesnem podawaniu *Liq. Fowleri.* Wykonawszy wobec tego kilkanaście doświadczeń na zwierzętach, które miały to spostrzeżenie potwierdzić, zastósował M. przetwory arsenu obok przetworów gruczołu tarczykowego, podawanego nawet w dużych dawkach u 4 innych chorych i utrzymuje, że sposób ten zapobiegał najzupełniej wielkim ubocznym skutkom leczenia tyreoidynowego. *(Heilkunde* 1899. III. 9). *C.*

Emol, chemicznie pokrewny ze steatytem, działa na skórę podobnie jak mydło, gdyż posiada silną własność emulgowania. Rozrobiony z wodą w miękką masę i pozostawiony na skórze pod papierem kauczukowym, rozmiękcza warstwy przyskórka tak, że łatwo zdjąć się dają. Jako zasypka użyty być może przy chorobach swędzących, usuwa bowiem szybko świąd, a jako środek wysuszający oddaje dobre usługi przy wypryskach sączących. *F. K.*

W „Académie de médecine“ stwierdza Radet na mocy licznych doświadczeń, że u morfinistów, u których przy odzwyczajaniu od morfiny podawać trzeba istotę, dającą komórkom mózgowym złudzenie tego środka, bardzo dobrze działała napelina,

ciąg z świądu mordownika (*Aconitum Napellus*), która działała podobnie jak akonityna, sprowadzając senność, niezborność ruchów i pewien rodzaj odurzenia. W powyższym celu używa się 3—5 ctm.³ z roztworu 2% i dochodzi się do najwyższej dawki 0·30 napeliny. Najważniejszą jest zaś ta własność tego przetworu, że chory wcale się do niego nie przyzwyczaja tak, że każdej chwili można zaprzestać podawania. *F. K.*

P o u c h e t (Paryż) zaleca wodę chloroformową do rozpuszczenia środków nasennych i do zachowania trwałości alkaloidów. Jako środek nasenny i kojący ból podaje: *Rp. Morph. mur. 0·02 Aquae chloroform. satur., Aqu. flor. aur. aa 60·0 Syr. simpl. 30·0.* Jako mięszaninę uspokajającą zapisuje: *Rp. Kali brom. 2·0 do 4·0 Aqu. chloroform. dil. 100·0 Aqu. flor. aurant. 30·0 Syr. 20·0.* Przy krwotokach żołądkowych stosuje B e u r m a n n, jako środek uśmierzający ból: *Rp. Sol. ferr. sesquichl. gtt. X—XX. Aqu. chloroform. 130·0 Aqu. fl. aur. 20·0.* *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 czerwca 1899.

Przewodniczący: kol. A. G l u z i ń s k i. Obecnych członków 45.

1. Kol. A. G l u z i ń s k i przedstawił chorego z ciężką niedokrewnością, wywołaną przez *anchylostomum duodenale.* Wywiady wykazują, że chory czuł się zupełnie zdrowym i silnym do ostatnich dwu lat, mimo że ciężko fizycznie pracował. Dopiero w r. 1898 zaczął się uskarżać na przypadłości żołądkowe, osłabienie, dreszczyki. Gdy badanie nie wykazało żadnych zmian w narządach wewnętrznych, również wykluczyć było można sprawę nowotworową, zwrócono uwagę na obecność pasorzytów. Badanie wykazało w kale chorego jaja *anchylostomum duodenale.* (Demonstracya jaj pasorzyta na rysunku). Prelegent zaznacza następnie, w jaki sposób pasorzyt ten przyszedł do Europy, w których krajach Europy dotychczas go spostrzegano i stwierdza, że przypadek spostrzegany w klinice lwowskiej jest pierwszym w Galicyi. Chory zaś, o którym mowa, nabawił się go w Brazylii, jest bowiem wychodźcą brazylijskim. W końcu, co do leczenia, podał prelegent, że najskuteczniejszym środkiem przeciw *anchyl. duod.* jest *extract. fil. maris*, który podawano choremu w ilości 10 gramów dziennie ze skutkiem pomyślnym. (Wykład ten, obszerniej opracowany, znajdzie czytelnik w obecnym Nrze »Przeglądu lekarskiego«). W końcu nastąpiła demonstracya preparatów drobnowidowych.

W dyskusyi kol. P i s e k sądzi, że ze względu na możliwość zawleczenia pasorzyta przez naszych wychodźców, byłoby wskazanem, by władze o danym przypadku zawiadomiono.

Kol. M a y e r czyni uwagę, że z odczytów w Tow. lek. wiedeńskiem mu wiadomo, że Goldman leczył chorych z *anchylost. duod.* także wyciągiem paprotki, w dawkach, dochodzących do 20 gramów. Mniejsze podobno nie skutkowały.

Kol. A. G l u z i ń s k i oświadcza, że co do leczenia, są stwierdzone przypadki samoistnego wyleczenia; co do wysokości dawek wyciągu paprotki jest zdania, że lepiej rozpoczynać leczenie od mniejszych dawek, i ewentualnie je zwiększać; tak znaczne ilości wyciągu, podane na raz, mogłyby mieć nieprzyjemne objawy uboczne.

II. Kol. S z u l i s ł a w s k i mówił o »powstawaniu ropni mózgowych po ropienicy oczodołu (*phlegmone orbitae*)«. Mówca przechodzi kolejno przyczyny powstawania ropienicy oczodołu, miejscowe i ogólne, a następnie omawia dokładnie powikłania ze strony mózgu i opon mózgowych, oraz sposoby przenoszenia się zapalenia z oczodołu do jamy czaszki. Przypadek, który mówca spostrzegał na oddziale ocznym prof. Macheka stanowi dowód, że oprócz znanych dotychczas i uznanych sposobów, może się uogólniać sprawa chorobowa z oczodołu d r o g ą p r z e r z u t u a nie *per contiguitatem* na mózg i opony mózgowe — i dać powód do powstania zapalenia opon mózgowych wzgl. ropnia mózgu. (Wykład w całości ogłasza dzisiejszy numer »Przeglądu lekarskiego«).

W dyskusyi kol. Z i e m b i c k i oświadcza, że z przedstawionego opisu choroby zdaje mu się, iż przypadek powinien był być bardzo wcześnie posądzony o ropień mózgu. Bóle głowy, wymioty, podniesienie się ciepłoty ciała są w takich razach bardzo poważną wskazówką, nadto przy delikatnem badaniu opukiwanie czaszki, w miejscu, które się posądza, wywołuje ból. To, że kość nie była w danym przypadku naruszona, nie wystarcza, zdaniem mowcy, aby zaprzeczyć możliwości przedostania się ropy do jamy czaszki; przy ropieniach w uchu środkowem można stwierdzić b. małe szczelinki w kości, a mimo to ropnie bywają w mózgu; nie trzeba więc zdaniem mowcy koniecznie uszkodzenia kości.

Kol. W e h r zgadza się ze zdaniem Ziembickiego, że w danym przypadku były objawy, przemawiające za ropniem w mózgu. Przypadek sam, zdaniem mowcy, jest dość prosty. Zwraca uwagę na kilka przypadków, opisanych w literaturze, jak Dreyfusa, Panasa (ropień wydarzył się po wyjęciu zęba).

Kol. S z u l i s ł a w s k i odpowiada, że z punktu widzenia okulistycznego przypadek ten jest unikatem; w całej literaturze mówca takiego nie znalazł. Co do przypadku Panasa, o którym wspomina kol. Wehr, to tam przyszło do przebicia w okolicy szczeliny wzrokowej (*foramen opticum*) i przelania się ropy wprost do jamy czaszki. Tu więc była droga powstania *per contiguitatem*; w przypadku zaś mowcy tego nie było. Prelegent podniósł już w swoim wykładzie, że przypadek ten zasługuje właśnie dlatego na szczególniejszą uwagę, że udowadnia możność powstawania ropni mózgowych z o c z o d o ł u, d r o g ą p r z e r z u t u, czego przykładu w literaturze mowca nie znalazł. Wyciąga zaś z tego na przyszłość naukę, aby w każdym przypadku, gdzie w przebiegu ropienicy oczodołu wystąpią »ogólne objawy mózgowe«, a zajęcie opon będzie się musiało wykluczyć, pomyśleć o p r z e r z u t o w y m r o p n i u m ó z g u.

III. Z kolei Kol. M o r a c z e w s k i mówił o »przemianie materyi w niedokrewności złośliwej«. (Wykład będzie ogłoszony w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos koll.: A. Gluziński, Wehr, Marischler i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Papeé.*

VIII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski,

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe dnia 12-go kwietnia.

9) P f a u n d l e r (z Gradcu): *Okresowość w wydzielaniu soku żołądkowego.* Jeżeli się poda posiłek próbny pewnej objętości, można na podstawie oznaczenia kwasu solnego w treści żołądkowej, wydobywanej o pewnym czasie, obliczyć ilość wydzielonego soku (β) w pewnej jednostce czasu i ilość zawartości żołądkowej wydalonej w tym samym czasie z żołądka (α).

Podług tych liczb można szczegółowo poznać przebieg wydzielania soku żołądkowego i opróżniania żołądka. Ponieważ właściwą miarą czynności żołądka jest α, a czynności wydzielniczej β, można obie te wartości pracy żołądka ściśle zmierzyć i porównać.

Z porównania wyników tego badania żołądków zdrowego i chorego da się wiele poznać tak zw. czynnościowych schorzeń żołądka.

Kwasota treści żołądkowej w prawidłowym stanie po posiłku rośnie aż do pewnego *maximum*, a potem nagle opada. Ów spadek kwasoty jest bardzo zajmującym, a dotąd mało zbadanym objawem. Kwasota opada wskutek zobojętnienia w najszerszem tego słowa znaczeniu, a nie wskutek wessania napowrót kwasu solnego, albo przez rozcieńczenie treści żołądkowej.

Mianowicie w końcu trawienia wypływa z ujścia odźwiernika sok zasadowy. Sok ten należy najprawdopodobniej uważać za prawidłową wydzielinę gruczołów odźwiernikowych, których zadaniem fizyologicznem jest obniżanie kwasoty treści żołądkowej. Można też przypuścić, że w stanach patologicznych gruczoły odźwiernikowe zadanie to rzeczywiście spełniają i bronią ustrój przed skutkami za wielkiej kwasoty soku żołądkowego. Patologia powinna się też liczyć nietylko z obniżeniem lub podwyższeniem czynności wydzielającej kwas, ale również ze zmianami czynności, wiążącej kwas w żołądku.

10) G i n t l (z Karolowych Warów): *Uwagi nad działaniem roztworów soli glauberskiej na wydzielanie kwasu solnego.* Są to badania kliniczne, na podstawie których wnosi G i n t l, że poda-

wanie roztworów soli glauberskiej w przypadkach obniżenia kwasoty — *hypochylia* — nie wywołuje zwiększenia kwasu solnego. Nie należy jednak sądzić na zasadzie tych wyników, że wody glauberskie są nieskuteczne, ponieważ wody te zawierają oprócz Na_2So_4 jeszcze inne sole.

Gintl przytacza przy tej sposobności dwa przypadki, użyte do doświadczeń, w których pokazały się ciekawe szczegóły.

W jednym z tych przypadków dziewczyna młoda ze słabą kwasotą okazywała silne powiększenie jej zawsze podczas miesiączki.

W drugim przypadku występowało tak zw. psychiczne wydzielanie soku żołądkowego, opisane przez Pawłowa. Był to kucharz, który przyzwyczajony z zawodu do gotowania i wąchania potraw, miewał o wiele większą kwasotę po silnym bodźcu, jakim dlań był obiad próbny, aniżeli po śniadaniu próbnem, które przedstawiało za słaby bodziec.

11) Rosenfeld (z Wrocławia): *Przyczynki do sposobów badania żołądka i wątroby.* Kształt żołądka nie jest, jak to opisuje Luschka, poziomo-podłużny, ale taki, jak go podaje Doyen, pionowo-podłużny. Krzywizna mała nie idzie na prawo od wpustu i poziomo, ale nawet na lewo i ku dołowi. Nie ma wcale *fundus minor sive antrum pylori*, lecz *»antrum pylori«* posiada kształt cienkiej rury. Zaledwie $^1/_{10}$ część rury odźwiernikowej przypada na prawą połowę ciała, a nawet najczęściej cały odźwiernik mieści się po stronie lewej.

Położenie to objaśnia guzy żołądka, które się znajdują w całości po stronie lewej, a także wrzody, które szczególniej zdarzają się na krzywiźnie malej. Krzywizna mała w pojęciu Luschki była miejscem najwięcej chronionem, kiedy przeciwnie potrawy wprost na nią zdążają.

Rozstrzeń żołądka można podzielić podług kształtu na rozstrzeń w kierunku pionowym (postać bombardonu) i poziomym (postać szynki). Tylko w tej ostatniej postaci idzie krzywizna mała na lewo, jak podaje Luschka. Wszystkie dotychczasowe metody dyagnostyki żołądka opierają się na nauce Luschki, są więc błędne. Mowca posługiwał się prześwietlaniem Roentgenowskiem do badań nad kształtem żołądka. Wprowadzał zgłębnik miękki, wypełniony na końcu śrutem, a również wdmuchiwał do żołądka powietrze. (Szczegółowy wyciąg z pracy tej, ogłoszonej w *Centralblatt für innere Medicin*, już dawniej podałem w *Przeglądzie Lekarskim.* (Przyp. Dr. St. ER.).

Tak samo można wdmuchiwać powietrze do okrężnicy przez rurę, wprowadzoną do odbytnicy i widzieć na cienniku podczas prześwietlania Roentgenowskiego okrężnicę wypełnioną powietrzem, dolny brzeg wątroby, a czasem też pęcherzyk żółciowy. W ten sposób można w razie istnienia guzów stwierdzić je wyraźnie. Okrężnica nie jest nieruchoma, nawet niekiedy dotyka swoją lewą krzywizną aż przepony.

Jeżeli żołądek jest rozszerzony w kierunku pionowym, to wówczas okrężnica, otaczając łukowato krzywiznę małą żołądka, może się przyczyniać zapomocą ruchów swojej krzywizny do przepchania miazgi pokarmowej, jak to widział mówca w niektórych przypadkach na obrazach roentgenograficznych.

12) Dapper (z Kissingen): *Wskazania do używania słabych źródeł solnych* (Kissingen, Homburg) *w chorobach żołądkowych.* Słabe źródła solne mogą nietylko powiększyć wydzielanie soku żołądkowego w niedomodze wydzielniczej, ale również w wprost przeciwnych chorobach, jak w podwyższeniu kwasoty, kwasotę tę obniżyć.

Przeciwwskazane są w podwyższonej kwasocie, zdarzającej się często w błednicy, w wrzodzie żołądka, w przewlocznym sokotoku i w rozstrzeniach.

Bardzo dobrze działają w podwyższonej kwasocie u neurasteników, przebiegającej ze zwiotczeniem przewodu pokarmowego i w tak zw. nieżytach kwaśnych.

Ponieważ używanie źródeł solnych nie sprzeciwia się spożywaniu większej ilości tłuszczów (jak to dawniej sądzono), a nawet sprzyja temu, można też chorym podczas leczenia zdrojowego zalecać zjadanie tłuszczu w postaci strawnej, jak masła, śmietany itp. Jest to szczegół bardzo ważny, ponieważ właśnie tacy chorzy wymagają lepszego odżywienia.

13) Petruschky (z Gdańska): *Rozpoznanie i leczenie pierwotnego wrzodu gruźliczego żołądka.* W dwu przypadkach bardzo uporczywego wrzodu żołądka rozpoznał P. przyrodę gruźliczą, ponieważ wobec braku jakichkolwiek oznak gruźlicy ustrój oddziaływał na tuberkulinę Kochowską i ponieważ dalej pod wpływem leczenia tuberkuliną wrzody szybko ustąpiły, mimo że wprzód, leczone inaczej, długo się opierały leczeniu.

(Koniec czwartego posiedzenia). (C. d. n.)

IX. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie.

Podał

Dr. T. Janiszewski

lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

II. Etyologia. Na podstawie dotychczasowych badań przyjąć musimy za fakt, że jedyną bezpośrednią przyczyną gruźlicy i to w najrozmaitszych jej postaciach, w jakich się ta choroba u człowieka przejawia (gruźlica płuc, kości, krtani, gruczołów, gruźlica prosówkowa, gruźlica skóry) — jest prątek gruźliczy, odkryty przez Kocha.

Gruźlica u bydła, tak zw. perlica krów, wywołaną bywa tym samym prątkiem. Prątek wywołujący gruźlicę u ptaków nie jest tożsamy z prątkiem Kocha.

Wobec ogromnego rozpowszechnienia się gruźlicy, sprawa zbadania morfologicznych, biologicznych i chemicznych właściwości tego wroga staje się niezmiernie doniosłą, gdyż na zbadaniu tych właściwości polega teraźniejsza metoda zapobiegawcza, a poczęści i leczenie gruźlicy.

Wyniki dotychczasowych badań w tym kierunku przedstawili na kongresie, między innymi, profesorowie: Flügge (Wrocław), C. Fränkel (Halle), Löffler (Gryfia), Pfeiffer (Berlin) i Birch-Hirschfeld (Wrocław).

Prątek Kocha posiada znaną, charakterystyczną postać, tworzy zarodniki (Babes, Czapliński), które jednak nie posiadają takiej odporności na wpływy zewnętrzne, jak to przywykliśmy widzieć u zarodników innych chorobotwórczych drobnoustrojów. Prątek, wyhodowany na sztucznych pożywkach, widziany pod drobnowidem, przedstawia często postacie zwyrodniałe. Do bardzo charakterystycznych właściwości prątka gruźliczego należy zachowanie się jego wobec rozmaitych metod barwienia, mianowicie właściwość zatrzymywania barwika przy rozmaitych sposobach odbarwiania. Do gruźliczego prątka pod względem morfologicznym zbliżają się prątki trądu i prątki znajdujące się w mazidle skórnem (smegma).

Pierwsze odróżniamy metodą Baumgartena, opierającą się na ich właściwości szybszego wchłaniania barwików, drugie — metodą Weichselbauma, przytem pomagają nam w tym względzie różne biologiczne właściwości tych drobnoustrojów. Tu wspomnieć jeszcze należy i o prątkach podobnych do gruźliczych, znalezionych przez Möllera (Görbersdorf).

Prątek gruźlicy jest pasorzytem i rozmnaża się wyłącznie w ustroju człowieka i zwierząt; żywotność jego poza ciałem zwierzęcem jest bardzo ograniczoną.

Sztucznie hodowany rośnie bardzo powoli (serum), trochę prędzej rośnie na agarze glicerynowym, w hodowlach traci dość szybko swoje własności chorobotwórcze. Wymaga ciepłoty, wahającej się pomiędzy 29° i 42° C. Najlepiej rośnie w 37—30° C. Na sztucznem podłożu ginie w przeciągu mniej więcej 6 tygodni (hodowany na agarze), do 6—8 miesięcy (na surowicy). W zasuszonej plwocinie prątek traci swoje własności chorobotwórcze mniej więcej w przeciągu 3-ch miesięcy, w wyjątkowych wypadkach zachowuje te właściwości i dłużej, nigdy jednak ponad 10 miesięcy. W środowisku gnijącem traci właściwości chorobotwórcze już w przeciągu 8—11 dni. Na wpływ gorąca, szczególniej gorącej pary wodnej, jest bardzo wrażliwy, mało wrażliwy na zimno. Potężny niszczący wpływ na życie prątka gruźliczego wywierają promienie słońca. Wystawiony wprost na działanie słońca ginie w przeciągu kilku minut do kilku godzin. I na zwykłem dla niego podłożu — ciele zwierzęcem, żywotność jego jest dosyć ograniczona: dowodzi tego fakt, że większość prątków, wydzielanych w plwocinach i znajdowanych w jamach gruźliczych, jest nieżywych.

Wrażliwy jest również na działanie substancyj chemicznych. W plwocinie jednak, wbrew ogólnie przyjętemu przesądowi, sublimat, nawet 2‰ w przeciągu 24 godzin nie jest go w stanie zniszczyć, a to prawdopodobnie wskutek właściwości sublimatu ścinania ciał białkowych, które tworzą otoczkę osłaniającą. Odkażający ten płyn nie nadaje się tedy do odkażania plwocin w spluwaczkach.

Prątki nieżywe, wstrzyknięte podskórnie zwierzętom, wywołują ropienie. Różne działanie prątków żywych i martwych polega na tem, że pierwsze wywołują zmiany ze skłonnością do rozprzestrzeniania się, drugie wywołują jedynie miejscowe zmiany.

Ciekawem i ważnem jest pytanie, w jaki sposób udziela się gruźlica?

Jeżeli przypomnimy jeszcze raz, że prątek gruźliczy nie rozmnaża się poza ciałem zwierzęcem, to z tego wynika, że źródłem, gdzie się niejako wyrabia materyał zakaźny, są ludzie i zwierzęta dotknięte gruźlicą.

Istnieje tedy możliwość przeniesienia choroby przedewszystkiem zapomocą plwocin suchotników, wydzielin zajętej gruźlicą skóry, lub przybłonków, zapomocą mleka, a w rzadkich przypadkach mięsa zwierząt chorych na gruźlicę. Każdy człowiek i każde zwierzę, w którego wydzielinach wykazać można prątki gruźlicze, stanowi źródło możliwego zakażenia. Z tego jednak nie wynika, aby każdy człowiek, cierpiący na gruźlicę, stanowił niebezpieczeństwo dla otoczenia. Szczegół ten należy podnieść z naciskiem, aby usunąć zdarzającą się u laików szkodliwą i niebezpieczną przesadę.

Człowiek, cierpiący na tak zw. utajoną postać gruźlicy, prątków w plwocinie na zewnątrz nie wydziela i nie może otoczenia zakażać. A nawet człowiek, w którego plwocinach wykazać można prątki, przy spokojnem oddychaniu nie wydziela ich z powietrzem wydechowem. Natomiast przy kaszlu, chrząkaniu, głośnem mówieniu, pluciu, w rozpryskujących się przytem kropelkach stanowczo wykazać się dają prątki gruźlicze.

Rozpryskujące się kropelki, dostając się do powietrza, zarażają otaczających wprost, lub też padając na przedmioty poblizkie, sprzęty, ubranie, podłogę, a po zaschnięciu rozpyłając się w powietrzu dostać się z niem mogą do płuc.

Kropelki te, jak wykazały badania Flüggego, rozpryskując się przy kaszlu, nie dosięgają dalej niż na metr — do dwóch od kaszlącego.

Na zmniejszenie niebezpieczeństwa zakażenia wpływa jeszcze i ta okoliczność, że do zakażenia się gruźlicą nie wystarcza jednorazowe zetknięcie się z chorym, jak to często bywa przy innych chorobach zakaźnych, ale potrzeba na to dłuższego i bliższego obcowania.

W końcu wyżej wyliczone właściwości biologiczne prątka gruźliczego sprawiają, że dużo materyału zakaźnego ginie, nie sprawiając szkody.

Powyższe szczegóły, jak również ścisłe badania Corneta wykazują, iż teorya „wszechobecności“ *(Ubiquitäts-Theorie)* prątków gruźliczych nie ma podstawy.

Zbadanie dróg, któremi dostają się prątki gruźlicze do ustroju, należy do zadań bardzo trudnych z powodu, iż niełatwo określić pierwsze początki choroby, jak również i czas zakażenia. Ogólnie jednak jest przyjętem na podstawie badań, że prątki dostać się mogą przez nadwyrężoną skórę i wtedy przedewszystkiem zajęte bywają naczynia chłonne, następnie przez nienaruszony nawet przybłonek, przez przewód pokarmowy, a najczęściej przez płuca, wskutek oddychania zakażonym pyłem, lub wdychiwania kropelek, rozpryskujących się z ust chorego przy kaszlu, chrząkaniu i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu na posiedzeniu, odbytem w końcu czerwca b. r., przyjął do wiadomości sprawozdanie ściślejszego Komitetu wykonawczego z dokonanych czynności i zatwierdził jego uchwały, powzięte na kilku posiedzeniach w pierwszem półroczu 1899. W myśl tych uchwał odbędzie się IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w dniach 21 do 24 lipca 1900 (od Soboty do Wtorku włącznie). Jeden poranek i jedno popołudnie przeznaczono na posiedzenia ogólne, dwa dni na posiedzenia poszczególnych sekcyj naukowych. Niedzielę d. 22 lipca 1900 zajmie wspólna wycieczka w okolice Krakowa; po zamknięciu Zjazdu rozpoczną się wycieczki do zdrojowisk galicyjskich. Obrady naukowe odbywać się będą równocześnie w 22 sekcyach, a mianowicie utworzone zostaną sekcye następujące: 1) matematyczno-fizyczna (łącznie z astronomią), 2) chemiczna i technologii chemicznej, 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej, 5) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) rolnicza, 7) techniczna (mechanika, inżynierya, budownictwo), 8) fotografii, zastósowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizyologiczna (łącznie z embryologią, histologią, chemią fizyologiczną i antropologią), 12) patologiczna (anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteryologia lekarska), 13) medycyny wewnętrznej (łącznie z pedyatryą, balneologią, hydroterapią i farmakologią), 14) chirurgiczna (łącznie z ortopedyą, laryngologią, otyatryą i dentystyką), 15) dermatologiczna, 16) chorób nerwowych i umysłowych, 17) okulistyczna, 18) ginekologiczna, 19) medycyny sądowej i toksykologii, 20) medycyny publicznej (higiena, policya lekarska, badanie środków spożywczych), 21) weterynarska, 22) prasy lekarskiej. — W czasie Zjazdu wychodzić będzie „Dziennik Zjazdu“, zawierający oprócz sprawozdań z prac naukowych Zjazdu, zarazem dział informacyjny. Nadto wydanym zostanie opis zakładów naukowych przyrodniczolekarskich krakowskich. — Komitet gospodarczy podzielił się na szereg podkomitetów gospodarczych, wybierając ze swego łona przewodniczących, mianowicie utworzono: 1) Biuro sekretarskie (Doc. Dr. Ciechanowski, Wielopole 4), 2) Sekcyę kwaterunkową (Prof. Dr. E. Bandrowski), 3) Sekcyę wycieczkową (Prof. Dr. Domański), 4) Sekcyę zwiedzania zdrojowisk krajowych (Dr. Surzycki), 5) Sekcyę zwiedzania zakładów naukowych (Prof. Dr. Rosner), 6) Sekcyę zwiedzania miasta (Prof. Dr. Zarewicz); 7) Biuro informacyjne na czas Zjazdu (Doc. Dr. Kryński), 8) Organizacya posiedzeń ogólnych (Prof. Dr. Wachholz), 9) Komitet wystawy przyrodniczolekarskiej, ze Zjazdem połączonej (Dr. M. Śliwiński), 10) Redakcya „Dziennika Zjazdu“ (Doc. Dr. Raczyński), 11) Redakcya wydawnictw pamiątkowych (Prof. Dr. Rostafiński), 12) Sekcya spraw kolejowych (Dr. Zoll i Dr. Horoszkiewicz) i 13) Sekcya bankietowa.

Nadto były przedmiotem obrad fundusze Zjazdu. Jak wiadomo, udzielił Wysoki Sejm król. Galicyi i Lodomeryi Zjazdowi subwencyę w kwocie 1000 złr. Wkładka zjazdowa dla uczestników wynosić będzie 10 złr., a dla towarzyszących im osób 5 złr.

Ze Zjazdem połączona będzie wystawa przyrodniczolekarska i lekarsko-przemysłowa. Urządzeniem wystawy zajmuje się odrębna Komisya, złożona z pp. Prof. Dra Bujwida, p. Hellera, Dyr. Petelenza i Prof. Dra Zarewicza. Przewodniczącym tej komisyi jest Dr. M. Śliwiński.

Pozostawiając sekcyom naukowym zresztą zupełną autonomię, przyjął Komitet gospodarczy dla jednolitości organizacyi Zjazdu pewne ogólne zasady, mianowicie: *a)* organizacyę sekcyi przeprowadzą uproszeni gospodarze w porozumieniu z kolegami zawodowymi; *b)* każda sekcya oznaczy kilka głównych tematów, mających być przedmiotem rozpraw, z pośród ważnych współczesnych zagadnień naukowych i zjedna dla każdego z tematów stosownych referentów; *c)* z luźnych tematów i demonstracyj te tylko będą przyjęte na porządek dzienny obrad, do których przy ich zgłoszeniu dołączonem będzie krótkie streszczenie dla „Dziennika Zjazdu“; *d)* dla nadsyłania zgłoszeń ze streszczeniami zamierzonych wykładów będzie wyznaczonym termin prekluzyjny; *e)* gromadzeniem zgłoszeń wykładów zajmować się będą poza Krakowem komisarze Zjazdu; *f)* rzeczywistymi, t. j. czynnymi sekretarzami sekcyi będą z góry przez gospodarzy sekcyi wybrani, a przez Komitet gospodarczy zatwierdzeni koledzy, których głównem zadaniem będzie dokładne streszczenie toku rozpraw i z pomocą streszczeń, dostarczonych przez wykładających, przygotowanie wyczerpującego sprawozdania z obrad sekcyi dla „Dziennika Zjazdu“.

Kraków, dnia 4 lipca 1899.

Prof. Dr. A. Witkowski *Prof. Dr. K. Kostanecki*
przewodniczący Komitetu gospodarczego.

Doc. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz Komitetu (ul. Wielopole L. 4).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 lipca.

* Pogrzeb ś. p. Dra Józefa Majera odbył się z uroczystą powagą i hołdem, należnym temu mężowi wielkich zasług w nauce i w społeczeństwie. Nad grobem z lekarzy przemawiali: Prof. H. Jordan, jako dziekan, imieniem Uniwersytetu Jagiell. i Wydziału lekarskiego; rektor prof. H. Kadyi imieniem Uniwersytetu lwowskiego; prof. B. Wicherkiewicz imieniem Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu i prof. P. Pieniążek imieniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i redakcyi »Przeglądu Lekarskiego«. Uniwersytet lwowski wydelegował na pogrzeb wszystkich dziekanów, wśród których znajdował się Prof. A. Gluziński, dziekan Wydziału lekarskiego. Krajową Radę zdrowia zastępowali: Dr Lachowicz Z. i Dr Opolski W.

Drogą delegacyj, telegramów, listów i wieńców złożyły dowody swej czci dla Zmarłego między innemi następujące instytucye i osoby: Akademia Umiejętności, Uniwersytety: lwowski i krakowski, Towarzystwa lekarskie: w Warszawie, Wilnie, Lwowie i Krakowie, poznańskie Towarzystwo przyjaciół nauk, warszawskie Towarzystwo przyrodników, Towarz. przyrodników imienia Kopernika; redakcye: »Gazety Lekarskiej«, »Medycyny«, »Nowin Lekarskich«, Przeglądu Lekarskiego»; grono profesorów Akademii weterynaryi, starszy lekarz powiatowy dr. Obtułowicz i in.

* Redaktor »Przeglądu Lekarskiego«, Dr. A. Kwaśnicki, wyjechał na 4 tygodnie z Krakowa. Kierownictwo spraw redakcyjnych objął doc. dr. St. Ciechanowski (*ul. Wielopole, 4*).

Warszawa. Prosektorem przy katedrze anatomii patologicznej mianowany został dr. Dmochowski. Na starszego ordynatora w szpitalu starozakonnych powołany został Jakób Rosenthal, a lekarz nadetatowy, D. Jurowski, — na ordynatora.

* Dziekanem lwowskiego Wydziału lekarskiego wybrany został prof. dr. Jan Prus.

* Surowica przeciwtężcowa prof. Bujwida została zwolniona od opłaty cła wwozowego w Rosyi.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Gustaw Chrzanowski i Józef Mięsowicz.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa o ruchu ludności w tygodniu XXVI (od 25 do 1 lipca). Ludność średnia roczna 83·730. Zawarto w tym czasie małżeństw 20 (12·42); urodzin było 67 (41·61); skonów — 45 (27·95) Stosunek dzieci ślubnych do dzieci nieprawego łoża wynosił u chrześcian 37:12, u starozakonnych 6:12.

* W Berlinie odbywać się będą kursa pielęgnowania zdrowia w szkołach dla kandydatów stanu nauczycielskiego szkół wyższych. Wykłady te powierzono prof. Kirchnerowi.

* Towarzystwo lekarskie w Würzburgu obchodziło przedwczoraj 50-letni jubileusz swego założenia. Dzieje tego Towarzystwa skreślił dr. Riedinger.

* W roku przyszłym, obok międzynarodowego Zjazdu lekarskiego, odbędzie się w Paryżu drugi kongres, którego jedynem zadaniem będą sprawy stanu lekarskiego. Ma się on podzielić na 4 sekcye, które będą roztrząsać: 1) stosunek lekarzy do ogółu (państwo, gmina itd.); 2) do osób pojedyńczych (pacyenci, aptekarze, partacze itd); 3) do kolegów; 4) wspólne interesa stanu lekarskiego (zaopatrzenie potrzebujących itd). Wykłady należy zapowiedzieć przed 1 stycznia 1900 roku na ręce sekretarza generalnego, dr. Juliusza Glowera, *ul. Faubourg-Poissonnière. 37, Paryż.* Wkładka wynosi 15 franków.

* Prof. Taufler wydał pracę statystyczną w Buda-Peszcie, w której podaje liczbę zgonów dzieci przy piersi na Węgrzech, a z której dowiadujemy się, że w roku 1897 na 650,133 osesków umarło 155,342, t. j. 25%. Ta olbrzymia śmiertelność rzuca cień na stosunki zdrowotne w sąsiedniej prowincyi.

* W brukselskiej Akademii lekarskiej uczyniono wniosek, ażeby wystąpić do rządu z przedstawieniem potrzeby zaprowadzenia jednej skali międzynarodowej dla wszystkich przetworów trujących, a to ze względu na znaczne różnice w stężeniu niektórych leków, co mogłoby spowodować szkodliwe następstwa, zwłaszcza dla cudzoziemców, żądających często wydania lekarstw podług przywiezionej z sobą recepty.

* Według »Wiener mediz. Presse« (Nr. 28) mianowaniem Radcy ministeryalnego, dra Kusyego, szefem sekcyi, położono początek mającej powstać przy ministerstwie spraw wewnętrznych sekcyi zdrowia publicznego.

»Klinische therapeutische Wochenschrift« (Nr. 28) donosi, że Radcy sekcyjnemu Drowi Daimerowi powierzono dział spraw sanitarno-policyjnych, statystycznych, oraz sprawy lekarzy rządowych; Drowi Illingowi — stosunki zakładów leczniczych i dobroczynnych, również sprawy zawodu lekarskiego wogóle, Drowi Melicharowi, sprawy apteczne i kąpielowo-zdrojowiskowe. Trzy te działy wraz z departamentem weterynaryjnym i działem dla badania środków spożywczych zostały złączone w jedną Sekcyę sanitarną przy ministerstwie spraw wewnętrznych.

* Dżuma w Aleksandryi nie ustaje, lecz też i nie przybiera znaczniejszych rozmiarów.

Nekrologia. Zmarli: Dr Tytus Lermer, wychowaniec krakow. Uniw., zmarł w Sanoku w 48 roku życia. Dr. Teofil Belke, zmarł w Turobinie (Gub. Lubelska) w 58 r. życia. Dr. Jan Dodajewski, zmarł w Korsuniu (Ukraina) w 54 r. życia. Dr. Hale Mc. Enroe prof. farmakologii w Nowym Yorku. Dr. Minot b. profesor kliniki lekarskiej w Bostonie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 7: Kopczyńskiego St.: Nerwowość i lektura. Likierta: Ekspertyza lekarsko-sądowa (dok.). Dr. Wrzoska: Sceptycyzm a krytyka w medycynie. Kramsztyka Z.: O potrzebie przeniesienia szpitali poza miasto. W *Medycynie* Nr. 27: Białobrzeskiego A.: Malakina. Neugebauera Fr.: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach. W *Pamiętniku Towarz. lekar. warszawskiego*, zeszyt II-gi: Dr. Serkowskiego S: O budowie kolonij bakteryjnych. Dr. fil. Hołowińskiego A: O mikrofonicznem badaniu fal pulsu i serca. Dr. Kohlbergera W.: Sprawozdanie liczbowe z oddziału mężczyzn Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie za rok 1896, 1897 i 1898. Dr Kohlbergera W.: O zasadniczych, t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedyńczych, złożonych i powikłanych. Landaua H.: Badania porównawcze nad metodami oznaczania tłuszczu, wody, oraz ciężaru gatunkowego mleka. Dr. Barącza R.: Przyczynek doświadczalny do sprawy całkowitego wykluczenia z całkowitem zamknięciem wykluczonej pętli, zarazem przyczynek do osiowego łączenia jelita (dokoń.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 27: Dr. Fajersztajna J.: Polymyositis primaria. Nenckiego Leona: Rozbiór chemicznych przetworów ciechocińskich. Dr. Orłowskiego St.: Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia, przyczynek do nauki powstawania jam w rdzeniu. W *Zdrowiu* (lipiec): Dr. Dobrzyckiego Wł.: Kilka słów w kwestyi oczyszczania i zraszania ulic, oraz usuwania odpadków miejskich. Dr. Tchórznickiego J.: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Nadesłane.

KONKURSY.

L 5557.

Wydział powiatowy w Kołomyi rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą *w Gwoździcu*, z płacą roczną 500 złr. prócz ryczałtu na objazdy.

Okręg sanitarny w Gwoździcu obejmuje 18 gmin z ludnością 19.108.

Zamierzający uzyskać ową posadę winni oprócz dostatecznej fizycznej zdatności wykazać się wymogami, określonemi w §. 7 ustawy z 2 lutego 1891 roku, Nr. 17 dz. ust. i rozp. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego do 31 lipca 1899. 166

Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Krościenku*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. — Roczna płaca wynosi 700 złr. — Ryczałt na objazdy 300 złr. — Podania do dnia 25 lipca b. r.

Zarząd powiatowej kasy dla chorych w Gorlicach ogłasza konkurs na obsadzenie:

1) dwóch lekarzy w Gorlicach za wynagrodzeniem 7% ogólnej cyfry wkładek ubezpieczonych robotników i ich pracodawców z gwarancyą minimalnej płacy 50 złr. miesięcznie;

2) jednego lekarza w Bieczu za wynagrodzeniem 5% wyż. wym. wkładek z gwarancyą minimalnej płacy 40 złr. miesięcznie. Podania do 30 lipca b. r. 168

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 22 Lipca 1899. Nr. 29.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 189 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 22 Lipca 1899. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Torbiel jajnika lewego z częściową zgorzelą szypuły czterokrotnie skręconej u kobiety ciężarnej.

Podał

Dr. Zygmunt Nowak

Dyrektor szpitala w Sanoku.

Ponieważ równocześnie prawie z ogłoszeniem (*Przegl. Lek.* Nr. 22) wyczerpującego artykułu Doc. Dra Świtalskiego p. t. „O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika“ miałem sposobność operować torbiel jajnikowy ze skręconą szypułą, przeto sądzę, że na czasie będzie opisać mój przypadek, zwłaszcza, że skręcenie szypuły powstało w tym przypadku w czasie ciąży, co stanowi niejako jeszcze jeden przyczynek statystyczny na dowód, że ciąża do skręcenia szypuły torbieli jajnikowych usposabia.

Co do przyczyn skręcania się szypuły guzów jajnikowych nie mam zamiaru spierać się z powagami naukowemi: twierdzenie jednak, aby sam ruch robaczkowy jelit był zdolny podołać tak ogromnej pracy (Veit, Thornton, Mundé) nie przemawia do przekonania. Jakżeż silny, a zarazem długotrwały musiałby być ten ruch, aby guz, nieraz kilkanaście kilogramów ważący, skręcić koło osi!

Znacznie bliżej będziemy prawdy, dopatrując przyczyny skręcenia w nagłej zmianie położenia ciała osobnika, a tem samem i guza (Fritsch, Schultze). Częste powstawanie skręcenia szypuły guzów jajnikowych w czasie ciąży tłómaczy łatwo fizyologiczna zmiana w położeniu macicy i jej części dodatkowych, a tem samem i guzów z nich wychodzących. Nagłe zaś zwiotczenie ścian brzusznych po porodzie i zwiększona ruchomość guza skutkiem szybkiego wypróżnienia macicy tłómaczą częste powstawanie skręcenia szypuły w połogu.

Dnia 22 maja b. r. zostałem zawezwany przez miejscowego lekarza pułkowego do wieśniaczki Maryi Litwin, skarżącej się na silne, napadowo występujące bóle w krzyżach i dolnej części brzucha.

Wywiady. Regularność wystąpiła w 17 roku życia. Rodziła 3 razy siłami natury. Ostatni poród 14 marca 1898. Od tego czasu do chwili obecnej pojawiła się raz tylko skąpa regularność z początkiem kwietnia b. r. Od ostatniego porodu zawsze czuła, że jej »coś w brzuchu rośnie i zawadza«. W listopadzie 1898 r. po ciężkiej pracy uczuła nagle silne bóle brzucha, napadowo występujące; bóle te po tygodniu ustąpiły dobrowolnie, pojawiały się jednak później przy każdej cięższej pracy. W nocy z dnia 21 na 22 maja wystąpiły nagle wymioty i silne rznięcie w dolnej części brzucha, przechodzące na krzyże. Bóle te, które chora porównywała do bólów porodowych, skłoniły ją do zawezwania pomocy lekarskiej.

Badanie przedmiotowe wykazało: Kobieta lat 30 licząca, dobrze zbudowana i odżywiona. Policzki zapadnięte, język lekko obłożony, podsychający. Ciepłota ciała 38·2, tętno 84, regularne, dość dobrze napięte. W narządach klatki piersiowej zmian niema. Sutki przy ucisku wydzielają skąpą ilość cieczy kleistej, białawej. Brzuch niejednostajnie powiększony, więcej po stronie lewej. Przez powłoki brzuszne czuć guz gładki, twardy, bardzo ruchomy, sięgający 8 cntm. wyżej pępka, ku dołowi ściśle odgraniczyć się niedający, bolesny tylko przy szybkiem przesuwaniu z boku lewego na bok prawy. Przy silnem wciśnięciu palców nad spojenie łonowe wysuwa się guz ku górze, a wtedy wyczuć można poniżej guza po stronie lewej opór, jakby postronek, gruby, bolesny.

Badanie przez pochwę wykazuje w sklepieniu tylnem macicę powiększoną, odpowiadającą trzeciemu miesiącowi księżycowemu ciąży. Jajników wyczuć nie można. Sklepienie przednie wypuklone przez guz gładki, łatwo ku górze wysunąć się dający, niestojący w bezpośrednim związku z macicą. Przy mocnem spychaniu guza ku dołowi wyczuć można w sklepieniu lewem postronek grubości trzech palców, bolesny.

Wobec wywiadów i badania przedmiotowego nie ulegało wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z torbielem jajnika, prawdopodobnie lewego, osadzonym na długiej szypule, i że bóle, przez chorą za porodowe uważane, pochodzą od skręcenia szypuły.

Dnia 24 maja przy asystencyi sekundaryusza szpitala, Dra Stangenhausa, i lekarza pułkowego Dra Bardasa, któremu niniejszy przypadek zawdzięczam, wykonałem owaryotomię.

Z żalem nadmienić muszę, iż szpital nasz, z powodu braku funduszów, nie posiada jeszcze dotychczas sterylizatora, wobec czego jedynie tylko bardzo ścisłem przestrzeganiem zasad antyseptyki chronimy się od zakażeń pooperacyjnych. Waciki z gazy i kompresy wygotowujemy i następnie stale trzymamy w rozczynie 1‰ sublimatu; narzędzia przed operacyą gotuje się w znanym przyrządzie Marsa.

Po należytem oczyszczeniu powłok brzusznych, cięciem 12 cntm. długiem, otwarłem jamę otrzewnej. Pomimo, iż guz nie wydawał się bardzo wielki, o ile z badania wnosić było można, to jednak nie zdołałem go wytoczyć przez ranę brzuszną dostatecznie długą, i z tego powodu byłem zmuszony pomniejszyć objętość torbiela przez wypuszczenie płynu. Aby uniknąć nagłego zapadnięcia się ścian i dostania się treści torbiela do jamy brzusznej, przeprowadziłem grube nitki jedwabne przez guz po obu brzegach rany brzusznej; pociągając końce nitek ku górze, łatwo w ten sposób utrzymać przednią ścianę guza w ranie brzusznej i zapobiedz dostaniu się treści torbiela do jamy otrzewnowej, co w danym przypadku nie było rzeczą zupełnie obojętną ze względu na poczynającą się sprawę zgorzelinową w guzie.

Po wypuszczeniu trójgrańcem $1^1/_2$ litra cieczy gęstej, krwawo zabarwionej, gdy objętość guza dostatecznie się zmniejszyła, zamknąłem otwór szczypczykami i guz już z łatwością na zewnątrz wydobyłem. Okazało się, że guz był usadowiony na długiej szypule czterokrotnie koło osi skręconej i to od strony lewej ku stronie prawej (a zatem wbrew prawidłu Küstnera). Na dolnej części guza tuż na granicy szypuły była ściana torbiela na przestrzeni srebrnego guldena czarno zabarwiona, co wskazywało na początek sprawy zgorzelinowej, wywołanej utrudnionem krążeniem krwi w naczyniach przebiegających przez silnie skręconą szypułę.

Szeroką taśmowatą szypułę podwiązałem kilkoma szwami węzełkowymi, o ile można było najniżej, i guz oddzieliłem. Dla pewnego zapobieżenia krwotokowi podwiązałem osobno

cienkim jedwabiem pojedyncze widoczne naczynia, poczem szypułę do jamy brzusznej zapuściłem.

Macica była w lekkiem tyłozgięciu, wielkością odpowiadała 3 miesiącowi księżycowemu ciąży; jajnik prawy zmian nie okazywał.

Jamę otrzewnową zamknąłem szwem kuśnierskim, a mięśnie i skórę połączyłem swem węzełkowym.

Guz po wycięciu badany przedstawił się jako torbiel jajnikowy jednokomorowy z nielicznemi wyroślami brodawkowemi (*kystoma papilliferum*). Ciężar guza wynosił $5^1/_2$ klgr. Ściana torbiela w miejscu czarno zabarwionem była krucha.

W wielkiej byłem obawie, czy z miejsca zgorzelinowego guza nie rozwinęło się już zakażenie otrzewnej, zwłaszcza wobec stanu gorączkowego, silnych bólów brzucha i wymiotów, na jakie chora skarżyła się przed operacyą. Przebieg pooperacyjny okazał jednak, że obawy te były płonne, bóle bowiem i wymioty ustąpiły zupełnie. Ciepłota ciała tylko raz w dniu operacyi wieczorem wynosiła 38^0, potem przebieg był zupełnie bezgorączkowy. Rana po zdjęciu opatrunku w 8 dni po zabiegu operacyjnym doraźnie zagoiła się. Dnia 7 czerwca chora wyleczona opuściła szpital.

Przypadek niniejszy zasługuje o tyle na uwagę, że szypuła była aż 4 razy koło osi skręcona i to tak silnie, że już rozpoczynała się sprawa zgorzelinowa, co, o ile mi z literatury dla mnie dostępnej wiadomo, należy do rzeczy dość rzadkich, a nadto, iż mimo zabiegu operacyjnego dość poważnego, w czasie niewątpliwej ciąży, poronienie nie wystąpiło.

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki obrażeń zwłok przez owady.

Podał
Dr. Stefan Horoszkiewicz
asystent zakładu.

W miesiącu kwietniu b. r. przysłano do tutejszego zakładu medycyny sądowej zwłoki dziecka z prośbą o wykonanie sekcyi policyjno-sanitarnej, celem stwierdzenia przyczyny śmierci.

Dnia następnego wykonano sekcyę, której protokół brzmi następująco:

Zewnętrznie: Zwłoki dziecka płci żeńskiej, trzy tygodnie liczyć mającego, dobrze zbudowanego, o znacznie podupadłem odżywieniu, 50 ctm. długie.

Plamy pośmiertne, miernie rozległe, sino zabarwione, na miejscach zwykłych. Stężenie trupie utrzymane w kończynach dolnych. Spojówki blade bez wynaczynionek.

2. Na ciele znachodzą się następujące ślady obrażeń:

a) na gładyszce otarcie naskórka wielkości ziarna prosa, przyschnięte, niepodbiegnięte krwią.

b) u nasady nosa, na jego grzbiecie, na policzku lewym, wzdłuż dolnego brzegu oczodołu lewego, na wardze górnej i na brodzie — rozległe otarcia naskórka o kształtach nieregularnych, brzegach zatokowatych, pergaminowato zaschnięte, w głębi krwią niepodbiegnięte.

c) w okolicy zewnętrznego prawego kąta ust otarcie naskórka wielkości ziarna grochu o cechach, jak poprzednie.

d) na szyi od przodu i po obu jej stronach liczne otarcia naskórka różnej wielkości, niektóre z nich kształtu półksiężycowatego, niepodbiegnięte, barwy brunatnej.

e) na grzbiecie ręki lewej, oraz na grzbiecie czterech zewnętrznych jej palców podobne drobne otarcia naskórka.

f) na grzbiecie falangi pierwszej wskaziciela palca wielkiego i trzeciego ręki prawej takież same drobne otarcia naskórka.

g) w okolicy obu pachwin, w okolicy sromu zewnętrznego, jak również po wewnętrznej stronie ud i na międzykroczu, rozległe otarcia naskórka barwy żółtej, pergaminowato przyschnięte, krwią niepodbiegnięte. Z wnętrza sromu wydobywa się ciecz krwawa.

Prócz tego znaleziono nad górnym brzegiem małżowiny usznej lewej, po stronie wewnętrznej stawu łokciowego lewego, wreszcie w okolicy stawu kolanowego, w okolicy kostki zewnętrznej przedudzia prawego i po zewnętrznej stronie stopy lewej drobne ropnie, stwierdzone jako takie nacięciem.

Oględziny wewnętrzne nie wykazały żadnych obrażeń narządów; natomiast wykazały obecność skrzepów schyłkowych i pośmiertnych w wielkich naczyniach i sercu, rozlany nieżyt oskrzelowy i nieżyt jelit. Inne narządy wewnętrzne nie przedstawiały zmian.

Jak to z przedstawionego protokołu sekcyjnego wynika, znaleziono na powłokach zewnętrznych cały szereg obrażeń, z których obrażenia na twarzy i szyi umiejscowieniem i kształtem swym mogły skłaniać do przypuszczenia, iż dziecię nie zmarło śmiercią naturalną, lecz gwałtowną z uduszenia, przez zatkanie górnej części dróg oddechowych i dławienie; obrażenia zaś w okolicy części płciowych mogły budzić usprawiedliwioną myśl o gwałcie płciowym, ponieważ, jak o tem poucza kazuistyka, znane są przypadki zgwałcenia nawet osesków.

Podejrzenia te okazały się jednak bezpodstawne z chwilą, gdy sekcya wykazała zmiany dostatecznie tłómaczące przyczynę śmierci w postaci rozlanego nieżytu oskrzeli i nieżytu jelit, jakoteż licznych ropni w tkance podskórnej, obok obecności skrzepów schyłkowych i pośmiertnych, braku przekrwienia narządów wewnętrznych, braku wynaczynionek podopłucnowych i podosierdziowych, słowem, gdy sekcya wykazała śmierć naturalną. Mimoto jednak należało jeszcze wyjaśnić sposób powstania powyższych obrażeń.[1]

Gdyby się one znajdowały już to na klatce piersiowej, na grzbiecie, lub na kończynach, i gdyby rozległość ich i liczba nie były tak wielkie, to możnaby je było uważać albo jako ślady akcyi ratunkowej, zazwyczaj polegającej na silnem nacieraniu skóry w rozmaitych okolicach ciała, lub jako powstałe przy przenoszeniu zwłok, ich myciu i ubieraniu. W opisanym przypadku można było z wyżej podanych powodów wykluczyć z całą stanowczością ten sposób powstania obrażeń. Należało się przeto uciec do wywiadów.

Od matki dziecka dowiedziałem się co następuje: Skoro po śmierci dziecka, zakupiwszy w mieście trumnę, powróciła do domu, spostrzegła, że zwłoki, ułożone na ziemi na sienniku, pokryte były niemal jednostajnym czarnym ruchomym całunem, złożonym z karakonów, które mają się znajdować w jej mieszkaniu w obfitej ilości. Jakkolwiek po usunięciu karakonów nie zauważyła żadnych uszkodzeń na zwłokach, przypuszcza jednak, że uszkodzenia te są wynikiem ukąszeń owadów.

Choć tłómaczenie to zasługiwało w zupełności na wiarę, wobec znanych już w tym względzie, lecz nielicznych spostrzeżeń, z których w dalszym ciągu zdam sprawę, postanowiłem przecież przekonać się o prawdziwości tego przypuszczenia doświadczeniem.

W tym celu umieściłem w słoju kawałek świeżej skóry wyciętej z zwłok, poczem wpuściłem do niego kilkanaście

karakonów, schwytanych w mieszkaniu zmarłego dziecka. Owady te poczęły zaraz skórę ogryzać, zmiany jednak na skórze stały się widoczne dopiero trzeciego dnia po wyjęciu skóry ze słoja i wystawieniu jej na przewiew powietrza, kiedy zatem miejsca z powodu ukąszeń pozbawione naskórka mogły się zeschnąć. Rozległością, kształtem i zabarwieniem odpowiadały obrażenia te w zupełności obrażeniom przy sekcyi znalezionym.

W ten sposób udało mi się stwierdzić dowodnie, że karakony *(Blatta orientalis* i *germanica)* żerują na zwłokach, wywołując obrażenia takie, jakie wśród sekcyi zauważono, i że obrażenia te stają się widoczne dopiero po dokładnem wyschnięciu powłok.

W dostępnej mi literaturze znalazłem tylko dwa podobne przypadki: jeden opisany przez Maschkę [1]), drugi przez Klingelhöfera [2]). W obu przypadkach autorowie przyjęli z pewnem prawdopodobieństwem ukąszenia karakonów, jako przyczynę znalezionych obrażeń. W przypadku Maschki zauważono na zwłokach dziewczęcia, wydobytego ze studni, liczne otarcia naskórka pergaminowato zaschnięte w okolicy warg, na szyi, na rękach, jakoteż w okolicy części płciowych zewnętrznych i po wewnętrznej stronie ud. Zmiany te skłoniły pierwszych znawców do rozpoznania uduszenia przez zatkanie górnej części dróg oddechowych, po podjętem usiłowaniu zgwałcenia. Zdaniem znawców sprawcy zwłoki tak zamordowanego dziecka wrzucili do studni. Przy rewizyi orzeczenia sprzeciwił się Maschka powyższym wywodom, oświadczając, że obrażenia te powstały najprawdopodobniej przypadkowo; powstać zaś mogły albo w chwili, gdy dziecię wpadało do studni, lub też zadane zostały zwłokom przez karakony, zanieczyszczające mieszkanie, w którem zwłoki po wydobyciu ich ze studni całą noc pozostawały.

Przypadek opisany przez Klingelhöffera był również przedmiotem dochodzenia sądowego.

Przy sekcyi 9-ciomiesięcznego dziecka znaleziono ciągnące się od obu kątów ust smugowate, zaschnięte, żółte otarcia naskórka, których dolna granica była nieregularną i w przeciwstawieniu do żółtego zabarwienia górnych części, ciemno-brunatna. Od lewego ucha wzdłuż szyi ku stawowi barkowemu ciągnęło się podobne otarcie. Na skórze klatki piersiowej stwierdzono żółte, zaschnięte otarcie szerokości 12 ctm. Takież otarcia naskórka znajdowały się na wewnętrznej powierzchni ud i na pośladkach, smugowate zaś po bokach klatki piersiowej obok licznych drobnych otarć na rękach.

Pierwsi znawcy oświadczyli w swem orzeczeniu, że obrażenia te wywołał najprawdopodobniej jakiś płyn żrący, jednak uczynili stanowczy sąd w tej sprawie zależnym od wyniku zaleconego przez nich badania chemicznego. Tymczasem badanie chemiczne narządów wewnętrznych nie wykryło ani śladu trucizny, natomiast znalazł chemik na wargach dziecka małą ilość związanego kwasu siarkowego, a w skórze, wziętej z miejsc uszkodzonych, trzy razy tyle siarki, ile się znajduje w prawidłowej skórze dorosłego człowieka. Prócz tego doświadczeniem wykazał chemik ogromne podobieństwo obrażeń, jakie powstają pod wpływem kwasu siarkowego, z obrażeniami, znalezionemi przy sekcyi i wobec tego oświadczył się z prawdopodobieństwem za powstaniem tych uszkodzeń przez polanie kwasem siarkowym. W kilka dni po sekcyi uwięziono ojca dziecięcia, nałogowego pijaka, jako podejrzanego o popełnienie zbrodni. W podejrzeniu tem utwierdzała ta okoliczność, że obwiniony, jako dozorca bateryj elektrycznych, był w posiadaniu kwasów. W śledztwie jednak zaprzeczał obwiniony stanowczo, jakoby targnął się na życie dziecka, tłómacząc się, że zwłoki mogły być jedynie uszkodzone przez karakony; zwłoki bowiem wieczorem zmarłego dziecięcia położył on na ziemi, a rano spostrzegł na nich wielką ilość karakonów, wobec czego ułożył je na stole.

Jakkolwiek Klingelhöffer w swem orzeczeniu końcowem nie wykluczył stanowczo, jako przyczyny śmierci, otrucia kwasem siarkowym, oświadczył jednak równocześnie, że tłómaczenie się obwinionego wydaje się być wielce prawdziwem. Sąd przychylił się do tego ostatniego oświadczenia i zaniechał sprawy, wobec czego wypuszczono ojca zmarłego dziecka na wolność.

Przypadek przezemnie za zezwoleniem mego Czcigodnego szefa, Prof. Wachholza, ogłoszony, w odróżnieniu od przypadków Maschki i Klingelhöffera, nie był przedmiotem dochodzeń sądowych, gdyż tak wynik sekcyi, jak i doświadczenie, przezemnie podjęte, pozwoliły z całą stanowczością uznać domysły matki dziecięcia za zgodne z prawdą.

Natomiast pouczają przypadki wyżej wspomnianych autorów, że obrażenia, wywołane przez karakony, mogą dać powód do przykrych pomyłek. Lekarz sądowy znalazłszy przeto podobne obrażenia, które w największej liczbie przypadków będą uderzały swą liczbą, rozległością i brakiem odczynu życiowego, powinien mieć i ten sposób ich powstania na myśli, starając się, gdy tego zajdzie potrzeba, w drodze wywiadów przypuszczenie swe utwierdzić. Często jednak, zwłaszcza wówczas, gdy sekcyę wykonywać będzie znawca niesumienny lub niedostatecznie obznajomiony z zmianami chorobowemi, mogą dać podobne obrażenia powód do całego szeregu błędnych wniosków. Znawca, który wykona sekcyę pobieżnie, przeoczy właściwą przyczynę śmierci; znawca nie biegły w rozpoznawaniu zmian chorobowych, chwyci się podobnych obrażeń, jak deski ratunku, a tak jeden, jak i drugi oprze swe orzeczenie na fałszywych premisach.

III. O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej

podał

Dr. Rafał Spira.

Błona bębenkowa stanowi ważną część narządu przewodzącego głos. Czynność jej polega na tem, że z jednej strony tworzy ona mechaniczną zasłonę ochronną dla głębszych części narządu słuchowego, mianowicie chroni od przystępu kurzu, powietrza, zimna i t. d., dalej od wyschnięcia i stężenia błon okien błędnikowych, stawów i ścięgien kostek słuchowych i wreszcie od ulatniania się płynu błędnikowego (Richey [1]). Z drugiej strony pośredniczy ona w przeprowadzeniu fal głosowych z ucha zewnętrznego do środkowego i wewnętrznego. Według Weinlanda [2]) błona bębenkowa ma także umożebniać uzmysławianie kierunku dźwięku i przez to przyczyniać się do ułatwienia oryentowania się zapomocą słuchu. Z tego wynika, że uszkodzenie tej błony,

[1]) *Vjschr. f. g. M.* 1879, T. 30.
[2]) *Ibidem* 1898, T. 15.

a mianowicie przerwa w jej ciągłości, nie może być bez wpływu na narząd zmysłu słuchowego, którego stanowi ważną część składową.

Najczęstszą przyczyną zmian chorobowych w błonie bębenkowej stanowią różne choroby ucha środkowego, a jedno z najczęstszych następstw przewlekłego ropienia usznego jest stałe jej przedziurawienie. Wada ta bowiem powoduje przedewszystkiem przeszkodę w przewodnictwie fal głosowych i to nie tylko ze strony samej błony bęb., lecz zaburzenie przenosi się również i na kostki słuchowe, które w braku całej albo części błony bęb. nie mogą utrzymywać się w prawidłowem swem napięciu, wskutek czego zdolność ich drgania i przewodzenia staje się także upośledzoną i nadwerężoną. W następstwie tak pogorszonych warunków przewodzenia głosowego w uchu środkowem słuch musi w różnym stopniu uledz przytępieniu. Następnie, przy stałym ubytku w błonie bęb., błona śluzowa jamy bęb., pozbawiona prawidłowej swojej ochrony, zostaje narażona na szkodliwe wpływy zewnętrzne, jak zimno, kurz, wilgoć itd. i, co za tem idzie, podlega łatwiej częstym nawrotom spraw zapalnych i ropienia.

Otóż takie często powtarzające się ropne zapalenia ucha środkowego, jak miecz Damoklesa ustawiecznie grożą zdrowiu, a nawet życiu chorego; słusznie ostrzega Wilde[3]), mówiąc: „Dopóki ropienie w uchu istnieje, nie jesteśmy w stanie powiedzieć, kiedy i gdzie się skończy, ani dokąd doprowadzi". Lekarze zatem starali się zawsze wszelkimi sposobami, aby takie ropienie trwale wyleczyć. Trwałe zaś wyleczenie podobnego ropienia może nastąpić pod dwoma warunkami: 1) aby przyszło do organicznego zamknięcia otworu w błonie bęb., albo 2) żeby błona śluzowa jamy bęb. powlokła się naskórkiem, czyli zbliznowaciała. Jeden i drugi sposób trwałego wyleczenia następuje nie rzadko samodzielnie. Dość często jednak do takiego zejścia choroby, mimo długiego trwania, nie przychodzi. W takich razach, jak wogóle we wszystkich przypadkach stałego przedziurawienia błony bębenkowej, usiłowano już od bardzo dawna doprowadzić do czasowego mechanicznego, lub do stałego organicznego zamknięcia takiego patologicznego otworu, aby z jednej strony, wytwarzając dla jamy bęb. sztuczną ochronę, tem samem zapobiegać częstym nawrotom ropienia, z drugiej zaś strony, zastępując brak w przewodnictwie głosowem, podnieść bystrość słuchową. W tym celu obmyślano i zastósowano najróżnorodniejsze środki, przyrządy, zabiegi i sposoby. Zależnie od rodzaju zamierzonego zamknięcia jamy bęb. możemy stósowne próby i usiłowania nasze podzielić na takie, któreby a) dążyły do mechanicznego i takie, które b) zmierzałyby do organicznego zastąpienia ubytku w błonie bębenkowej. a) Do mechanicznych sposobów zamknięcia błony bęb. należą tak zw. „sztuczne bębenki", protezy dla jamy bębenkowej. Mimo, że już minęło $2^1/_2$-stulecia od czasu, gdy poraz pierwszy zalecono takie protezy w celu poprawienia słuchu, to przecież dopiero w środkowych latach naszego stulecia zdołały one nabrać większego rozgłosu i szerszego zastósowania. Lecz i te ulepszone sposoby skazane w ostatnich czasach na ustąpienie miejsca udoskonalonym metodom, zmierzającym ku organicznemu zamknięciu błony bębenkowej.

W roku 1640 podał lekarz Marcus Banzer w rozprawie pod tytułem „De auditione laesa" pierwszy raz sztuczny bębenek w postaci rurki z tkanki rogowej, na jednym końcu pęcherzem zwierzęcym powleczonej. W roku 1763 Leschevin przypomniał to samo polecenie i w początku tego wieku, w roku 1815, Autenrieth[4]) na nowo zwrócił uwagę na ten przedmiot, podając podobny przyrząd dla zasłonięcia błony śluzowej jamy bębenkowej i dla poprawienia słuchu, składający się z rurki ołowianej, powleczonej na jednym końcu pęcherzem rybim. Te jego polecenia, jak niemniej jego następców: Harda, Deleaua, Toda i Linckego nie znalazły wielu zwolenników i praktycznie mało zastósowane zostały. Dopiero postępowanie Yearsleya[5]) 1848 i Erharda[6]), polegające na wsuwaniu zmoczonej kuleczki waty do przewodu zewnętrznego usznego aż po błonę bęb., stanowiło znaczny krok naprzód i zyskało ogólne uznanie i naśladowanie. Na ten pomysł Y. naprowadzony był przez chorego, który mając zniszczone obie błony bęb., zauważył znaczne polepszenie słuchu, gdy sobie, w celu oczyszczenia, wsunął głęboko do przewodu usznego zwitek papieru, zmaczany na wewnętrznym końcu śliną. O podobnych spostrzeżeniach ze strony swych chorych podają Itard i inni autorowie. Otóż Y. zastąpił papier kuleczką waty, którą zgłębnikiem albo szczypczykami wsunął do ucha aż po błonę bębenkową.

Toynbee[9]) dowiedział się od swoich chorych, że czasem wśród przestrzykiwania ucha słyszą chwilowo lepiej. Śledząc za przyczyną tego zjawiska i kontrolując je, doszedł do przekonania, że owa poprawa słuchu następuje w chwili, w której otworek w błonie zostaje zasłonięty przez kroplę wody i znika równocześnie z wypływaniem tej kropli i ustaniem tego zamknięcia. W roku 1853 T. zastąpił watę Yearsleya protezą własnego pomysłu, składającą się z kolistej płytki gumowej 6—7 mm. w średnicy mającej, w środku przymocowanej do drucika srebrnego, służącego do wprowadzenia do przewodu zewn. usznego *(Fig. a)*. Wyprostowując przewód uszny przez naciąganie za małżowinę ku górze i ku tyłowi lewą ręką i trzymając ten przyrząd w prawej ręce za pierścionkiem na pręciku, wprowadza się go ostrożnie w głąb ucha, aż się napotka na słaby opór. Przed spaniem należy zawsze ten sztuczny bębenek wyjąć, aby uniknąć przypadkowego ucisku na drucik. Jest to pierwszy sztuczny bębenek, który utrzymał się w pierwotnej swej postaci do ostatnich czasów, obok różnych modyfikacyj.

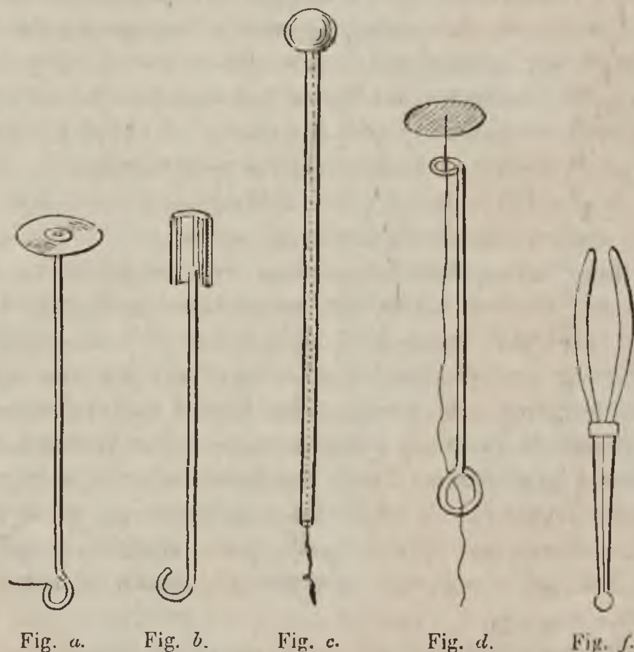

Fig. *a*. Fig. *b*. Fig. *c*. Fig. *d*. Fig. *f*.


Fig. *e*.

Odkrycie to zaznaczało ważny postęp, szybko zostało rozpowszechnione i stanowi epokę w historyi nauki o sztucznym bębenku. Widzimy tu nierzadkie w historyi nauk i sztuk ciekawe zjawisko, że bardzo pożyteczny i doniosłej wagi wynalazek zawdzięcza swój początek przypadkowemu spostrzeżeniu ludzi, niewtajemniczonych w podwaliny wiedzy.

Z czasem wystąpiły na jaw różne wady tego przyrządu, jak szmery, które wśród jedzenia i mówienia wywołuje pręcik, prędkie jego psucie się, potrzeba usuwania przyrządu tego przed spaniem i inne, które starano się usunąć przez cały szereg mniej lub więcej pomysłowych modyfikacyj, podanych przez Lochnera, Burkhardta, Lucaego, Hardtmana, Politzera, Grubera i in., którzy starali się przyrząd ten coraz więcej udoskonalać przez zmianę materyału blaszki, przez nadanie innej postaci przyrządu i używanych płynów. Pomysłowość otyatrów na tem polu w szerokich rozwinęła się granicach i okazała się płodną w owocc. I tak, zamiast drucika można używać nitki (Hinton), na której krążek jest przymocowany, a wprowadzenie do ucha wykonuje się wtedy zapomocą rurki *(Fig. c. i d)*, albo szczypczyków umyślnie w tym celu zrobionych *(Fig. e)*. Tak zmieniony bębenek może chory nosić także przez noc i przez dłuższy czas, a tylko od czasu do czasu należy go wyjąć w celu oczyszczenia. Zamiast gumy używano celuloidyny, kolodyonu, płótna (Gruber[8]), papieru (Blake[9]), *protectiv silk* (Czarda), waty, fiszbinu, błonki z jaja (p. niżej), papieru złotarskiego (Lincke: Ohrenheilkunde). Politzer używa dla taniości w praktyce ubogich kawałeczka gumy drenowej, który wprowadza do ucha zapomocą drucika do niego przymocowanego *(Fig. b)*. Baumgarten[10]) osiągnął przy zastósowaniu tamponika z waty, umaczanego w rozczynie kokainy, znaczniejszą poprawę słuchu, niż przy używaniu w tym celu innych płynów. Spalding[11]) poleca benzinol, przy którego używaniu dla zwilżenia sztucznego bębenka, zamiast gliceryny, chory dalej i jaśniej słyszy i który nie drażni. Politzer poleca w tym celu *oleum vaselinicum*, albo mieszaninę z *Zinc. olein. 1·0, Vaselin. liquid. 10·0.* W roku 1892 Theobald[12]) proponuje przykładanie krążka z waty zwilżonej w waselinie albo w mięszaninie balsamu peruwiańskiego z waseliną, który ma zostać w uchu przez 6—7 dni i opisuje przypadek, w którym po 2 miesięcznem używaniu tego sposobu przyszło do zamknięcia przedziurawienia. Zdaje się jednak, że ten przypadek został zupełnie odosobniony, i metoda ta wcale nie przyjęła się i poszła całkiem w zapomnienie.

Protezy z waty mają jeszcze tę zaletę, że wsiąkają w siebie, gdzie zachodzi potrzeba, wydzielinę z jamy bęb. i że tą drogą można równocześnie zastósować różne leki, jak np. kw. borowy, salicylowy, środki ściągające i t. p. Nadto zostają one, nie przemieszczając się, w miejscu ich włożenia i nie drażnią, a co się tyczy ich wpływu na polepszenie słuchu, to nie ustępują bębenkom Toynbeego i ich odmianom. Z małego zwitka waty zwija się małą, dobrze ściśniętą kulkę, macza się ją w waselinie albo glicerynie z wodą i wsuwa zapomocą szczypczyków lub zgłębnika aż po za resztę błony bęb. Jeżeli chory to dobrze znosi, można ją tam na jakiś czas ustalić zapomocą kilku kropli kolodyonu. Hassenstein podał osobne szczypczyki *(Fig. f.)* w celu wprowadzania i utrzymywania w uchu takiego bębenka z waty. Sposobem Bartha można sobie improwizować sztuczny bębenek z waty, wyciągając długie pasemko waty i skręcając je w ten sposób, żeby wytworzył się z niej rodzaj rączki czyli trzonka twardego, na 4 ctm. długiego, zakończony na przeciwnym końcu małym miękim zwitkiem waty. Trzonek ten macza się w kolodyonie, po wyschnięciu którego wytwarza się twardy pręcik, zapomocą którego mały tamponik łatwo daje się wprowadzać w głąb przewodu usznego. Delstanche odgina jeden koniec miękiego drucika i owija go watą tak, że staje się kolistym i zdatnym do zastąpienia ubytku w błonie bęb. Przyrząd ten jest bardzo mięki tak, że niebezpieczeństwo skaleczenia głębszych części ucha przez ucisk lub uraz wykluczone.

Bębenki sztuczne, improwizowane metodą Katza, odznaczają się swoją sprężystością i podatnością, przez co mało drażnią. Gwoli tej metody bierze się rozczyn z 10·0 celuloidyny na 50·0 absolutnego wyskoku i 50·0 eteru. Po zupełnem odparowaniu wyskoku i eteru otrzymujemy jasną, cienką i sprężystą blaszkę, z której możemy sobie wycinać okrągłe krążki dowolnej wielkości. Na środku tych krążków przylepia się pręciki z waty, zwiniętej i zmaczanej w rozczynie celuloidyny, które po stężeniu dają się używać, jako trzonki dla wprowadzenia do przewodu ucha zewn. Takie sztuczne bębenki można sobie sporządzać w większej liczbie i zachować w 40% wyskoku.

Michael wpadł na oryginalny pomysł. Przekonawszy się o poprawie słuchu, jeżeli po przestrzyknięciu kropla płynu pozostanie w uchu, wkraplał do chorego ucha tak długo glicerynę, aż osiągnął możebnie najlepszą zdolność słuchową, potem dolewał kilka kropli kolodyonu, który, wysychając, wytwarzał błonkę, pokrywającą ubytek w bębenku i tym sposobem sprowadził poprawę słuchu na kilka dni.

Guranowski smaruje brzegi ubytku 10% rozczynem fotoksyliny, po wyschnięciu jednej warstwy dodaje drugą i powtarza to tak długo, aż luka w błonie całkiem zostaje zamknięta.

Kosegarten zachwala, jako bardzo skuteczne, wdmuchiwanie sproszkowanego hałunu tak długo do ucha, aż stworzy on powłokę, zastępującą lukę w błonie bębenkowej. W istocie okazało się, że zapomocą tej metody można osiągnąć lepsze wyniki, niż każdą inną, tylko że w miejsce hałunu weszły w użycie kw. borowy, jodoform i inne proszki. Takie bębenki z proszków mogą pozostać na miejscu przez tygodnie i miesiące, nie sprawiając żadnych dolegliwości, a tem samem prześcigają co do skuteczności wszystkie inne rodzaje sztucznych bębenków.

Dobre w wielu przypadkach, a czasem nawet zbawienne działanie sztucznych protez, dało pohop szalbierstwu i partactwu do naśladowania, że tu tylko wspomnę okrzyczane i osławione bębenki i olejki uszne Nicolsona, które, stósowane bez krytyki i bez kontroli lekarza, mogą nie tylko pozostać bezskutecznymi, ale nawet okazać się bardzo szkodliwymi. (c. d. n.).

IV. Wyciągi.

W. Horodyński i W. Maliszewski: **O ranach serca.** (Z kliniki chirurg. Prof. J. Kosińskiego). *(Medycyna,* 1899, Nr. 21 i 22). Po skreśleniu historyi zapatrywań na znaczenie zranień serca, ich etyologii, objawów i zalecanych sposobów leczenia, opisują autorowie 3 własne przypadki, spostrzegane w krótkim przeciągu czasu w Warszawie, które tu w streszczeniu przytaczamy:

1) Kobieta, 23 lat licząca, rana kłóta w III międzyżebrzu, 2 ctm. od lewego brzegu mostka. Nieprzytomna. Wstrząs. Tętno niewyczuwalne. Oddech powierzchowny. Powiększenie wypukowego stępienia serca. Tony serca głuche. Natychmiast przystąpiono do operacyi bez uśpienia. Cięcie podłużne przez ranę od III żebra do dolnego brzegu V. Chrząstkę III żebra przecięto, IV i V-go wypiłowano. Ranę w lewym worku opłucnowym rozszerzono. Po odszukaniu rany w osierdziu, i ją rozszerzono także do 7—8 ctm. Teraz dopiero spostrzeżono ranę w prawej komorze serca 1,5 ctm. szeroką. Przy każdym skurczu tryska z niej obficie krew. Na ranę w sercu założono 5 szwów jedwanych, worek osierdziowy zaszyto również w zupełności. Ranę skórną zaszyto częściowo. Śmierć 22-go dnia po operacyi. Podczas sekcyi znaleziono: *pleuritis purulenta sinistra, pleuro-pneumonia marginalis dextra, pericarditis adhaesiva anterior, pericarditis purulenta sanata posterior.* Zrost rany w sercu zupełny; w osierdziu znaleziono dwa swobodnie leżące szwy węzełkowe.

2) Mężczyzna, 24 lat liczący, został pchnięty nożem w III lewe międzyżebrze na zewnątrz od linii sutkowej. Nieprzytomny. Tętno niewyczuwalne. Oddech powierzchowny. Tonów serca nie słychać. Operacya bez znieczulenia. Cięcie od rany do lewego brzegu mostka. Wypiłowano III żebro. Rana w opłucnej $1^1/_2$ ctm. długości. Jama opłucnowa wy-

pełniona krwią. Ranę opłucnową rozszerzono. W osierdziu rana 2 ctm. i tę również rozszerzono. Na lewej komorze rana $1\frac{1}{2}$ ctm. długa. Krwawienie obfite, krew jasna. Na ranę serca założono 3 szwy jedwabne. Ranę w worku osierdziowym częściowo zaszyto, częściowo brzegi jego przyszyto do opłucnej ściennej. Jamę osierdziową i opłucnową osączkowano. Ranę skórną częściowo zaszyto. Śmierć 4 dnia. Sekcya wykazała: *Pericarditis purulenta, pleuritis sinistra purulenta.* Szwy na sercu trzymają dobrze. Rana nie była drążącą. Skaleczoną była gałęź tętnicy wieńcowej.

3) Mężczyzna, 29 lat liczący; rana kłóto-cięta w V międzyżebrzu, 7 ctm. długa z obu stron linii sutkowej. Przytomny, trochę podchmielony. Chodzi bez pomocy. W tętnicy ramieniowej wyczuwa się tętno. Oddech utrudniony. Operacya bez uśpienia: cięcie skórne w V międzyżebrzu przedłużono do mostka. Przy mostku 2 dodatkowe cięcia w górę i na dół. Resekcya chrząstek V i VI żebra. Ranę w osierdziu $2\frac{1}{2}$ ctm. długą rozszerzono do 5 ctm. Na wierzchołku serca na tylnej ścianie płatowa rana w kształcie języka. Krwawienie żywe. Płat podczas operacyi oderwał się. Trzema szwami z jedwabiu ściągnięto brzegi rany. Śmierć po upływie 26 godzin. W worku opłucnowym znaleziono na sekcyi $\frac{1}{2}$ ltr. krwawego płynu. W osierdziu zmian widocznych niema. Szwy trzymają.

Dotychczas z powodu ran w sercu u ludzi operowano 9 razy (Farina, Cappelen, Rehn, Giordano, Horodyński po 1 razie, A. Parrozzan'i i W. Maliszewski po 2 razy) i zeszyto ranę w lewej komorze 5 r., w prawej 2 r., w lewym przedsionku i na wierzchołku serca po 1 razie. Wszystkie rany były kłóte, ale tylko 2 razy niewątpliwie drążyły przez całą grubość ściany serca. Rana zewnętrzna trzy razy była w III międzyżebrzu, 2 razy w IV, raz w V i raz w VII. W dwóch przypadkach położenia rany zewnętrznej bliżej nie określono. Technika operacyjna w każdym niemal przypadku odmienna. Najczęściej resekowano V lub III żebro. We wszystkich przypadkach otwartym był worek opłucnowy lewy. Dwa tylko przypadki zakończyły się wyzdrowieniem (Rehna i Parrozzaniego), w 7 innych nastąpiła śmierć i to: w 3 przed trzema dniami, w 1 przed 5. w dwóch między 19 a 22 dniem po operacyi, w jednym zdaje się po tygodniu. Przyczyną śmierci w 4 przypadkach było zapalenie ropne osierdzia i opłucnej, w jednym upadek sił, w dwóch przyczyna niewiadoma. *Herman.*

Hainebach: **Przyczynek do etyologii gorączki gruczołowej Pfeiffera.** *(Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 26, 1899). W r. 1899 opisał Pfeiffer gorączkę gruczołową „Drüsenfieber“, jako pojawiającą się u dzieci osobną chorobę, której głównymi objawami są: gorączka, ból głowy, bóle w szyi przy połykaniu i poruszaniu głową, oraz obrzęk gruczołów karkowych i szyjnych. Gorączka zwykle w przeciągu kilku dni ustępuje, chory wraca do zdrowia, w niektórych jednak przypadkach jako powikłanie występuje krwawe zapalenie nerek. Choroba ta niewątpliwie jest zakaźną, jak o tem świadczy nagminne jej występowanie, przebieg itd., a jednak dotychczas nie znamy jej przyczyny. Z badaczy, zajmujących się tą chorobą, jeden tylko Czajkowski znalazł w trzech przypadkach w gruczołach i we krwi drobnoustroje, inni przypisują pojawienie się tej choroby gronkowcom i paciorkowcom, które w tych przypadkach prawdopodobnie przedostają się przez błonę śluzową gardła i migdałków, nie uszkodziwszy jej, a wywołują zmiany w sąsiednich gruczołach szyi. Za takiem przypuszczeniem przemawiałoby następujące spostrzeżenie autora: 8-letni chłopiec zasłabł nagle wśród następujących objawów: wymioty, gorączka, lekki ból gardła; przedmiotowo zaś stwierdzono gorączkę i powiększenie gruczołów szyjnych i podszczękowych, brak jakichkolwiek zmian na błonie śluzowej gardła. Trzeciego dnia pojawiło się krwawe moczenie, które jednak w kilka dni po ustąpieniu gorączki zupełnie ustąpiło.

Opierając się na tych objawach, rozpoznał H. gorączkę gruczołową. W kilka dni później zachorowało dwoje rodzeństwa na typowe zapalenie mieszkowe gardła z zwykłym przebiegiem i gorączką — i ztąd wnosi H., że jedna i ta sama przyczyna wywołała chorobę u tych trojga chorych, że te same drobnoustroje, a więc gronkowce i paciorkowce, wywołujące u dwojga z nich zapalenie mieszkowe migdałków, wywołały u trzeciego gorączkę gruczołową. *Raczyński.*

Gilbert A. prof. i Fournier L. **Obrona ustroju zapomocą włóknika.** *(La défense de l'organisme par la fibrine). La Semaine médicale,* 1899, Nr. 26). W pewnych chorobach gorączkowych ilość włóknika we krwi wzrasta. Siatka włóknika pod drobnowidem jest wówczas bardzo wyraźna, a krew szybko krzepnie. Wydarza się tak n. p. w zapaleniu płuc włóknikowem. Podług autorów zwiększenie włóknika we krwi ma swój cel, a mianowicie obronę ustroju pod pneumokokami, jak w zapaleniu płuc włóknikowem, a przed innymi drobnoustrojami, jak w innych chorobach zakaźnych. Włóknik otacza drobnoustroje i tak je niejako żywcem zamurowywuje.

Oprócz powiększenia ilości włóknika we krwi występuje też to samo w pewnych miejscach, zagrożonych przez chorobę. Jest więc obok ogólnej hiperfibrynozy *(hyperfibrinose générale)* miejscowe nagromadzenie włóknika *(h. locale).*

Znaczenie włóknika, rozpatrywane z tego stanowiska, nabiera w patologii wielkiej wartości. Wszystkie wypociny, zakrzepy, wysięki są polem działania dla włóknika, który znów broni celowo ustroju.

Hipertibrynoza w połączeniu z leukocytozą rzeczywiście cechuje choroby zakaźne; pojawianie się jej jest odczynem zbawiennym dla ustroju[1]). *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Bruner Władysław. **O zastosowaniu leczniczem upustu krwi (venaesectio).** *(Nowiny Lekarskie,* 1899, Nr. 6). Z jednej strony istnieją i dzisiaj zagorzali zwolennicy puszczania krwi, z drugiej jej przeciwnicy. Autor nie zapala się zbytnio do tego sposobu leczniczego, stósuje go jednak w razie odpowiednich wskazań. A do wskazań należą: niektóre przypadki zapalenia włóknikowego płuc, przewlekłych chorób serca i płuc, w których brak wyrównania w czynności serca. Działanie puszczenia krwi jest przeważnie mechaniczne. Wskutek odciągnięcia pewnej ilości krwi opór w układzie naczyniowym zmniejsza się, wymagania stawiane sercu obniżają się, a serce, doznawszy ulgi, może wydatniej pracować. Wyniki, które miał sam autor, zachęcają do stósowania upustu krwi, zwłaszcza w zapaleniu płuc włóknikowem w razie sinicy. Ulga podmiotowa i przedmiotowa następowała natychmiast.

Prócz tego można jeszcze puszczać krew w udarze mózgowym, choć co do tego zdania są bardzo sprzeczne. Tak samo można próbować tego zabiegu w mocznicy, w której uzasadnienie teoretyczne puszczania krwi jest nawet wcale dobre. Autor, opierając się na swojej dawniejszej pracy *(Pam. T. L. W.* Tom 92) sądzi, że w mocznicy istnieje obrzęk krwi, odciągając więc zapomocą puszczenia krwi nadmiar płynu, usuwamy obrzęk krwi.

Puszczanie krwi w błednicy uważa autor za zupełnie niepotrzebne, kiedy mamy środki leczące błednicę, jak żelazo i spokój.

Ilość upuszczonej krwi na raz 200—400 ctm.³ z przegubu łokciowego. Zabieg w razie potrzeby można powtórzyć. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Uffenheimer. **Przyczynek do histologii i histogenezy torbieli brodawkowatych jajnika.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 21 i 22). Autor badał mikroskopowo (skrawki seryami) cztery przypadki tego rodzaju torbieli. Na podstawie tych badań doszedł do szeregu wniosków, i tak: torbiele te powstają z przybłonka powierzchni jajnika, są zawsze pochodzenia przybłonkowego. Na to jakoby miały one powstawać

[1]) *Przyp.* Poglądy, wyrażone w tej pracy badaczów francuskich, są nadzwyczaj pociągające, a co do hiperfibrynozy miejscowej i ogólnej zupełnie nowe. Myśl bardzo szeroka i godna głębszego zastanowienia. Podaję ją też zaraz do wiadomości czytelników *Prz. Lek.* *Przyp. Dr. St. E.-R.*

z przybłonka torebek (folikułów) niema dotychczas żadnych dowodów. Pojawianie się w nich przybłonka z migawkami pochodzi od przeobrażenia (metaplasia). Ciałka piaszczyste (Psammome) wytwarzają się z powodu zwyrodnienia przybłonków; występują one już w samych początkach powstawania brodawek. Torebki, których ściany uległy zniszczeniu z powodu ugniecenia mogą pozostawiać jaja, kształt torebki nie musi być owalny, bo kształt ich zależy od warunków mechanicznych. Prawie w każdym torbielu brodawczastym znajdują się szklisto zwyrodniałe naczynia.

Jakie jest tło powstawania tego rodzaju nowotworów, trudno orzec; co stanowi ten czynnik pobudzający przybłonek powierzchni jajnika do wytwarzania nowotworu, to jest dotychczas zagadką. *St. D.*

Weiss S.: **Pierwszeństwo odkrycia tak zw. wczesnego objawu Koplikowskiego w odrze.** *(Wien. klin. Wochenschrift*, 1899, Nr. 25). Niedawno ogłosił znany pedyatra amerykański, Dr. H. Koplik, objaw, który pozwala na wczesne rozpoznanie odry *(Medical Record, 1898, Nr. 1431, „A new diagnostic sign of measles")*. Są to drobniutkie pęcherzyki barwy niebieskawo-białej na tle jasno-czerwonem błony śluzowej warg i policzków; objaw ten wyprzedza na dobę do dwóch dób osutkę na skórze.

Objaw ten potwierdzili niebawem wszyscy spostrzegacze, nazwano go „wczesnym objawem Koplikowskim", tylko dziwiono się powszechnie, jak objaw ten mógł ujść dotąd oczom lekarzy.

Tymczasem tak nie jest, bo już w r. 1880 opisał go bardzo dokładnie, nawet dokładniej niż Koplik, lekarz duński Dr. N. Flindt (w sprawozdaniach duńskiego *„Sundhedscollegium"*, *„Sundhedskollegiets Aarsberetning for 1880")*, a ztamtąd powtórzył w tłómaczeniu niemieckiem Jürgensen w pracy swej o osutkach ostrych (wyszła roku 1896 w tomie IV, *„Specielle Pathologie und Therapie"*, wydawanem przez prof. Nothnagla).

Flindt podaje, że drobne te pęcherzyki, podobne do gruzełków prosówkowych, można nawet wyczuć dotykiem, bo są wystające ponad otoczenie. Również przytacza ważny szczegół, że występują też na spojówkach powiekowych.

Pierwszeństwo więc odkrycia wczesnego objawu odry należy się niewątpliwie Flindtowi.

(Z tego powodu należy objaw ten nazywać objawem Flindtowskim, albo Flindt-Koplikowskim, ponieważ mimo, że Flindt go odkrył, dopiero Koplik wyrobił mu powszechne prawo obywatelstwa w dyagnostyce. Przyp. Dr. St. E. R.). *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

J. Mikulicz: **Przyczynek do operacyjnego leczenia rozszczepów wrodzonych pęcherza.** *(Ctrbl. für Chir.*, 1899, Nr. 22). Niezależnie od Rutkowskiego i mniej więcej w tym samym czasie (bo tylko miesiąc później) wpadł M. na myśl plastyki pęcherza zapomocą pętli jelitowych. Różnica w tem, że gdy Rutkowski kończy całą operacyę na jednem posiedzeniu, Mikulicz rozdziela ją na kilka okresów, a rozpoczyna od wykluczenia odcinka 12 ctm. długiego z dolnej części jelita biodrowego. Ten wykluczony odcinek zapuszcza na razie napowrót do jamy brzusznej, jeden koniec zaszywszy zupełnie ślepo, a drugi wszczepiwszy w powłoki brzuszne tuż ponad szczytem wynicowanego pęcherza. Dopiero po kilku miesiącach, kiedy już jest pewnym, że ewentualny zanik wykluczonego jelita postępować nie będzie, przystępuje do dalszych aktów operacyi, których na razie nie opisuje. Jeden chory w ten sposób operowany potrafił utrzymywać w pęcherzu około 100 gr. moczu.

Herman.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 7 czerwca 1899 r.

Przewodniczący: kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 30.

Prezes odczytuje pismo prof. Rydygiera, który zaprasza Tow. lekarskie na Zjazd chirurgów w lipcu b. r., w dniach 18, 19 i ewent. 20-tym odbyć się mający.

Kol. prof. Jakubowski składa sprawozdanie z czynności Komitetu przedwyborczego do wyborów do Izby lekarskiej krak. Największą ilość głosów na członków otrzymali koll.: Łazarski, Wachholz, Gwiazdomorski, Rutkowski — na zastępców koll.: Kohn, Raczyński, Zarewicz i Droba; tych też Komitet poleca.

Po przemówieniach koll. Surzyckiego, Kwaśnickiego, Jordana, Pieniążka, Jakubowskiego i Hermana Hirscha przystąpiono do głosowania. Najwięcej głosów na członków Izby kolejno otrzymali koll.: Ponikło, Łazarski, Wachholz, Rutkowski — na zastępców koll.: Zarewicz Raczyński, Gwiazdomorski i Droba.

Kol. Rutkowski: demonstrował 1) igłę długości około 10 ctm., wyjętą z cewki moczowej chłopca 16-letniego; 2) szpilkę podwójną, około której wytworzył się w pęcherzu kamień wielkości jaja kurzego, wydobytą u kobiety zapomocą kolpocystotomii; 3) nerkę wyciętą z powodu jej zropienia, które powstało na tle kamienia miedniczki; 4) woreczek żółciowy z trzema kamieniami, wydobyty u kobiety 63-letniej, która przed 17 laty przebyła dur brzuszny, a od 7 lat cierpiała na napady kolki żółciowej, w ostatnich czasach bardzo gwałtowne. Badanie bakteryologiczne treści woreczka wykazało prątki, posiadające wszystkie cechy hodowlane prątka durowego.

Kol. Droba demonstruje hodowle rzeczonych prątków. Kol. Ciechanowski interpeluje, czy była robiona próba z surowicą. Kol. Droba sądzi, że próba ta straciła już swe znaczenie, odkąd stwierdzono jej obecność także w cierpieniach nic nie mających wspólnego z durem. Kol. Lewkowicz zaznacza, że chodzi właściwie nie o próbę Widala, lecz o próbę Grubera. Mając surowicę, która niewątpliwie prątki durowe aglutynuje, możemy zapomocą niej odróżnić prątki durowe od wszelkich innych. Kol. prof. Klecki utrzymuje, że dotychczas nie znamy żadnych pewnych cech, któreby pozwalały odróżnić na pewne prątek durowy od innych prątków t. z. grupy kolonowej.

Kol. doc. Ciechanowski przedstawia:

1) [PS. 498/99]. Przypadek pęknięcia tętnicy głównej u kobiety 66-letniej, u której zresztą oprócz miażdżycy tętnic znaleziono tylko jeszcze zaniki narządów wewnętrznych i mierny przerost obu połów serca bez wykazać się dającej podstawy anatomicznej. — Tętnica główna pękła półkolisto na $5^1/_2$ ctm. powyżej zastawek półksiężycowatych, jeszcze w obrębie worka osierdziowego; pęknięcie, długie na 5 ctm., przebiega poprzecznie, jest prawie prostolinijne, a od jednego z jego kątów odchodzi skośnie ku górze druga szczelina, długa na $1^3/_4$ ctm. Brzegi pęknięcia w tym kącie są zaokrąglone, w drugiej zaś połowie ostre i tutaj widać wyraźnie, że pęknięcie przechodzi na wskróś przez wszystkie trzy warstwy ściany tętniczej. W głębi otworu widać skrzepy, za życia powstałe, na powierzchni żeberkowane. Przez szczelinę w ścianie tętnicy wydostawała się krew poczęści między warstwy ściany, stąd też na niewielkiej przestrzeni powstał krwiak śródścienny (t. zw. *aneurysma dissecans)*, głównie jednak wylewała się krew pomiędzy tętnicę główną a nasierdzie (*epicardium*), pokrywające nasadę wielkich naczyń serca i tu utworzył się krwiak wielkości jaja kurzego. Nasierdzie samo jest również pęknięte w jednem miejscu, nieco bliżej ujścia tętniczego lewego, niż pęknięcie ściany tętnicy; brzegi tego otworu w nasierdziu są strzępiaste, nierówne, otwór sam biegnie prawie poziomo i mierzy około 3 ctm. długości. W worku osierdziowym znajdowała się znaczna ilość krwi płynnej i skrzepów pośmiertnych. Nie ulega wątpliwości, że czynnikiem usposabiającym do pęknięcia były znaczne i rozległe zmiany miażdżycowe, istniejące w tętnicy głównej i szczególnie wyraźne w okolicy samego pęknięcia. Zaokrąglenie brzegów pęknięcia i silne zlepienie się ich ze skrzepami, leżącymi pomiędzy ścianą tętnicy a nasierdziem, widoczne w wewnętrznym kącie pęknięcia, świadczyłyby, że pęknięcie w tej części powstało najdawniej; w części zewnętrznej powstało ono później i szybciej, jednakże i tu obecność skrzepów że-

berkowanych, za życia powstałych, zdawałaby się przemawiać za tem, że życie czas jakiś potem jeszcze trwało. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie dopiero później, wskutek wylania się krwi do worka osierdziowego przez szczelinę w osierdziu, noszącą wszystkie cechy pęknięcia świeżego. Już te okoliczności wskazywałyby, że w przedstawionym przypadku mogłoby pęknięcie powstać bez wszelkiego udziału urazu zewnętrznego, jedynie pod wpływem zwiększonego parcia krwi na osłabioną i nadwerężoną ścianę tętnicy, n. p. pod wpływem kolejnych wysiłków fizycznych. Wywiady nie dostarczyły zresztą pod tym względem żadnych wskazówek, gdyż chora przybyła do szpitala już konająca. Przypadek przytoczony przedstawia wiele podobieństwa do przypadku, demonstrowanego przed rokiem przez kol. Nowaka, w którym jednakże pęknięcie było — rzecz rzadsza — koliste, powstało zdaje się nagle, ale dotyczyło przedewszystkiem warstw wewnętrznej i średniej. Przypadek dzisiejszy zajmujący jest także ze stanowiska sądowolekarskiego; w razie wykazanego urazu oczywiście nie nastręczałby on większych trudności, gdyż można by przyjąć, że uraz przyczynił się do powstania pęknięcia przy istniejącem już usposobieniu (w znaczeniu § 129 a. pr. k.); natomiast ewentualne wykluczenie działania urazu przy wątpliwych danych wywiadowych należałoby do zadań wcale niełatwych, a może nawet nierozwiązalnych.

2) Pęcherz moczowy kobiety 42 lat, w którym na błonie śluzowej, zwłaszcza w dolnych, lekko zaczerwienionych częściach, widać mnóstwo białawych guziczków, okrągławych, nie przechodzących wielkości prosa, a jakby przeświecających. Na pierwszy rzut oka można było myśleć o zwyrodnieniu torbielkowatem błony śluzowej dróg moczowych t. zw. »uretheritis resp. cystitis cystica«, spotykanem wcale nierzadko nawet w wyższych stopniach, jak to było w innym, prawie współcześnie sekcyonowanym przypadku, gdzie wejrzenie makroskopowe pęcherza było bardzo podobne. (Demonstracya preparatów drobnowidowych). To torbielkowate zwyrodnienie zbadali dokładniej v. Brunn, Lubarsch, v. Limbeck i Aschoff, a także Eve i Pisenti. Zdaje się, że powstawanie takich torbielków odbywa się dopiero w latach wzrostu i w wieku dojrzałym i to po części przez pierwotne wrastanie w głąb przybłonka i odsznurowywanie się jego ognisk, po części przez odsznurowywanie przybłonka przez wyrastanie ku górze i zrastanie się delikatnych przegród łącznotkankowych, znajdujących się w prawidłowym pęcherzu już u noworodków, t. zw. »septa« v. Brunna, który je pierwszy wykazał. Może być wreszcie, że w niektórych razach torbielki powstają z zabłąkanych za wysoko gruczołów cewki moczowej. (Lubarsch). Nie jest pewnem, czy te torbielki są zjawiskiem poniekąd normalnem, czy też zawsze chorobowem, i czy nie stoją w związku ze sprawami zapalnemi dróg moczowych: przeciw temu drugiemu przypuszczeniu przemawia jednak ich względna częstość, oraz to, że w wielu przypadkach nie można wykazać ani śladu jakichś innych zmian chorobowych.

W przedstawionym przypadku wykazał jednak drobnowid, że mamy do czynienia nie z torbielkami, lecz z grudkami (follikułami) chłonnemi. O tworach podobnych wspominają już dawniejsi autorowie (Cruveilhier, Rokitańsky itd.). Późniejsze badania doprowadziły do wyników sprzecznych: jedni (Weichselbaum, Hamburger) sądzili, że już w prawidłowej błonie śluzowej znajdują się grudki limfatyczne zawsze i dość obficie; inni (Chiari, Toldt) przeciwnie utrzymywali, że w prawidłowych warunkach ich niema, i że dopiero tworzą się one w przypadkach przewlekłych nieżytów pęcherza (Chiari). U nas zajął się tą sprawą Przewoski (w r. 1888), a wyczerpujące jego badania potwierdzają zdanie Chiarego. Znalazł on stan, o którym mowa, u 58 osobników na 5000 mniejwięcej sekcyi, połączony zawsze z nieżytem przewlekłym błony śluzowej pęcherza i nazwał go »jaglicowem czyli follikularnem zapaleniem błony śluzowej dróg moczowych«, tworząc w ten sposób odrębną postać anatomiczną. Klinicznie postać ta nie jest dobrze zbadana. Ciechanowski, badając dla innych celów znaczną ilość pęcherzy, nie zauważył również nigdy w prawidłowych skądinąd pęcherzach obecności grudek limfatycznych i w tym względzie może potwierdzić badania Chiarego i Przewoskiego. Rozleglejszych badań »jaglicowego zapalenia pęcherza« C. nie przeprowadzał: przedstawiając typowy jeden okaz, uczynił to w tym celu, aby zwrócić uwagę klinicystów na tę mało zbadaną postać. Zdaje się, że z nią miał do czynienia Guyon w przypadkach tak nazwanych przez siebie »granulations«, które spotykał przy bardzo bolesnych zapaleniach pęcherza, a niekiedy wypalał i wyskrobywał. Tak przynajmniej przypuszcza Przewoski, gdyż Guyon nie podaje bliższych szczegółów. Nie mając pod ręką piśmiennictwa z zakresu kliniki dróg moczowych, nie wie C., czy się sprawą tą kto później zajmował i prosi pod tym względem o wyjaśnienia, a zarazem zapytuje o objawy kliniczne, spostrzegane w przedstawionym przypadku. (NS. 478).

3) (NS. 549/99). Okaz nowotworu, wychodzącego z opon miękich móżdżku, pochodzący z kobiety 54-letniej, u której nadto znaleziono otłuszczenie serca i zapalenie nieżytowe płuc i oskrzeli. Nowotwór ten, wielkości sporego orzecha włoskiego, usadowił się przy przedniej krawędzi lewej półkuli móżdżku; leży on pod oponami, nigdzie na móżdżek nie przechodząc, a tylko uciskając na jego lewą półkulę i na lewą połowę mostu Warola; części te okazują wgłębienia, odpowiadające wypukłościom guza, a nadto są w całości wskutek ucisku zniekształcone. Badanie drobnowidowe wykazuje w guzie utkanie śródbłoniaka. Nowotwór był za życia rozpoznany, a koledzy, którzy przypadek spostrzegali, podadzą zapewne dane kliniczne.

4) (NS. 531/99). Okaz wątroby płatowatej wrodzonej (hepar lobatum), podobnej do wątroby zwierzęcej, a przypominającej zewnętrznie niektóre postacie wątroby płatowej pochodzenia kiłowego. O rozwojowem pochodzeniu tej zmiany świadczy w danym przypadku jednostajna grubość torebki na całej wątrobie, brak jakichkolwiek zmian w miąższu i obecność grubych żył, przebiegających na dnie wrębów, rozdzielających liczne płaty wątroby od siebie. Żyły te leżą tuż pod torebką. Okaz ten pochodzi z 40-letniej kobiety, której sekcya wykazała inne jeszcze niezwykłe zmiany, w całokształcie swoim dające się jeszcze najłatwiej odnieść do kiły trzeciorzędnej. Mianowicie pod wątrobą w sąsiedztwie przewodu żółciowego woreczkowego (*ductus cysticus*) znajdują się dwa twarde, okrągławe guzy, jeden wielkości orzecha włoskiego, drugi wielkości fasoli, otoczone zrostami włóknistemi, a na przekroju okazujące wejrzenie, zbliżone do kilaków, mianowicie w środku partye obumarłe, żółtawo-popielate, nieco przeświecające, o obrysach zatokowatych, a na obwodzie zbite utkanie włókniste. Przewód woreczkowy jest w sąsiedztwie tych guzów zarośnięty na długości 1 cm., pod zarośnięciem zawiera kamień, złożony z soli wapniowych, poniżej zaś jest prawidłowy. Woreczek żółciowy przedstawia obraz puchliny (*Hydrops vesicae felleae*). Śledziona powiększona, zwyrodniała skrobiowato, w kilku miejscach okazuje bliznowate zaciągnięcia, przypominające nieco blizny po infarktach. W nerkach obok znacznej marskości (rozpoznanej za życia) znaleziono również rozległe zwyrodnienie skrobiowate. Dolny płat płuca prawego zwyrodniały włóknisto, wśród niego jamka zatokowata, o ścianach włóknistych, wypełniona miazgą, podobną do serowatej. W płacie dolnym płuca lewego znajduje się tuż pod powierzchnią zewnętrzną ognisko bezpowietrzne, nieregularnie okrągławe, złożone z suchych mas białawych, nekrotycznych, nieco większe od orzecha włoskiego. Ognisko to od strony wnęki płuca niezbyt ostro jest odgraniczone od miąższu płucnego, — od strony opłucnej zupełnie jest oddzielone, jakby odsłoina. Nadto znaleziono nieliczne nacieki miażdżycowe w tętnicy głównej, jednokomorowy torbiel jajnikowy po stronie lewej i niezbyt znaczne skrócenie więzadła językonagłośniowego środkowego z zawinięciem brzegu chrząstki nagłośniowej ku powierzchni językowej (zmiana Hansemanowska), zresztą zaś w innych narządach zmian nie było.

Nasuwające się ze względu na całość obrazu sekcyjnego rozpoznanie kiły dlatego natrafia na trudności, że usadowienie się kilaków w gruczołach chłonnych, jakby w tym przypadku być mogło — prawie wyłączne, zdaje się należeć do nadzwyczajnych rzadkości. W rozpoznaniu niewiele mogą być pomocne zmiany w płucach, gdyż, o ile usadowienie ich przemawia raczej za kiłą, niż za gruźlicą, o tyle wejrzenie jest zupełnie niezwykłe, a całkowita przemiana w masy serowate i odsłojenie bez jakichś wyraźniejszych zmian włóknistych w obwodzie byłoby dla kilaków zgoła wyjątkowem zjawiskiem. Badanie tych mas serowatych w płucach nie wykazało ni śladu prątków gruźliczych, lecz gdyby nawet było przeciwnie, pozostawałaby możliwość połączenia się obu zakażeń w tym samym ustroju. Badanie drobnowidowe guzów podwątrobowych wykazało tylko tkaninę nekrotyczną, złożoną przeważnie z pasm tkanki włóknistej; w płucach granica mas serowatych przedstawia bądźto obraz sekwestracyi z udziałem leukocytów, bądź też wąski pas nacieku komórkowego, wśród którego zrzadka znajdują się niecharakterystyczne komórki olbrzymie, zdarzające się, jak wiadomo, i w kile, a na zewnątrz od niego gdzieniegdzie w miąższu płucnym ślady zwyrodnienia włóknistego; wogóle zatem drobnowid nie dostarcza nawet tych obrazów, jakie nawykliśmy spotykać w kilakach, a jakie zresztą wybitniejszych swoistych cech nie posiadają. Niewiele

zmieniłoby rzecz wykazanie »Plasmazellen« Unny, których jeszcze za coś swoistego dla kiły uważać niepodobna.

W dyskusyi (ad 3) kol. Konera, (ad 2) kol. Gliński podają dane kliniczne opisanych przypadków.

Sekretarz doroczny: *Dr. Lewkowicz.*

VI. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

5 posiedzenie, dnia 13 kwietnia przedpołudniem.

Leukocytoza a białaczka.

Sprawozdawca Löwit (z Insbruku) rozbiera właściwości leukocytozy i białaczki. Wspólnem znamieniem obu tych spraw jest powiększenie ilości ciałek białych.

Leukocytoza jest tylko objawem, którego przyczyny są rozmaite. Może wystąpić powoli, a szybko zniknąć, lub też odwrotnie. W białaczce znachodzi się równocześnie zawsze leukocytoza; nie jest to jednak prosta leukocytoza, lecz powiększenie ilości ciałek białych z przyczyny swoistej. Mowca omawia poszczególne postacie białaczki podług obrazów krwi i dochodzi do wniosku, że na zasadzie kształtów i właściwości ciałek białych w krwi białaczkowej nie można rozpoznać na pewne, zkąd pochodzą nieprawidłowe ciałka białe, to jest, gdzie zostały wytworzone, w jakim narządzie.

Główną część wywodów mowcy zajęło opisanie pasorzytów, przez niego odkrytych, a mających powodować białaczkę. Wyniki badań Löwita pod tym względem są następujące:

1) W białaczce szpikowej *(myelaemia)* znajdują się w ciałkach białych krwi obwodowej pasorzyty pełzakowate, które nazwał Löwit: *Haemamoeba leucaemiae magna.* Pełzak ten rozmnaża się we krwi, podobnie jak „sporozoy acystosporydowe“, przez zarodnikowanie. Można nawet wykryć w narządach krwiotwórczych zwłok zarodniki ze znamionami zarodników trwałych. Nie jest rzeczą pewną, czy we krwi występuje rozmnażanie się chromatozoitów (ciałek sierpowatych).

2) W limfenii *(lymphaemia)* zdarzają się pasorzyty w krwi obwodowej, ale tylko niekiedy. W narządach krwiotwórczych zwłok znachodzi się pasorzyt nieco odmienny: *Haemamoeba leucaemiae vivax.*

3) Są przypadki białaczki, w których można znaleźć w narządach oba gatunki pełzaków (zakażenie mięszane).

4) W jednym przypadku niedokrewności dziecięcej wrzekomo białaczkowej *(anaemia pseudoleucaemica infantum)* i w jednym też przypadku wrzekomej białaczki *(pseudoleucaemia)* u dorosłego, były te pasorzyty we krwi i w narządach po śmierci.

5) Można przenieść białaczkę na zwierzęta do niej skłonne. Występuje wtedy choroba zazwyczaj przewlekła, bardzo przypominająca białaczkę ludzką, na którą zwierzęta giną dopiero po wielu miesiącach. Niekiedy w mniejszej ilości przypadków białaczka ta sztuczna u zwierząt zmienia się z przewlekłej w ostrą śmiertelną. W krwi zwierząt zarażonych można już w preparatach świeżych, niebarwionych, widzieć pasorzyty; w tych razach w narządach jest mniej pasorzytów, niż we krwi. Zdaje się, że rozwój pasorzyta u zwierząt odbywa się głównie we krwi, choć i narządy krwiotwórcze są też zajęte. Przerost tych narządów wydarza się, ale nie występuje naprzód z pomiędzy innych objawów.

6) Można przenieść tę sztuczną białaczkę z jednego zwierzęcia na drugie.

7) Dotąd nie wiadomo z pewnością, czy się udaje hodowla pasorzytów w próbówkach. Niektóre próby autora były dodatnie, nie może jednak stanowczo orzec już teraz bez dalszych prób.

Drugi sprawozdawca Minkowski (ze Strasburga): W dziedzinie chemii komórki, a zwłaszcza chemii ciałek białych widać w ostatnich latach znaczny postęp.

Jądro komórki, tę najzawilszą część komórki, udało się nauce zbadać pod względem chemicznym do pewnego stopnia. Mianowicie chemia komórki odkryła, że główną część składową jądra stanowią osobne skupienia niedziałek (kompleksy atomów), będące w związku z ciałami białkowatemi, jednak mające prostszy układ, niż te ostatnie. Jedną gromadę tych substancyj stanowią ciała posiadające własności kwasów, a odznaczające się wielką zawartością fosforu. Są to kwasy nukleinowe, odkryte przez Mieschera. Gromadę drugą tworzą ciała mające własności zasad. Tutaj należy protamin, również odkryty przez Mieschera. Ten protamin nazywa Kossel pierwotnem ciałem białkowatem *(»primitiver Eiweisskörper«)*, które jest właściwem jądrem drobiny białka, wspólnem dla wszystkich ciał białkowatych. Na istnieniu tego ciała polega odczyn biuretowy i tak zw. odczyn alkaloidowy ciał białkowatych. W pewnych tworach, podobnych do jądra, będących z niem w jakimś stosunku, np. w główkach dojrzałych nitek nasiennych, występuje kwas nukleinowy w połączeniu z protaminem jako sól. Takie połączenia solne znajdują się w ciele komórkowem bakteryj. Niedawno powiodło się rzeczywiście Ruppelowi odosobnić z prątków gruźliczych obok kwasów nukleinowych także ciała protaminowe. W jądrach komórkowych ustrojów wyższych znajdują się te substancye w połączeniach bardziej złożonych. Protamin strąca substancye białkowate i albumozy z rozczynu amoniakalnego i tworzy z nimi ciała, które na mocy swych własności odpowiadają tak zw. histonom. Tak samo kwas nukleinowy w rozczynie kwaśnym łączy się z ciałami białkowatemi i tworzy nukleiny. Nukleiny mają własności kwasów, zaś histony własności zasad i mogą się znów połączyć z nukleinami w nukleohistony. W ustroju zwierzęcym te nukleohistony stanowią główny składnik pierwocin jądra, jak to wykazali Kossel i Lilienfeld.

Najwięcej nukleohistonów ilościowo zawierają ze wszystkich narządów komórki układu chłonnego. Limfocyty składają się przeważnie z samych tylko nukleohistonów. Te nowo odkryte substancye są najściślej związane z głównemi czynnościami życia. Kwas nukleinowy i protamin prawdopodobnie jest sam przenośnikiem i pośrednikiem najważniejszych czynności, albo też zawiera drobne wprawdzie na ilość, ale nadzwyczaj czynne, żywotne istoty, może podobne do zaczynów (fermentów), które wydziela, a one znowu działają.

Sprawozdawca sam badał w ostatnich czasach nukleiny komórek ludzkich. Chodziło mu o zbadanie stosunku wzajemnego substancyi jądrowych w limfocytach i w ciałkach wielojądrzastych obojętnochłonnych. Pominąwszy niejakie różnice ilościowe pokazało się, że kwasy nukleinowe obu tych rodzajów ciałek są zupełnie jednakie. Natomiast substancye, połączone z kwasem nukleinowym, które dają odczyn biuretowy, zachowują się nie tak prosto. Mianowicie powiodło się sprawozdawcy otrzymać z nich dwa różne ciała, odmienne od protaminu Miescherawskiego, które także nie należą do właściwych albumoz i peptonów. Badania jego są dotąd nie skończone, nie mogą więc jeszcze rozstrzygnąć niezałatwionego sporu co do stosunku limfocytów do leukocytów, czy mianowicie są to zupełnie odrębne rodzaje ciałek, jak sądzi Ehrlich, Ribbert i inni, czy też, jak mniema Löwit, Fränkel itd. limfocyty są to tylko młode leukocyty. Badania chemiczne mogą tu zarówno dobrze zaważyć, jak i badania morfologiczne.

Również do zadań chemii komórkowej należy wyjaśnić znaczenie ziarenek zawartych w pierwoszczy komórek, jako to ziarenek obojętno-, kwaso- i zasadochłonnych (neutro-, acido-, basophile). Rozmaite są mniemania co do ich pochodzenia i składu. Podług jednych ziarenka te mają skład białkowaty, to znów prostszy. Powstanie ich tłomaczą bądź fagocytozą, bądź sądzą, że są to swoiste wydzieliny komórek, albo że są to ciała pochodne (derivate) substancyi jądrowej, lub że pozostają w związku z hemoglobiną. Dotychczas trudno coś pewnego powiedzieć; sprawa jest jeszcze niedojrzała, choć zasługują na uwagę niektóre objawy, jak zawartość żelaza w ziarenkach eozynochłonnych, oraz blizki ich stosunek do kryształów Charcot-Leydenowskich. Z badań tych nad istotami nukleinowemi wyszła nowa nauka o tworzeniu się kwasu moczowego.

Niewątpliwie należy uważać kwas moczowy u człowieka za swoisty wytwór ostateczny rozkładu nukleiny. Powstaje on przez utlenienie tak zw. zasad alloksurowych, zawartych w kwasie nukleinowym. Materyału do wytworzenia kwasu moczowego w ustroju może dostarczyć rozpad jąder, pomiędzy któremi znowu rozpadające się jądra w ciałkach białych mają pierwszorzędne w tym względzie znaczenie. I tak na dowód tego mniemania znajdujemy najwyższe wartości wydzielonego kwasu moczowego aż do 8 grm. (w czasie doby) w białaczce, w której też zachodzi znaczny rozpad ciałek białych (A. Fränkel i Magnus-Levy). Mimo to przecież nie należy sądzić, że wydzielanie kwasu moczowego w moczu pochodzi jedynie z rozpadu ciałek białych. Bo już pominąwszy to, że zwiększenie rozkładu nukleiny może również pochodzić ze zwiększonej

czynności, sam pokarm z większą ilością nukleiny jest w stanie pomnożyć ilość kwasu moczowego w moczu.

Oprócz kwasu moczowego należą do wytworów, powstających ze zwiększonego rozpadu ciałek białych w ustroju, jeszcze przedewszystkiem kwas fosforowy i ciała histonowate.

Ogólna przemiana materyi w ustroju nie zależy, jak się zdaje, wprost od własności krwi. W białaczce przemiana gazów oddechowych jest zupełnie prawidłowa, mimo zmienionego składu krwi.

Jednem z najważniejszych pytań dla lekarza jest, jak odróżnić klinicznie białaczkę od leukocytozy? Różnica jest wielka w skutkach, bo jak białaczka oznacza chorobę ciężką, postępującą i nieuleczalną, tak leukocytozę uważać trzeba za objaw wprawdzie chorobowy, ale objaw najczęściej przejściowy, w każdym razie uboczny, a nawet pomyślny. Przez białaczkę należy rozumieć chorobę, w której zmiana krwi jest głównym objawem i znajduje się w ścisłym związku z pewnemi zmianami organicznemi w narządach krwiotwórczych. Leukocytoza zaś oznacza powiększenie ilości ciałek białych w krwi, będące objawem mniej lub więcej pobocznym w innych chorobach, a które to powiększenie zasadza się tylko na pobudzonej czynności narządów krwiotwórczych lub nagromadzeniu się większem gotowych ciałek białych w krwi krążącej. Rozróżnienie leukocytozy od białaczki w praktyce atoli nie przedstawia prawie trudności, chyba wyjątkowo. Już sam obraz krwi wystarcza aż nadto do rozpoznania. Jedno spojrzenie do mikroskopu pozwala na odróżnienie leukocytozy od białaczki ze stopnia natężenia tej sprawy. To też przez czas długi różnicę pomiędzy leukocytozą a białaczką zasadzano jedynie na ilości ciałek białych. Stosunek białych do czerwonych jak 1:20 lub 1:50 był granicą pomiędzy temi sprawami, na oko pokrewnemi. Atoli obecnie powszechnie zgadzają się autorowie na to, że ilość nie rozstrzyga stanowczo, a główne znaczenie posiada jakość obrazu krwi. Z pojedynczych rodzajów ciałek białych nie można jednakowoż rozpoznawać jednej lub drugiej sprawy, ponieważ tak ciałka eozynochłonne, jak również tak zw. myelocyty, które uważano za znamienne dla krwi białaczkowej, zdarzają się również we krwi prawidłowej, a w leukocytozie nawet w większej ilości. Otóż tylko na zasadzie całego obrazu krwi można odróżnić białaczkę od leukocytozy. Obraz krwi w białaczce jest pstry, niejednostajny, odznacza się wielopostaciowością (*polymorphia*, J. Weiss). Przecież do pewnego stopnia należy i to określenie ograniczyć, ponieważ zdarzają się przypadki białaczki, odznaczające się jednostajnością obrazu krwi, np. pewne przypadki przewlekłej limfemii, w których limfocyty tworzą 95% wszystkich ciałek białych. A więc należy mieć na uwadze przy rozpoznawaniu białaczki całość objawów chorobowych, niespuszczając z oka obrazu krwi, który jest również bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Drugi dzień obrad. Posiedzenie kliniczne.

Sellheim demonstruje na kośćcach zwierząt wpływ trzebienia na budowę kości. U zwierząt wytrzebionych nasady kostne później się zrastają z trzonem, dlatego zwierzęta te rosną dłużej na długość i wysokość, aniżeli nietrzebione i w stosunku do tych dwóch wymiarów są za wązkie. Mózg trzebionych waży więcej, niż nietrzebionych, ale natomiast mniej w porównaniu do wagi ogólnej zwierzęcia. U kobiet trzebionych nie stwierdza się podobnej zmiany, jak u zwierząt; natomiast ulegają im oskopieni mężczyzni.

Następnie okazał S. miednicę kobiecą, zaopatrzoną w drewnianą główkę, zawieszoną na łańcuszku, której można nadawać dowolne położenie. Miednica ta znakomicie nadaje się do demonstracyj klinicznych mechanizmu porodowego i do demonstracyi porodów kleszczowych.

Fantom taki zamówić można za 15 marek u mechanika Elbsa, Freiburg i B.

Döderlein demonstrował różne rodzaje zgniataczy naczyń (*angiothrypter*), używanych przy miażdżeniu naczyń. Operuje on zgniataczem naczyń swego wynalazku, który zajmuje pośrednie miejsce między zgniataczem Tufiego a Doyena; wywiera on ciśnienie 2.000 kilogramów. Döderlein operował tym sposobem 27 przypadków przez pochwę i przypadkowo tyleż drogą laparotomijną i nie stracił ani jednej chorej. Operacye tym sposobem trwają nadzwyczaj krótko. D. wycina macicę przez pochwę zaraz po porodzie i pomimo wielkiej jej objętości łatwo można ją wydostać z powodu wiotkości.

Thumim demonstrował zgniatacze naczyń, zmodyfikowane przez Schautę.

Do przeciwwskazań miażdżenia naczyń (*Angiotrypsie*) zalicza Th. operacye na miąższu zajętym przez raka, miażdżycę tętnic dla ich kruchości i jednoczesne sprawy zapalne.

Po posiedzeniu klinicznem nastąpiło posiedzenie zwyczajne, na którem toczyły się dalsze rozprawy nad włókniakami:

Freund operował 72 przypadki włókniaków i zauważył, że kobiety, cierpiące na włókniaki macicy, ulegają tym nowotworom na różnych innych narządach, n. p. na skórze, a nawet jeden raz znalazł włókniaka na cienkich kiszkach. W 12 przypadkach na 72 stwierdził wól. Każdy 6-ty przypadek okazał się złośliwym; z powodu, że włókniaki sprowadzają takie powikłania, jak miażdżyca tętnic, zapalenie żył, schorzenie nerek itd., nie można ich zaliczyć do nowotworów całkiem dobrotliwych. Na 72 przypadków operowanych 2 zakończyły się śmiercią z powodu zatoru (*embolia*).

Zatory mogą wystąpić, gdy się wielki włókniak usunie nagle z miednicy; żeby temu zapobiedz, Fr. układa chorą przed operacyą w położenie kolanowo-łokciowe i tym sposobem wydobywa włókniak z miednicy.

Dührssen operuje nietylko wielkie włókniaki, ale i małe, rozmiarów włoskiego orzecha, jeśli są powodem wielkich krwotoków lub dolegliwości. Jest on przeciwny objawowemu leczeniu włókniaków. Miewał przypadki, w których małe włókniaki sprawiały wielkie dolegliwości i przez długi czas; chora cierpiała na bolesną miesiączkę i obfite krwotoki; wszystko to ustąpiło po wyłuszczeniu włókniaka.

D. operuje przez pochwę i uważa takie małe operacye za zupełnie niewinne. Maciczne włókniaki należy wyłuszczać bez względu na to, czy są podotrzewnowo, śródmiąższowe lub podśluzowe. Przez pochwę wydostawał włókniaki wielkości głowy dziecka. Przy wycięciu macicy zazwyczaj zostawia kikut.

Wortheim sądzi, że przy operacyi włókniaków należy wybrać tę drogę, która będzie krótsza, gdyż przedłużenie operacyi zawsze jest połączone dla operowanej z większem niebezpieczeństwem, aniżeli droga, którą się wybrało do uskutecznienia operacyi. Nie wielkość włókniaka powinna rozstrzygać, którą drogą mamy operować, lecz powikłania towarzyszące włókniakowi.

Każdy przypadek należy osobno indywidualizować. Jeżeli chora jest wyniszczoną i niedokrewną z powodu utraty krwi, a przytem ulega wadzie sercowej, trzeba operować przez laparotomię, a to z tego powodu, że podczas operacyi drogą pochwową chora straci wiele krwi, osobliwie przy kawałkowaniu nowotworu, co pogarsza stan chorej i czyni samą operacyę groźniejszą od laparotomii. Guzów, które sięgają aż do pępka, nie uważa mówca za odpowiednie do operowania przez pochwę. Przy wyborze drogi operacyjnej należy też baczyć, czy guz wogóle jest ruchomy, a poznać to można w ten sposób, że się macicę ściąga haczykowatemi szczypczykami na dół. Jeśli macica daje się daleko ściągnąć na dół, jest to znak, że guz jest ruchomy, a więzadła nie są stężałe. Jeżeli guz leży wysoko w miednicy, a szyjka maciczna nie jest zajętą, lepiej operować przez laparotomię. Wązka pochwa jest również przeciwwskazaniem do operacyi drogą pochwową; wprawdzie pochwę można rozszerzyć przez nacięcie, ale ta metoda nie jest bezpieczna. Włókniaków większych od głowy dziecka nie należy wyłuszczać przez pochwę.

Hofmeier utrzymuje, że najlepiej operować włókniaki przez laparotomię, macicę zaś w potrzebie amputować i mały zostawiać kikut, a leczyć zaotrzewnowo; ten sposób daje mu lepsze wyniki, aniżeli całkowite wycięcie macicy. Tętnicę maciczną należy podwiązać.

Veit operuje i małe włókniaki. Radzi podwiązywać tętnicę maciczną zaraz z dołu i to nasamprzód przeciąć, a potem podwiązać.

Fritsch jest zdania, żeby przy wyjęciu macicy nie zostawiać jajników, ponieważ w nich następnie powstają zastoje, które potem powodują dolegliwości, obrzęki i różnego rodzaju zrosty; stan ten może powstać bez wszelkiej gorączki lub innych objawów zapalnych; a po jakimś czasie mogą wystąpić powikłania, stanowiące istotne niebezpieczeństwo. Kikut należy zostawić tylko wtenczas, gdy szyjka maciczna jest mała, z tej przyczyny, że przy zupełnem wycięciu macicy wycinamy również i część pochwy; gdy je-

dnak szyjka maciczna jest rozmiarów dostatecznych, Fr. wycina kikut zupełnie. Operował 600 razy przez pochwę tak z powodu włókniaków, jak i raków. Operacye przez pochwę dały mu zdumiewająco dobre wyniki. Rady Wertheima nie uznaje za dobrą, gdyż doświadczenie go pouczyło, że właśnie kobiety wyniszczone, niedokrewne i osłabione lepiej znoszą operacyę przez pochwę, trwającą godzinę, aniżeli krótką przez laparotomię. Metodą Chrobaka operował on 300 razy, również z dobrym skutkiem.

Thorn sądzi, że jajniki należy zostawić przy operacyi, żeby zapobiedz ciężkim zaburzeniom nerwowym i psychicznym. Wyciąć je należy wtenczas, gdy są zrosty lub patologiczne w nich zmiany.

Nie wierzy w zwykłe zatory przy operacyi włókniaków, ale uważa je za posocznicze, które nawet w trzy tygodnie po operacyi nastąpić mogą. Radzi operować przez pochwę, ale unikać większych krwotoków. Sam operował przez pochwę większe włókniaki 33 razy w ten sposób, że wyjmował je kawałkami. Wysięków na kikucie nigdy nie zauważył, tętnice maciczne podwiązuje.

Włókniaki podśluzowe wywołują bóle peryodyczne, podobne do porodowych. Drugi rodzaj bólów powodują włókniaki przez ucisk na sąsiednie narządy; włókniaki podotrzewnowe i śródwięzadłowe najczęściej uciskają na splot siedzeniowy (pl. ischiaticus).

Drugim objawem, który wywołują włókniaki, są zaburzenia nerwowe, jak np. histerya; w takim przypadku skuteczną jest elektryczność galwaniczna, miesienie, kąpiele i leczenie klimatyczne. Trzeci objaw stanowią krwotoki. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z czynności Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w II. kwartale 1899 r.

I. Wydział Izby w II. kwartale 1899.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył w II. kwartale 1899 trzy posiedzenia, a mianowicie w dniu 10 kwietnia, 16 maja i 24 czerwca, na których z ważniejszych spraw uchwalono następujące:

I. Na wniosek przewodniczącego uchwalono zawiadomić Towarzystwo lekarskie krakowskie o mających się odbyć wyborach do Izby z końcem czerwca 1899.

II. Uchwalono zwołać Izbę na dzień 29 kwietnia i zarazem ułożono następujący porządek dzienny:

1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia. 2) Zdanie sprawy Wydziału i Rady honorowej z czynności swych w r. 1898. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wnioski i interpelacye.

III. Uchwalono przesłać Izbie zarządzającej koszta przypadające na Izbę zachodnio-galicyjską w kwocie 71 złr. 96 cnt.

IV. Udzielono tytułem zapomogi p. A. H. z S. i K. B. z M., wdowom po lekarzach po 100 złr., p. M. Z. z N. S. lekarzowi 100 złr., p. J. D. z B., K. M. z S., M. S. z Kr., J. K. z L., A. S. z S., wdowom po lekarzach, każdej po 50 złr.

V. Prośbie p. E. S. z T., wdowy po lekarzu, o udzielenie zapomogi odmówiono.

VI. Uchwalono uwolnić od opłaty na rzecz Izby trzech lekarzy.

VII. Odczytaną przez przewodniczącego petycyę do Ministerstwa skarbu w sprawie polepszenia bytu lekarzy salinarnych przyjęto i uchwalono petycyę tę przesłać w języku niemieckim c. k. Ministerstwu skarbu.

VIII. Na zażalenie jednego z lekarzy z powiatu, że mu odnośne Władze odebrały szczepienie ospy, Wydział uchwalił odpowiedzieć, że sprawa ta nie należy do zakresu działania Izby, lecz do kompetencyi Wydziału krajowego, w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.

IX. Na przedstawienie Przewodniczącego Wydział zgodził się, aby na następnym wiecu Izb lekarskich były rozstrzygane sprawy, dotyczące zmiany ustawy o Izbach, partactwa lekarskiego, płac lekarzy w kasach chorych, ściągania należytości na rzecz Izb, wspólnej etyki lekarskiej i taks za czynności lekarskie w ogólności, jako też i sprawa przymusu zawodowego.

X. Przyjęto i uchwalono przesłać Izbie czeskiej odczytane przez prezydenta pismo w sprawie ściągania należytości na rzecz Izby lekarskiej od lekarzy, praktykujących w miejscach kąpielowych czeskich.

XI. Sprawę zatargu Izby lek. w Vorarlbergu z Władzą krajową na wniosek przewodniczącego uchwalono złożyć do akt, a to z powodu, że i inne Izby lek. w tej mierze głosu nie zabierają.

II. Rada honorowa.

W II. kwartale 1899 Rada honorowa odbyła trzy posiedzenia, a mianowicie dnia 10 kwietnia, 18 kwietnia, 24 czerwca, na których rozpatrywano spory pomiędzy kolegami, jako też i zażalenia przeciw lekarzom wnoszone.

I. W sprawie Dr. Z. przeciwko Dr. S. z K. uchwalono, ażeby odstąpić od dalszego dochodzenia z powodu braku dostatecznych dowodów.

II. Dr. K. z Kr. udzielono ostrzeżenia.

III. Przyjęto do wiadomości pismo c. k. Sądu kraj. karnego w Krakowie, donoszące o wytoczeniu śledztwa karnego przeciw Dr. G. z P.

IV. Zażalenie Dr. P. przeciwko Dr. T. M. z Kr. z powodu niezapłacenia długu odstąpiono prezydentowi do załatwienia. W sprawie p. K. F. z M. przeciwko Dr. U. z M. Rada honorowa uchwaliła, że nie ma powodu wytaczać śledztwa przeciw Dr. U. z M.

V. Dr. Z. E. z S. skazała Rada honorowa na zapłacenie grzywny w wysokości 100 złr.

VI. Sprawę reklamy Dr. S. K. z Kr. odstąpiono prezydentowi, celem zwrócenia uwagi Dr. S. K. na niewłaściwość podobnych ogłoszeń.

VII. Dwie sprawy honorowe zalegają dotąd, z których jedna z powodu choroby jednego z obwinionych kolegów, a druga z powodu nienadesłania aktów sądowych Izbie lekarskiej, nie mogły być załatwione.

Sprawozdanie z ochronnego leczenia przeciwko wodowstrętowi — metodą Pasteura — za miesiąc czerwiec, 1899 r.

W miesiacu tym leczono ogółem 34 osób, w liczbie tej 10 osób, pozostałych w leczeniu z maja i 7 osób, pozostających nadal w leczeniu na miesiac lipiec, 1899 roku.

Wykaz liczbowy tych 34 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz, głowę i szyję	—	3	—	3
w kończyny górne	2	13	5	20
w kończyny dolne i tułów	—	5	6	11
w ciało nagie	2	10	3	15
przez ubranie	—	10	9	19
liczby ogólne	2	20	12	44

Zwierzęta kąsające były: w 32 przypadkach psy, w 1 przypadku koń, w 1 zaś przypadku ukłócie się igłą w zakładzie szczepień ochronnych.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 lipca.

— IX. Zjazd chirurgów polskich odbył się w Krakowie w dniach 18 i 19 b. m. Pomimo, że tym razem oprócz dwóch głównych tematów obrad nie był z góry ogłoszony szczegółowy program zjazdu, zjazd wypadł po dwuletniej przerwie, wywołanej zmianami w kli-

nice chirurgicznej krakowskiej, równie pokaźnie co do liczby uczestników, nie mniejszej, niż na zjeździe poprzednim, jak i co do liczby wykładów, z których wiele odznaczało się nieposlednią wartością naukową. Okoliczności te świadczą wymownie o potrzebie i pożytku zjazdów chirurgów polskich i o tem, jak silne instytucya ta zapuściła korzenie w naszym świecie lekarskim i jak wżyła się w nasze stosunki. Zjazd otwarło przemówienie stałego prezesa zjazdów, Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera, który poświęcił gorące wspomnienie zmarłym członkom zjazdów ś. p. Prof. Obalińskiemu i ś. p. Dr. Jasińskiemu. Za duszę ś. p. Obalińskiego, wieloletniego wiceprezesa zjazdów, urządził zjazd obecny nabożeństwo żałobne w dniu dzisiejszym. Wiceprezesami zjazdu tegorocznego wybrano kol. Kijewskiego z Warszawy i Doc. Dra Schramma ze Lwowa; sekretarzem zjazdów jest doc. Bossowski, skarbnikiem prof. Trzebicky. Między uczestnikami zjazdu zauważyliśmy bardzo wielu zamiejscowych, i tak prócz już wymienionych kol. Doc. Barącza, Doc. Wehra, Krassowskiego, Ruffa, Karchezyego, Uhmę ze Lwowa. Pruszyńskiego, wydawcę »Gazety lekarskiej«, Karczewskiego, Grosglika, Zweigbauma z Warszawy, Kolińskiego, wydawcę »Czasopisma lekarskiego« z Łodzi, Staniszewskiego z Lublina, Bitnera z Ostrowic w Radomskiem, Paschalisa z Dąbrowy Górniczej, Dutkiewicza z Kaźmierzy, Bogdanika z Białej, Obfidowicza i Rossbergera z Jarosławia, E. Zielińskiego z Nowego Sącza i w. i. Z miejscowych brali udział w zjeździe, prócz wymienionych, Prof. Browicz, Radca Dworu Prof. Korczyński, Prof. Jaworski, Prof. Wicherkiewicz, Prof. Klecki, Prof. Al. Rosner, kol. Rutkowski, zastępca dyrektora kliniki chirurgicznej wraz z całym personalem kliniki, personal oddziałów chirurgicznych szpitala św. Łazarza i św. Ludwika, Doc. Kryński, personal kliniki ginekologicznej, Redaktor główny »Przeglądu lek.« i jego zastępca, kol. Bielański, Müller, M. Sternschuss, Kędzior i wielu innych. Wogóle liczba uczestników przekraczała 50, liczba zgłoszonych odczytów i demonstracyi dochodziła kilkudziesięciu. W ciągu zjazdu wygłoszone wykłady wraz z rozprawami pomieścimy w szczegółowem sprawozdaniu ze zjazdu, opracowanem przez kol. Drobę, asystenta kliniki chirurgicznej krakowskiej.

— Kol. Dr. Aleksander Hícner z Jasła ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. dwa roczniki »Wiener medicinische Presse« i cztery roczniki »Wiener Klinik«. Za dar ten, wzbogacający zbiór roczników wymienionych czasopism, składam łaskawemu ofiarodawcy najszczersze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Ruch ludności miasta Krakowa w XXVII tygodniu b. r. (2—8 lipca): Średnia ludność roczna 83.730; małżeństw w XXVII tygodniu 23 (14·28), urodzin 60 (37·26), skonów 55 (34·16). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 23: 14, u żydów 12: 11. Z chorób zakaźnych zmarło: na błonicę 2 (zamiejscowi), na ospę jeden (zamiejscowy), na płonicę 1. Samobójstw było 2.

— Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski, asystent lwowskiej kliniki chorób wewnętrznych ordynuje tak, jak w latach poprzednich, od 15-go lipca b. r. w Zakopanem.

— Łódzkie »*Czasopismo lekarskie*« ma zamiar wydać w tłómaczeniu dzieło prof. Mendelssohna »O pielęgnowaniu chorych«. Dzieło to wyszło świeżo jako uzupełnienie Penzoldta i Stintzinga »Handbuch der speciellen Therapie«. Wobec tego, że od czasu tłómaczenia podręcznika Billrotha w r. 1880, nie ukazał się po polsku żaden lepszy podręcznik w tym kierunku i że od tego czasu umiejętność pielęgnowania chorych znacznie posunęła się naprzód i wywalcza sobie nawet zwolna katedry uniwersyteckie, jest myśl »Czasopisma lekarskiego« ze wszech miar szczęśliwą, tem więcej, że dzieło Mendelssohna odpowiada najnowszym wymaganiom i doskonale jest opracowane.

— Warszawskie Towarzystwo higieniczne otrzymało od spadkobierców W. Raua trzykroć sto tysięcy rubli na utworzenie parku zabaw dla dzieci na wzór krakowskiego parku Jordana. Olbrzymi ten dar zapewnia przyszłemu parkowi warszawskiemu byt chyba na bardzo długie czasy; obdarzona instytucya z pewnością bezzwłocznie przystąpi do dzieła. O energii i ruchliwości młodego Towarzystwa higienicznego świadczy między innemi poruszona przez nie sprawa oszczepienia ospy, która nie ogranicza się do rozpraw przy zielonym stoliku, gdyż Towarzystwo rozrzuciło już półtora tysiąca egzemplarzy odczytu o ospie Dra Puławskiego i zabiera się czynnie do szczepienia ospy na wielką skalę, rozpoczynając od najbliższych okolic Warszawy.

— Od 19 do 21 listopada b. r. odbędzie się w Zagrzebiu zjazd lekarzy chorwacko-słoweńskich. W zjeździe bierze udział między innymi ziomek nasz kol. L. Glück z Serajewa, który zapowiedział dwa wykłady.

— »College of Physicians of Philadelphia« rozpisuje konkurs o nagrodę imienia Williams F. Jenksa. Temat prac konkursowych brzmi »The various manifestations of lithaemia in infancy and childhood, with the etiology and treatment«. Nagroda 500 dolarów, termin do 1 stycznia 1901 r. Prace z zachowaniem zwykłych warunków konkursowych, napisane pismem maszynowem po angielsku lub z dołączeniem tłómaczenia angielskiego należy przesyłać pod adresem sekretarza komitetu konkursowego. Richard C. Norris. M. 8 in Philadelphia, Pensylvania. U. S. A.

Mianowania i przeniesienia. Mianowani profesorami w Berlinie: Doc. Warnkros (dentystyka), Doc. Gebhard (ginekologia), Doc. Munk (fizyologia); w Petersburgu: Doc. Krawkow (farmakologia). Słynny Prof. P. Ehrlich przenosi się z Berlina do Frankfurtu n. M. na stanowisko kierownika zakładu badania surowic leczniczych.

Artykuły oryginalne. mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta Lekarska* Nr. 28. A. Puławski: Kilka cyfr w sprawie alkoholizmu u nas. Dr. J. Fajersztajn: Polymyositis primaria (c. d.). Dr. St. Orłowski: Sarkomatoza rdzenia i syringomyelia (dok.). *Medycyna* Nr. 28. R. Gutowski: O odczynie Florence'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim. F. Neugebauer: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach. *Kronika lekarska* zeszyt 13. B. Wagner: O wągrze ocznym na podstawie danych statystycznych. Dr. F. Giedroyć: Mór w Polsce (c. d.). *Nowiny lekarskie* Nr. 7. Wspomnienie pośmiertne: J. Majer. Rychliński: Przyczyny powstawania bezwładu postępującego. A. Kozerski: W sprawie leczenia ropienia w powierzchownych warstwach naskórka. W. Sieradzki: O wartości próby płucnej, jako próby życiowej noworodka (dok.). K. Noiszewski: Czucie włosowe i czucie gruczołowe (dok.). L. Stanowski: Przypadek zapalenia rdzenia kręgowego zakończony wyleczeniem. — *Czasopismo lekarskie* Nr. 7. D. S. Rontaler: Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy nosogardzielowej. Dr. K. Ciągliński: Plamica a niestrawność u dzieci. Dr. B. Handelsman: Colica mucosa et enteritis membranacea S. Lewkowicz: O użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. F. Arnstein: Przypadek drgawek w początku dziewiątego miesiąca ciąży. Dr. L. Rutkowski: W kwestyi zbadania rozwoju fizycznego naszej ludności. Dr. P. Schroetter: Pierwsza pomoc przy nieszczęśliwych zdarzeniach w fabryce. Dr. E. Sonnenberg: Tajemnica lekarska (c. d.).

Redakcya otrzymała: L. Żupnik: Ueber subcutane Gehirninjectionen bei Tetanus. Odbitka z »Prager med. Wochens.« 1899.

— Dr. Fröhner i Dr. Hoppe: Tropon, ein neues Nahrungseiweiss. (Odbitka z *München. mediz. Wochenschrift*, Nr. 2, 1899 r.).

— *Sprawozdanie XVII-ste* Komitetu zarządzającego kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. dra J. Mianowskiego za rok 1898. Warszawa, 1899 r.

Zastępca redaktora odpowiedzialnego:
Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

KONKURSY.

Wydział powiatowy w Dobromilu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Krościenku*. Lekarz okręgowy obowiązany będzie utrzymywać aptekę domową. — Roczna płaca wynosi 700 złr. — Ryczałt na objazdy 300 złr. — Podania do dnia 25 lipca b. r.

Zarząd powiatowej kasy dla chorych w Gorlicach ogłasza konkurs na obsadzenie:
1) dwóch lekarzy w Gorlicach za wynagrodzeniem 7% ogólnej cyfry wkładek ubezpieczonych robotników i ich pracodawców z gwarancyą minimalnej płacy 50 złr. miesięcznie;
2) jednego lekarza w Bieczu za wynagrodzeniem 5% wyż. wym. wkładek z gwarancyą minimalnej płacy 40 złr. miesięcznie. Podania do 30 lipca b. r. 168

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego zaczęło rozsyłać dzieło Prof. L. Wachholza, jako premium za rok 1889 i 1900.

Wszystkich kolegów, którzy za ten rok jeszcze nie zapłacili, jakoteż tych, którzy z wkładkami za ubiegłe lata zalegają, uprasza się o jaknairychlejsze nodesłanie wkladek i to za oba lata 1899 i 1900, a to dla uniknięcia zwłoki w przesyłce.

Wydawnictwo z powodu wielkich wydatków zamknęło rok ubiegły bardzo znacznym deficytem, z tego też powodu o nadesłanie wkładek zaległych uprzejmie prosi.

Koledzy z Wydziału medycznego, którzy już zgłosili lub zamierzają zgłosić rozprawy do książki pamiątkowej Uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, w razie potrzeby informacyj raczą się w czasie feryj udawać do mnie listownie.

Adres: Wadowice — ulica Lwowska.

Adolf Eugeniusz Kłęsk
przewodniczący sekcyi medycznej.

Rok XXXVIII. Kraków, 29 Lipca 1899. Nr. 30.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 29 Lipca 1899. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego.

O sztucznie wywołanej ślepocie barw.

Podał
Prof. Dr. A. Beck.

W lecie roku zeszłego przypadkowo zauważyłem, że wskutek czytania przy silnem oświetleniu słonecznem wystąpiła u mnie utrata zdolności odróżniania barwy czerwonej, tak, że wszystkie przedmioty czerwone wydawały mi się brunatnymi lub czarnymi. Stan ten, — typowa ślepota barwy czerwonej, — trwał kilka minut i ustąpił miejsca zupełnie prawidłowemu poczuciu barw.

O ile z dostępnej mi literatury mogłem się przekonać, zjawiska podobnego nikt do najnowszych czasów nie opisał, aż niedawno, na ostatnim Zjeździe fizyologów w Cambridge, jak o tem dowiedziałem się dopiero ze sprawozdania umieszczonego w Nrze z 13 maja 1899 *Centralblatt für Physiologie*, przedstawił Burch[1]) wyniki swoich badań nad czasową ślepotą barw, wywołaną intenzywnem oświetleniem oka światłem jednobarwnem. Doświadczenia moje, pod względem przeprowadzenia, różnią się zupełnie od podanych przez Burcha, a mimo to wyniki nasze częściowo się schodzą. Burch mianowicie wprowadzał zapomocą soczewki jednokolorowe silne światło do oka tak długo, aż wywołał w ten sposób ślepotę barwy odpowiedniej, badał następnie u tych osób, jakie barwy widma w ten sposób oślepione oko jeszcze odróżniało. Badania te, które zdaniem Burcha potwierdzają teoryę widzenia barw Joung-Helmholtza, doprowadziły go do przyjęcia oprócz znanych trzech pierwiastków siatkówki, jeszcze czwartego rodzaju pierwiastka, mianowicie wrażliwego na barwę niebieską.

Doświadczenia swoje urządzałem w następujący sposób: Osoba badana (najczęściej moja osoba, prócz tego pp. asystenci, lekarze, słuchacze medycyny) wpatrywała się przez pewien określony czas w biały lub zadrukowany papier (czytała), oświetlony światłem słonecznem. Po upływie oznaczonej chwili, która trwała od 10 sekund do 4 minut, wyjątkowo i dłużej, podawano osobie badanej karton biały, szary lub czarny, na którym były naklejone jednakiej wielkości krążki papieru różnokolorowego, najczęściej w następujących barwach: indigo, żółty, pąsowy, niebieski, fiołkowy, czerwony, jasnoniebieski, jasnozielony, oliwkowy, brunatny. Osoba, na której doświadczenie wykonywano, natychmiast dyktowała do protokółu barwy krążków, jak one się jej przedstawiały. Oznaczanie tych barw odbywało się jużto przy oświetleniu zwykłem światłem dziennem (w cieniu), już też przy świetle słonecznem, t. j. przy temsamem świetle, przy którem wpatrywano się w papier biały, a powtarzano to oznaczanie barw co kilkadziesiąt sekund aż do zniknięcia wywołanych chwilowem rażeniem zmian w odróżnianiu barw.

Inne sposoby oznaczania ślepoty barw, n. p. przez dobieranie kolorowych włóczek lub rysowanie różnobarwnymi ołówkami, nie nadawały się do tych celów. Po kilku próbach musiałem je zastąpić opisanym tu sposobem, a to dlatego, że wymagają stosunkowo wiele czasu. Nasze zaś doświadczenia musiały być wykonywane szybko, albowiem sztucznie wywołana ślepota barw trwa tylko krótki czas i ustępuje nieraz już w ciągu pierwszego jej badania.

Opisane doświadczenia dowiodły, że po dłuższem wpatrywaniu się w płaszczyznę białę, która odbija silne światło, następuje na czas jakiś utrata poczucia barw: przedewszystkiem czerwonej i zielonej. Papierki czerwone wydają się brunatnymi, ciemnobrunatnymi, lub czarnymi, zależy to od nasycenia, czyli od domieszki barwy białej lub żółtej; barwa zaś zielona uważana jest za szarą lub czarną. Papierki, posiadające barwę mięszaną, w której skład wchodzi czerwona lub zielona, wydają nam się również w odpowiedni sposób zmienionymi. Jeżeli wpatrywanie się w płaszczyznę silnie oświetloną nie trwało zbyt długo, średnio nie więcej niż dwie do trzech minut, to poczucie barw niebieskiej, żółtej i fioletowej pozostało nienaruszonem, a przynajmniej mało co zmienionem. Długość czasu, potrzebnego do wywołania ślepoty barwy zielonej i czerwonej, nie da się ściśle określić, albowiem zależy od pewnych właściwości osobniczych badanej osoby, a także od siły światła słonecznego, które wszak zmienne jest w różnych porach dnia i roku.

Uderzającem przytem było, że ten sztucznie wywołany daltonizm ujawnia się tylko wobec przedmiotów barwnych wtedy, gdy one znajdują się w słabszem oświetleniu niż to, przy którem wywołano ślepotę barw. W oświetleniu słonecznem bowiem barwy krążków przedstawiają się dla oka „znużonego“ takiemi samemi, jak przed wywołaniem „znużenia“. Toteż gdy z miejsca, które słońce oświetla, przenosimy kolejno papierki czerwone lub zielone w miejsca ocienione, raz widzimy je we właściwej barwie, drugi raz wydają nam się czarnymi, względnie brunatnymi. W ten sposób jesteśmy sami w stanie ocenić, jakim zmianom uległ nasz sąd o barwie przedmiotów.

Rzecz prosta, że można także i w inny sposób porównywać wrażenia barwy, otrzymane w czasie takiego sztucznie wywołanego daltonizmu, z wrażeniami, które w prawidłowych warunkach dane barwy wywołują. Cel ten osiągnąłem mianowicie w ten sposób, że na czas wpatrywania się w pła-

[1]) *An account of the Proceedings of the fourth International Physiological Congress held at Cambridge, England. Journal of Physiology XXIII Supplement pag. 26. On temporary Colour Blindness.*

szczyznę silnie oświetloną zawiązywałem jedno oko. W tych razach ślepota barw występowała tylko w oku, które wpatrywało się było w płaszczyznę silnie oświetloną, podczas gdy drugie oko, które przez cały ten czas było zakryte, zachowało prawidłową zdolność odróżniania barw. Zasłaniając następnie podczas oglądania papierków barwnych już to jedno, już też drugie oko, można najdokładniej samemu oceniać rodzaj i stopień ślepoty, wywołanej w znużonem oku, oraz obserwować, w jaki sposób zmiany przez oślepienie wywołane stopniowo ustępują.

Ażeby dokładniej określić, które proste barwy oko, w opisany sposób zmienione, przestało odróżniać, względnie w jakim stopniu widzi je słabiej, ustawiałem oko takie przed spektroskopem i obserwowałem, jak przedstawia mu się widmo światła białego. Okazało się przy tem, że w tym okresie, w którym wystąpiła była ślepota barw czerwonej i zielonej dla przedmiotów nieoświetlonych wprost słońcem, była także w widmie barwa czerwona niewidoczna lub znacznie skrócona; w miejscu barwy czerwonej widać było pomarańczową. Zielonej barwy oko dichromatyczne albo nie widziało wcale tak, że niebieska w miejscu, odpowiadającem długości fali koło 510 λ przechodzi odrazu w żółtą, w innych razach zielona była bardzo słabo widoczna. Widmo i od strony fioletowej było nieco skrócone, sięgało bowiem do 420 lub nawet tylko 430 λ, gdy nieznużone oko widziało dość wyraźnie fioletowem miejsce, odpowiadające mniejwięcej 400 λ.

Ślepota barw sztucznie wywołana trwa jakiś czas, najczęściej kilka minut. Trwanie jej zależy od siły oświetlenia, które ślepotę wywołało i od tego, jak długo wpatrywaliśmy się w silnie oświetloną płaszczyznę, a zatem także od stopnia wywołanej ślepoty. Im ona była wybitniejszą, silniejszą, tem dłużej też się utrzymuje, tem trudniej ustępuje. Nie ustępuje jednak odrazu, lecz powoli i stopniowo i w okresie znikania tych skutków rażenia można obserwować, jak przedmioty czerwone, które wydawały nam się brunatnymi lub czarnymi, coraz więcej okazują domieszki barwy czerwonej lub zielonej, aż w końcu przybierają w naszych oczach właściwe sobie zabarwienie.

Fakt, że wskutek rażenia oka światłem białem, a zatem złożonem z promieni o różnej długości fali, występuje utrata zdolności odróżniania promieni o pewnych tylko długościach fali, t. j. dających zwykle wrażenie barwy zielonej i czerwonej, mógłby znaleść wytłómaczenie już w różnej jasności i przewadze pewnych promieni nad innymi w świetle słonecznem. Jednakże możnaby też przyjąć, że pierwiastki siatkówki (teorya Joung-Helmholtza), wrażliwe na promienie zielone i czerwone, łatwiej się nużą, niż pierwiastki wrażliwe na barwę fioletową. Ażeby tę sprawę wyjaśnić, starałem się — o ile to możebne — uczynić jasność (siłę światła) promieni czerwonych i zielonych, odbitych przez płaszczyznę, równą jasności promieni niebieskich. W tym celu osoba, na której doświadczenie wykonywano, wpatrywała się w płaszczyznę nie białą, lecz niebieską, albo też w białą płaszczyznę przez szkła niebieskie. Widmo *(spectrum)* emisyjne użytego w tych razach papieru niebieskiego, oświetlonego światłem słonecznem, różni się od widma emisyjnego białego papieru brakiem barwy żółtej, jakoteż zgaszeniem pewnej części promieni czerwonych i zielonych, tak, że barwy zielona i czerwona wydają się jakby za mgłą. Widmo absorbcyjne zaś użytego przezemnie szkła niebieskiego jest nieco tylko skrócone od strony czerwonej i okazuje trzy smugi ciemne: w czerwonem od 688 do 648 λ, w pomarańczowem od 617 do 589 λ i w zielonem od 574 do 532 λ.

Jak widzimy, zarówno promienie odbite od płaszczyzny niebieskiej, jak i promienie odbite od papieru białego, a przepuszczone przez używane do tych doświadczeń szkło niebieskie, gasiły część promieni czerwonych i zielonych, przez co jasność tych kolorów albo nie była większą, albo może mniejszą, niż innych.

Patrząc tedy przez owo szkło niebieskie na białą płaszczyznę, lub wpatrując się w wspomniany papier niebieski, promieniami słońca oświetlony, zauważyłem wogóle, że ślepota barwy występywała znacznie później, niż przez wpatrywanie się w płaszczyznę białą, co tłómaczy się oczywiście mniejszą jasnością płaszczyzny świecącej. Jednakże w tych przypadkach, w których po dłuższem wpatrywaniu udało się wywołać ślepotę barw, przedewszystkiem znikała i tym razem wrażliwość na barwę zieloną i czerwoną, a następnie dopiero i w słabszym stopniu występowała ślepota barwy niebieskiej lub innych.

Wynika z tego oczywiście, że przyczyna zjawiska, spostrzeganego po wpatrywaniu się w światło białe, jest najprawdopodobniej niejednakowa wrażliwość, a raczej nierówna łatwość nużenia się rozmaitych pierwiastków siatkówki.

Pytanie, które z wspomnianych dwóch rodzajów pierwiastków pierwej się nużą i później wracają do normy, czyli jaka ślepota pierwej występuje i dłużej się utrzymuje: barwy czerwonej czy zielonej, nie da się na podstawie moich doświadczeń ogólnie rozstrzygnąć. Pod tym względem bowiem zachodzą widocznie osobnicze różnice. U większości osób przezemnie badanych zjawia się pierwej ślepota barwy czerwonej, niż zielonej, jakkolwiek u niektórych z nich zielona przed czerwoną wydaje się już zmienioną; u innych potrzeba do zniesienia wrażliwości na barwę czerwoną dłuższego lub silniejszego znużenia, niż do wywołania ślepoty barwy zielonej.

Najczęściej ślepota tej barwy dłużej się utrzymuje, której poczucie wcześniej zniknęło, ale i to nie jest regułą, spostrzegamy bowiem, acz rzadko, że n. p. zjawiła się utrata zdolności widzenia barwy zielonej prędzej, niż czerwonej, ale za to ustąpiła przed zniknięciem ślepoty barwy czerwonej.

Jak już wyżej wspomniałem, zjawisko utraty zdolności widzenia barw zauważamy tylko wtedy, gdy skierujemy oko, które wpatrywało się dłuższy czas w silne światło („w słońcu“), na przedmioty barwne słabiej oświetlone („w cieniu“); możemy zaś odróżnić jeszcze wtenczas barwę tych przedmiotów, gdy je silnie oświetlimy (n. p. gdy je oglądamy w świetle słonecznem). Nie mamy zatem tu do czynienia z zupełną utratą zdolności odróżniania barw, ze ślepotą absolutną barwy czerwonej i zielonej, ale z upośledzeniem tej zdolności. Pierwiastki siatkówki, przystosowane do silnego oświetlenia, stają się mniej pobudliwe dla słabszego oświetlenia, a cierpią tu w pierwszym rzędzie pierwiastki wrażliwe na barwę czerwoną i zieloną. Okoliczność, że ta ślepota barw sztucznie wywołana występuje tylko przy słabszem oświetleniu, zdaje się tłómaczyć, dlaczego zjawisko to nie zwróciło na siebie dostatecznej uwagi, gdyż trzeba bądź co bądź niezwykłego przypadku, aby wpatrując się przez czas jakiś na przedmioty bardzo silnie oświetlone, bezpośrednio potem oglądać barwne przedmioty słabiej oświetlone.

Niewątpliwie i tej okoliczności przypisać należy to, iż Mosso[1]) w ciągu swoich badań zjawisk życiowych u ludzi, przebywających na wysokich górach, w których zwracał także uwagę, czy zdolność widzenia barw nie zostaje upośledzona przez znużenie całego ciała lub przez znużenie oka, doszedł pod tym względem do ujemnego wyniku. Nawet po najsilniejszem rażeniu, wywołanem przez światło odbite od pól śnieżnych, nie tracił Mosso poczucia barw. Wydawały mu się one tylko ciemniejszemi, co potwierdzają moje doświadczenia, a najbardziej zajmującem jest to, że barwę czerwoną widział Mosso nawet w okresie najsilniejszego znużenia.

Przypuszczać muszę, że Mosso badał u siebie i innych zdolność odróżniania barw przy tem samem intenzywnem oświetleniu, które ewentualnie mogło wywołać ślepotę barw dla słabszego oświetlenia.

Muszę jednakże dodać, że nawet wśród intenzywnego oświetlenia znajdowałem pewne upośledzenie widzenia barw, powstałe przez znużenie oka długiem wpatrywaniem się w jasną płaszczyznę. Wszystkie barwy w świetle słonecznem wydają się, jak Mosso zauważył, wogóle ciemniejszemi, a nadto po znacznem bardzo znużeniu, wywołanem długiem wpatrywaniem się, traci się zdolność widzenia barwy zielonej nawet i w słońcu. Inne barwy zawsze jeszcze odróżnić jesteśmy w stanie, chyba że są same przez się bardzo ciemne. I tak papierki ciemno-czerwone lub nawet ciemno-fiołkowe wydają się w tym razie nawet w słońcu prawie czarnymi. Dzieje się to jednak tylko wtedy, gdy znużenie oka doprowadzimy do granic wogóle możliwych, w których jeszcze jesteśmy w stanie pokonać przykre uczucie, jakie wywołuje długie oślepianie oka silnem światłem.

W stanie tak silnego znużenia oka, gdy i w słońcu, t. j. przy silnem oświetleniu, nie odróżniamy dobrze, lub nawet wcale, barwy czerwonej i zielonej, w tym okresie występuje w słabszem oświetleniu także ślepota i innych barw oprócz czerwonej i zielonej. Barwy ciemne, mocno nasycone, jak fiołkowa, niebieska, wydają się tak jak czerwona i zielona czarnemi; żółta wydaje się szarą lub koloru „cielesnego“, a pomarańczowa jasno-brunatną. Cała ta część otoczenia, która nie jest oświetlona słońcem, czyni wrażenie ciemno kopiowanej fotografii.

Stan ten trwa bardzo krótko, a oko znów zaczyna rozpoznawać przedewszystkiem barwę niebieską i fioletową, następnie żółtą, czerwoną, w końcu zieloną. Kolor zielony najdłużej wydaje się zmienionym, a liście drzew i trawa nawet w słońcu mają odcień żółty tak, że letni krajobraz przemienia się dla óczu badanego w jesienny.

Wysnuwanie z opisanych spostrzeżeń wniosku, któryby kazał nam się przychylić więcej do jednej z istniejących teoryj widzenia barw, czy do teoryi Jounga czy Heringa, byłoby może za śmiałe.

Występowanie szczególne ślepoty barwy czerwonej i zielonej, podobnie jak występuje ona u dichromatów naturalnych, przemawiałoby na pozór za teoryą Heringa, według której barwy zielona i czerwona wpływają na jedne i te same piarwiastki siatkówki, a jakość wrażenia zależy od rodzaju i skutku zadrażnienia, t. j. czy wywoła ono asymilacyę czy dysymilacyę. Z drugiej jednak strony trudnoby było wyobrazić sobie, w jaki sposób upośledzenie lub zniesienie funkcyi tych pierwiastków objawiać by się mogło równoczesnem ustaniem zarówno asymilacyi, jak i dysymilacyi, tak, że oko traci zdolność widzenia i barwy zielonej i czerwonej. Albowiem czy wyczerpanie tych pierwiastków pociągnęłoby za sobą trwanie przez czas jakiś dysymilacyi, czy przeciwnie wzmożenie asymilacyi, wynikiem tego byłoby widzenie jednej z wymienionych barw, a utrata poczucia drugiej.

Wszelako zauważyć muszę, że objawów wywołanych przez wpatrywanie się w białą, silnie oświetloną płaszczyznę, jakkolwiek polegają one na utracie zdolności widzenia jednej lub dwóch tylko barw, nie można identyfikować ze znużeniem pewnych pierwiastków siatkówki, podobnem do tego, jakie powstaje przez wpatrywanie się w przedmiot jednobarwny. Albowiem nie zauważyłem w doświadczeniach swoich występowania powidoków barwnych, ani ujemnych, ani dodatnich. Mimo utraty zdolności widzenia samej tylko barwy czerwonej przedmioty białe nie wydawały się ani czerwonymi, ani zielonymi, jakbyśmy tego spodziewać się mogli, gdyby tylko pierwiastki, wrażliwe na barwę czerwoną lub zieloną, były znużone. Pod tym względem zjawisko spostrzegane przezemnie można rzeczywiście uważać za ślepotę barw, analogiczną do naturalnej dichromazyi. I naturalni dichromaei, którzy nie odczuwają barw zielonej lub czerwonej, podobnie jak ludzie ze sztucznie wywołaną ślepotą barw, widzą białe przedmioty białymi, a nie w dopełniającej barwie, mimo braku jednej barwy.

Wychodząc z tego założenia, uważam opisane doświadczenia za ważne z tej przyczyny, że umożebniają nam podmiotowe ocenienie tego, jak dichromatom właściwie przedstawiają się barwa czerwona i zielona, których oni nie widzą takiemi jak ludzie, którzy nie są dotknięci ślepotą barw. Dotychczas bowiem wnioski o tem można było wysnuwać jedynie tylko na podstawie rzadkich bardzo obserwacyj, tyczących się ludzi, ktorzy dotknięci ślepotą barw na jednem tylko oku, mogli porównywać wrażenia otrzymane okiem dichromatycznem z wrażeniami, których dostarczało patrzenie okiem trichromatycznem. Będąc obecnie w stanie wywołać u siebie samego dichromazyę, może każdy z łatwością śledzić u siebie podmiotowe wrażenia, jakich dostarcza taki stan.

[1]) A. Mosso. *Der Mensch in den Hochalpen* Leipzig, 1899 str. 41

II. Z pracpwni chemicznej kliniki Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przemiana materyi w czterech przypadkach ciężkiej niedokrewności.

Podał
Dr. W. Moraczewski.

Chociaż obraz kliniczny niedokrewności złośliwej *(anaemia perniciosa)* bywa rozmaity, a przyczyny, wywołujące ciężkie zaburzenia we krwi, różne być mogą, to przecież wolno pewne postacie niedokrewności nazwać mianem niedokrewności złośliwej i odgraniczyć je dość wyraźnie od postaci innych. Nie wszyscy godzą się na to, aby niedokrewność tylko wtedy nazywać zgubną, gdy prowadzi do zgonu, bo znane są przypadki, w których bardzo ciężka niedokre-

wność wyleczyć się dała, a mniej ciężka kończyła się śmiercią. Rozmaite sposoby odróżniania, wprowadzane przez badaczów krwi, zawiodły nasze oczekiwania; ani rozmaitość ciałek czerwonych (poikilocytoza), ani obecność we krwi ciałek olbrzymich (megaloblasty), ani liczba ciałek jądra zawierarających nie dała pewnego kryteryum. Co więcej, wszelka ciężka niedokrewność, spowodowana bądź to przez zaburzenia w przewodzie pokarmowym, bądź przez nowotwór albo czerwie, może wywołać zmiany we krwi, które radzibyśmy zarezerwować tylko dla niedokrewności złośliwej.

Wszystko to, co wyżej mówimy, wyraził i uzasadnił Krokiewicz w czerwcowym zeszycie *Przeglądu lekarskiego*.

Ponieważ w danym przypadku zajmowało nas zachowanie się ustroju raczej ze stanowiska ekonomiczno-fizyologicznego, niż z klinicznego, zatem pozostawiając bez krytyki zdania o dokładnem określeniu niedokrewności, uważaliśmy taką niedokrewność za złośliwą, która wykazywała przebarwienie ciałek czerwonych, rozmaitość ciałek, ciałka jądrzaste, dalej taką, w której ilość hemoglobiny wynosiła około 20%, a ilość ciałek krwi około jednego miliona.

Zbytecznem byłoby dodawać, że nie lekceważyliśmy objawów klinicznych. Kto zna przemianę materyi, temu nie trzeba dowodzić, jaką olbrzymią zmianę wywołać mogą zaburzenia w przewodzie pokarmowym, brak łaknienia i t. p.

Stanowisko nasze, jako chemika, pozwalało nam tylko, nie wchodząc zbytecznie w powody choroby, badać ustrój, który miał taki, a nie inny skład krwi i dochodzić, czy ten skład krwi sam przez się warunkuje pewne zmiany w przemianie materyi, czy też nie.

Zbyt wiele z doświadczeń takich spodziewać się nie można. Metody nasze są bardzo pierwotne i nie pozwalają nam np. odróżnić azotu wydzielonego z kałem od azotu nie wchłonionego. Azot wydzielony może być azotem żółci i azotem nabłonków. Pierwszy ma prawo być wziętym w rachubę przemiany materyi, drugi nie; a przecież podziału tego robić nie możemy. Dałem próbkę trudności napotykanych. Gdybyż choć wyniki były nie dwuznaczne. Ale nadmierne wydzielanie azotu spotykamy w tak licznych przypadkach, że samo oznaczenie azotu żadnych wskazówek nam nie daje. Czasem nawet chlorki i fosfor, skombinowane z oznaczaniem azotu, wątpliwości tych nie usuną. I dopiero oznaczenie innych składników, jak siarka, wapno, rzuca światło na rodzaj procesu, czasem dopiero całość pozwala nam orzec coś stanowczego.

Ponieważ zajmowaliśmy się dawniej przemianą materyi w bladaczce i w raku i pewne wyraźne różnice w zachowaniu się chlorków zauważyć się dały, sądziliśmy przeto, że zbadanie niedokrewności w tym samym kierunku zapełni lukę w naszych doświadczeniach i jednocześnie przyczynić się zdoła do charakterystyki tej zagadkowej choroby.

Przypadki, z których zdać sprawę zamierzamy, były spostrzegane w klinice prof. Gluzińskiego, któremu należy się serdeczne podziękowanie za wskazówki i pomoc, ułatwiającą doświadczenia nasze na każdym kroku. Asystent kliniki Dr. J. Marischler wziął na siebie część doświadczeń i jako główny wspólnik naszej pracy przyczynił się do rozszerzenia naszych badań i uzupełnienia szczegółów, których wykonanie przechodziłoby siły jednego pracownika. Metody badania, dotyczące zarówno podawawania pokarmów, jak i analizy w najobszerniejszym zakresie, zgadzały się we wszystkich szczegółach z poprzednio przez nas używanemi i wielokrotnie opisanemi. (*Arch. Virchowa, Zeitschrift für klin. Med. etc.*).

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 35-letniej, która od dłuższego czasu cierpiała na zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W czasie naszych doświadczeń wykazywała wysoki stopień niedokrewności, 27% hemoglobiny, 1,000.000 ciałek czerwonych, 6900 ciałek białych, z których 39% neutrofilowych, 55% limfocytów, 5% eozynochłonnych. Sok żołądkowy oddziaływał obojętnie i nie trawił za dodaniem kwasu solnego. W narządach zmian żadnych nie było. Chora po kilku tygodniach opuściła klinikę i zmarła w szpitalu.

Przemiana materyi, którą przez dni osiem badano na chorej, wykazała następujące szczegóły: W pierwszym okresie badania przy pożywieniu złożonem z mleka, kakao, rosołu i bułki, zawierającem 4·2 grm. azotu, 0·9 grm. chloru, 1 grm. fosforu i 0·7 grm. wapna, chora wydzielała 7 grm. azotu, 1 grm. chloru, 1·3 grm. fosforu, 1·1 grm. wapna. Zatem traciła 2·8 grm. N, 0·1 grm. Cl, 0·3 grm. P, 0·4 grm. Ca, — albo w odsetkach spożytego przeszło 60% N, 11% Cl, 30% F, 60% Ca.

Z zestawienia tego wynika, że najwięcej traciła azotu i wapna, a najmniej chloru. Jeżeli rozważymy, że na 100 grm. azotu w pożywieniu przypadało 20 grm. chloru, 25 grm. fosforu i 17 grm. wapna, a w wydzielinach na 100 grm. N — 14 grm. Cl, 19 grm. P i 16 grm. Ca, to przekonamy się, że wapno prawie na równi z azotem wydzielane było, że natomiast chlorki bardzo wyraźnie były zatrzymywane.

Drugi okres trwał dni cztery. Pożywienie zawierało 6·3 grm. N, 1·4 grm. Cl, 1·3 grm. P, 1·2 grm. Ca. Chloru wydzielała przeciętnie: 6·6 grm. N, 1 grm. Cl, 1·4 grm. P, 0·9 grm. Ca.

Wydzielała zatem nadmiernie azot i fosfor, zatrzymywała zaś wapno i chlor. — 0·3 grm. azotu odpowiadają 5% N spożytego, 36% spożytego chloru uległo zatrzymaniu, 9% spożytego fosforu straciła chora, zatrzymała 20% spożytego wapna. Ponieważ w pożywieniu przypadało na 100 grm. N 22 grm. Cl, 21 grm. P, 19 grm. Ca, a w wydzielinach na 100 N — 15 grm. Cl, 22 grm. P. 14 grm. Ca, zatem w drugim okresie wapno uległo zatrzymaniu, wprawdzie nie tak znacznemu jak chlor, ale w każdym razie dość wyraźnemu.

Cały ten przypadek, z którego podaliśmy przeciętne liczby, wykazuje bardzo wyraźne zatrzymanie chloru; zatrzymanie to występuje w obu okresach. Nadmierne wydzielanie azotu i fosforu również jest stałym objawem, natomiast wapno, bardzo obficie wydzielane w pierwszym okresie, uległo nieznacznemu zatrzymaniu w drugim. W pierwszym okresie chora traciła stosunkowo dużo azotu, w drugim przy zmianie dyety i powiększeniu ilości azotu w pożywieniu o niecałe 2 gramy strata azotu stała się nieznaczna, możnaby mówić o równowadze azotowej. Świadczy to o bardzo niewielkiej potrzebie ustroju, skoro dwa gramy azotu już wystarczały na pokrycie potrzeb. Ponieważ chora dręczona była przez cały czas doświadczeń przez biegunkę, więc nie zawsze udawało się oddzielać mocz od kału. Tym sposobem pozbawieni byliśmy możności orzeczenia czegokolwiek o sprawności i chłonieniu w jelitach.

W drugim przypadku mieliśmy do czynienia z chorym, którego przeszłość wykazywała ciężkie zaburzenia żołądkowe. Stan obecny nie przedstawiał żadnych zmian w narządach wewnętrznych, oprócz braku kwasu solnego w żołądku. Hemoglobiny było 19% do 24%, liczba ciałek czerwonych 950.000 — 1,075.000, białych 7500 — 3280, przeważały limfocyty 74—79%, jednojądrzastych dużych było 2%, jednojądrzastych małych 16 — 14%, eozynochłonnych 4—2%. Ciepłota i tętno były zawsze prawidłowe. Mocz nie zawierał ani białka, ani cukru.

Pod wpływem dyety stan chorego znacznie się polepszył. Chociaż w początku badania ilość barwnika krwi była niższa, niż w poprzednim przypadku, jednak chory wyzdrowiał.

Badanie przemiany materyi odbywało się w początku choroby, kiedy krew wykazywała poikilocytozę, a hemoglobina wahała się między 19 — 20%.

Pożywienie składało się w pierwszym okresie z 6·74 grm. azotu, 3·85 grm. chloru, 1·55 grm. fosforu, 1·07 grm. wapna i 0·68 siarki, w tym czasie chory wydzielał: 8·72 grm. N, 4·82 grm. chloru, 1·71 grm. P, 1·74 grm. Ca 0·521 grm. S., zatem tracił 2 grm. N, 1 grm. Cl, 0·20 grm., P, 0·7 grm. Ca, a zatrzymywał 0·14 grm. siarki dziennie (liczby przeciętne).

Wynosi to w procentach pożywienia stratę: 30% N, 25% Cl, 12% P, i 40% Ca, oraz zysk 20% siarki. Jeżeli na 100 grm. N w pożywieniu przypadało 58 grm. chloru, 22 grm. fosforu, 16 grm. wapna, 10 grm. siarki, a w wydzielinach na 100 grm. N, — 53 grm. chloru, 19 grm. fosforu, 20 grm. wapna i 6 grm. siarki, to widocznie chory tracił przeważnie wapno i azot, a stosunkowo skąpo wydzielał chlorki, fosfor i siarkę.

Kał w tym przypadku był stały i zawierał prawidłową ilość azotu, 1·6 grm. na dzień [1]).

W drugim okresie podnieśliśmy pożywienie na 9·87 grm. N, 5·04 grm. Cl, 1·95 grm. P, 1·22 grm. Ca, 0·937 grm. siarki, wydzielanie było w tym czasie: 9·08 grm. N, 3·96 grm. Cl, 1·84 grm. P, 1·26 grm. Ca, 0·67 grm. S., zatem wszystkie składniki prócz wapna uległy zatrzymaniu. Dodajmy, że kał był w tym okresie uboższy trochę w azot, niż dawniej, że wykazywał zresztą prawidłowe stosunki [2]), prócz niezwykle wielkiej ilości wapna, które powinno dwa razy więcej wynosić, niż ilość fosforu, wynosi zaś w tym przypadku 2·5 i 4 razy tyle.

W odsetkach pożywienia zatrzymywanie wyraża się jak następuje: 0·8 grm. N, czyli 9%, 1·1 grm. chloru, czyli 22%, 0·1 grm. P, czyli 5%, 0·3 grm. siarki, czyli 30%, oraz stratę 0·04 grm. wapna, czyli 3%.

Już z tych zestawień widać, że wapno obficiej było wydzielane, a natomiast najsilniejszemu zatrzymaniu uległy chlorki. Jeżeli zważymy, że na 100 grm. N w pożywieniu przypadało 52 grm. Cl, 19 P, 12 Ca i 9 S, a w wydzielaniu 44 grm. Cl, 20 grm. P, 14 Ca i 7 S, to z liczb powyższych jeszcze wyraźniej widać zatrzymywanie chlorków, oraz nadmierne wydzielanie wapna.

[1]) 1·61 grm. N, 0·18 grm. Cl, 0·73 grm. P, 1·67 grm. Ca, 0·011 grm. S.

[2]) 0·86 grm. N, 0·2 grm. Cl, 0·285 grm. P, 1·215 grm. Ca, 0·066 grm. S.

W tymże przypadku badaliśmy wydzielanie siarki, przyczem oznaczaliśmy zarówno ogólną siarkę, to jest siarkę mineralną, siarkę związaną z ciałami aromatycznemi i siarkę tak zwaną nieutlenioną, albo organiczną (Salkowski, Savelieff, Rudenko, Tschernischew, Jawsin, Müller, Benedikt, Schmidt etc.). Doszliśmy do wyników następujących: Zamiast prawidłowych 14% nieutlenionej siarki znaleźliśmy 20%, zgodnie z twierdzeniem innych autorów. Natomiast siarka związana z ciałami aromatycznemi wynosiła 5%, zatem nie przekraczała liczby prawidłowej, albo nawet jej nie dosięgała. Nie zgadza się to z wynikami badań Pinzaniego i Locherta, a tłómaczy się dobrym stanem trawienia jelitowego w naszym przypadku.

Pomiędzy pierwszym a drugim przypadkiem spostrzegamy pewne podobieństwo. Azot bardzo łatwo ulega zatrzymaniu, jeżeli ilość w pokarmach podnieść nawet nieznacznie; chlorki wogóle wydzielają się skąpo, bez względu na zawartość w pożywieniu; fosfor podobnież; wapno natomiast wydziela się obficie, bez względu na ilość w pożywieniu podaną. Jeżeli mówimy „bez względu“, to mamy na myśli stosunek wapna do azotu w żywności i w wydzielinach.

Przypadek trzeci dotyczył chorej, która cierpiała od wielu lat na nieżyt żołądka i kiszek. W okresie badania sok żołądkowy oddziaływał obojętnie i nie trawił nawet po dodaniu kwasu solnego. Chora miała biegunkę i skarżyła się na osłabienie ogólne. Badanie narządów nie wykazało nic patologicznego, oprócz typowych zmian, wynikających z niedokrewności. Ilość hemoglobiny 34%, ciałek czerwonych 1,648.000, białych 3600, przyczem 32% neutrofilowych, 4% dużych limfocytów, 59% małych limfocytów, 3% eozynochłonnych, 1·5% myelocytów. Ciepłota i tętno prawidłowe. Mocz zawierał ślad białka. Badanie nasze rozdzieliliśmy na trzy okresy. W pierwszym badaliśmy przemianę materyi przy ułożonej z góry dyecie; w drugim podawaliśmy fosforan wapniowy przy tej samej dyecie; w trzecim badaliśmy skutek leczenia solami wapniowemi.

Kał był zbierany osobno z każdego okresu i badany na zawartość nas obchodzących składników.

W pierwszym okresie chora przyjmowała w pokarmach 9·97 N, 2·99 grm. Cl, 1·62 grm. P, 0·53 grm. Ca; wydzielała zaś 9·05 N, 2·15 Cl, 1·36 P, 0·09 grm. Ca, [przyczem w kale 2·05 N, 0·45 Cl, 0·67 P, 0·98 Ca.]. Wynika ztąd, że chora zatrzymywała wszystkie składniki oprócz wapna: 0·9 grm. N, 0·8 grm. Cl, 0·3 grm. P, traciła zaś 0·5 grm. Ca. W odsetkach pożywienia wynosi zatrzymany azot 9%, chlor 27%, fosfor 4%, a wapno 100% straty. W pożywieniu przypadało na 100 N, 30 Cl, 16 P, 5 grm. Ca, w wydzielinach na 100 N, 24 Cl, 15 P, i 11 Ca.

Z liczb tych wynika, że chlor wyraźnie bywał zatrzymywany, zaś wapno wydzielane nadmiernie.

W drugim okresie podawaliśmy sole wapienne i mimo biegunki otrzymaliśmy przyrost azotu, przewyższający poprzedni. Przy tej samej dyecie wydzielała chora teraz 7·2 grm. N (z tego 0·24 w kale), 1·75 grm. chloru (0·53 w kale), 2·65 grm. P (1·38 w kale), 2·22 grm. Ca (2·01 w kale). Oznacza to dzienny przyrost 2·77 grm. N, 1·24 grm. Cl, 1·57 grm. P i 2·19 grm. Ca. — W odsetkach pożywienia przedstawia się przyrost następująco: 27% N, 40% Cl, 40% P i 50% wapna. Jeżeli uwzględnimy stosunek składników w pożywieniu: Na 100 azotu, 30 grm. Cl, 36 grm. P,

45 grm. Ca, i porównamy z wydzielaniem, gdzie na 100 grm. N przypadało 24 grm. chloru, 28 grm. fosforu i 30 grm. wapna, to spostrzeżemy znowu zatrzymanie chloru, które już z bilansu i odsetków zatrzymania wynikało. O fosforze i wapnie mniej śmiało mówić możemy, bo dodaliśmy do jadła 10 grm. fosforanu wapniowego na dzień i wydzielanie fosforu i wapna musiało uledz zmianom. W każdym razie najważniejszym wynikiem tego okresu jest podniesienie się ilości zatrzymywanego azotu.

Okres trzeci miał nam wykazać skutki działania. Przekonujemy się, że ilość azotu wydzielonego jeszcze się zmniejszyła, że natomiast podniosła się ilość chloru. Przy tej samej dyecie wydzielała teraz chora 6·09 grm. N (0·49 w kale), 3·11 grm. Cl (0·07 w kale), 0·83 grm. P (0·23 w kale), 0·46 grm. (0·35 w kale). Wobec tego codzienny bilans przedstawiał się, jak następuje: Zatrzymywano azotu 3·88 grm. dziennie, czyli 38% pochłoniętego, tracono 0·11 grm. chloru, czyli 4%, zatrzymywano 0·79 fosforu, czyli 50% i wapna 0·07 grm. dziennie, czyli 12% zawartego w pożywieniu. Widzimy z tego, że i teraz jeszcze istnieje wyraźna skłonność do tracenia wapna, mimo bardzo znacznego zatrzymania azotu i fosforu. Na 100 grm. N przypada w wydzielinach 50 grm. chloru, 13 grm. fosforu i 7 grm. wapna; zatem wapno jeszcze wydziela się nadmiernie mimo pozornego zatrzymywania, ale liczba, określająca wydzielanie, jest teraz znacznie niższą, niż w dawnych okresach. (D. n.).

III. Sposób szybkiego barwienia Neisserowskich dwoinek w świeżych, niezasuszonych wydzielinach.

Podał

Dr. Cz. Uhma.

Dotychczasowe sposoby barwienia dwoinek Neisserowskich (Gnc) w celu badania drobnowidowego były i łatwe i szybkie, bo Gnc w wydzielinach, utrwalonych na szkiełkach, barwią się nader szybko wodnymi roztworami barwików, używanych do barwienia jąder, a zwłaszcza podany przez Picka sposób barwienia mięszaniną karbolowej fuksyny i metylenowego błękitu jest wprost idealnym ze względu na szybkość barwienia, wyrazistość dwubarwnych obrazów, a także ze względu na oszczędność. Można było tylko w dwu kierunkach życzyć sobie jeszcze czegoś więcej, a mianowicie, żeby odpadła potrzeba utrwalania badanej wydzieliny, a powtóre, żeby barwik barwił albo wyłącznie, albo odmiennie Gnc, t. j. aby mógł służyć do rozróżniania Gnc od innych drobnoustrojów. Toteż w tych dwu kierunkach robiłem dłuższy czas doświadczenia, próbując różnych barwików, ale z ujemnymi wynikami. Przed kilku tygodniami dopiero Dr. Eljasz-Radzikowski odczytem swym, wygłoszonym w Tow. lekarskiem lwowskiem, zwrócił moją uwagę na tak zw. Neutralroth, barwik, używany do barwienia krwi świeżej, nie utrwalanej. I oto zaraz pierwsza próba, dokonana tym barwikiem, dała wynik nadzwyczajny, o ile to się tyczyło szybkości barwienia. Postępowałem tak, że albo dawałem odrobinkę barwika na szkiełko podstawowe, albo pomazywałem je wyskokowym roztworem barwika, przez co po wyschnięciu powstała na szkiełku jednostajna, cieniutka warstewka. Na tak przygotowane szkiełko podstawowe nakładałem szkiełko nakrywkowe, zaopatrzone kropelką wydzieliny, podejrzanej o to, że zawiera Gnc i przez lekki ucisk rozprowadzałem ją między szkiełkami; tak przygotowany preparat badałem zaraz pod immersyą i natychmiast dostrzegałem dwoinki zrazu słabo, po chwili bardzo dokładnie zabarwione, wśród zupełnie niezabarwionych komórek ropnych. Ta okoliczność jest bardzo ważna z powodu, że ogromnie ułatwia wyszukiwanie Gnc. Dla badaczy mało wprawnych w drobnowidowem poszukiwaniu Gnc zaznaczam, że równie szybko barwią się w komórkach ropnych jakieś drobne kuleczki niejednostajnej wielkości, o których znaczeniu, nie będąc dość biegłym w morfologii ciałek białych, sądu wydawać nie chcę. Ponadto barwią się jeszcze, ale żółto, ziarniny ciałek t. zw. neutrofilnych.

Tyle w jednym kierunku; ile to się tyczy drugiego dodam, że według dotychczasowych badań, a w każdym razie liczę ich już przynajmniej około dwustu, zdawaćby się mogło, że barwik ten przynajmniej tak odrazu, *in vivo*, nie barwi innych drobnoustrojów, prócz Gnc., co ze względu na możność rozróżniania Neisserowskich dwoinek od innych podobnych byłoby bez porównania większą, niż poprzednia, zdobyczą. Udowodnić to mogą tylko liczne w tym kierunku prowadzone doświadczenia, dlatego też pospieszam z ogłoszeniem mych spostrzeżeń.

IV. Jeszcze w sprawie *Anchylostomiasis* wraz z podaniem sposobu badania na tęgoryjca *(anchylostoma)*.

Podał

Dr. Jan Gwiazdomorski.

W Nrze 28 *Przegl. lek.* poruszył Prof. Gluziński bardzo ważną sprawę powstrzymania, jeżeli można, nawet niedopuszczenia w granice nasze *Anchylostomiasis*. W krótkim wykładzie, objaśniającym przedstawienie chorego i okazy pasorzyta, nie pominął jednak prelegent sprawy higieny publicznej. Podniósł tę okoliczność, że w Brazylii cierpienie to jest — jak w Afryce, a dziś już i w zachodnich państwach Europy — endemicznem, że nasi wychodźcy, dotknięci niem, wracając do kraju, mogą stać się rozsadnikami cierpienia tego u nas. Nie pominął i tego, że cierpienie to w Europie dotyka wyłącznie ludności górniczej, lub pracującej w cegielniach, — dodał jednak, że z kopalń tych spostrzeżeń nie mamy.

Danych statystycznych, jakoteż spostrzeżeń kliniczno-naukowych, brak nam rzeczywiście. Że jednak między górnikami cierpienie to się szerzy, na to wskazuje dawna nazwa *Anaemia montana* i stwierdzenie później jej przyczyny. (Obacz i *Przegl. lek.* Nr. 47 z roku 1898, str. 585).

Jeśli więc z całą słusznością Prof. Gluziński w końcowym ustępie swej rozprawy zwraca uwagę kolegów i władz dotyczących na niebezpieczeństwo zawleczenia tej choroby do nas przez powracających do kraju wychodźców z Brazylii, ośmielę się dodać, że również ważnem jest czuwanie nad powracającymi do kraju robotnikami naszymi, pracującymi w kopalniach w Niemczech na Morawie, Śląsku itd., zwłaszcza, że mamy dowody, iż już w najbliższych nam kopalniach śląskich liczne tego cierpienia przypadki zachodzić muszą, skoro świeżo lekarz naczelny śląskiego związku górniczego wydał do swych podwładnych lekarzy[1]) „wskazówki postępowania przy badaniu chorych na *Anchylostomiasis*“.

Otóż celem ułatwienia kolegom, którzyby chorego, podejrzanego o cierpienie to, badać mieli, streszczam tu te wskazówki.

Celem stwierdzenia tęgoryjca dwunastnicy *(Anchylostoma duodenale*, także *Dochmius s. strongylus duodenalis)* najkorzystniej jest zatrzymać chorego w obserwacyi szpitalnej najmniej 3-dniowej, podczas której każdorazowo oddany kał winien badanym być mikroskopowo.

Zazwyczaj już przy pierwszem badaniu wykazać można obecność pasorzyta. Często jednak, przy małej ilości tęgoryjców w trzewiach, może owulacya być tak nieznaczną, że

[1]) Deutsche Vierteljahrschrift für öff. Gesundheitspflege, — względnie Nr. 20. Oester. Sanitätswesen z roku bieżącego.

tylko z trudnością można odszukać tak ważne dla pewnego rozpoznania jaja pasorzyta; zaś dla szybkiego rozpoznania nie można wyczekiwać pojawienia się samego pasorzyta w kale, gdyż jest on swym przyrządem ssawkowym bardzo silnie do błony śluzowej kiszki przyczepiony i często nawet silniejszym środkom czerwiogubnym nie ulega. Dlatego wykazanie w kale jaj wystarcza zupełnie, — a wobec nadzwyczajnej płodności pasorzyta z reguły jest łatwem.

Z jaj wszelkich czerwi jaja tęgoryjca najwięcej kształtem zbliżone są do jaja kurzego, lecz wielkości $^{60}/_{1000}$ mm. i szerokości $^{38}/_{1000}$ mm. W szklisto jasnej ich osłonce *(Chitinhülle)* spoczywa masa żółtkowa barwy sino niebieskawej, która w jajach, świeżo z kałem oddanych, znajduje się zwykle w okresie rowkowania; mianowicie bywa zwykle 2—8 kulek rowkowych *(Furchungskugeln)*, co dla rozpoznania jest najwięcej cechującem. Jaj z ukończonem rowkowaniem prawie nie napotyka się w kale, gdyż rozwój jaj rozpoczyna się bardzo wcześnie jeszcze w narządzie płciowym matki. Wykluczyć zaś można znalezienie jaja, — zwłaszcza w świeżym kale, — będącego w okresie powstawania liszki *(Larvenbildung)*.

Sama technika badania jest następująca: ile można najmniejszą cząsteczką kału rozciera się na szkiełku przedmiotowem jak najcieniej i najszerzej, by resztki włókien roślinnych lub mięsnych nie pokrywały jaj. Do kału gęstawego lub płynnego nie potrzeba nic dodawać; kał zbitszy należy nieco wodą rozcieńczyć. Preparat nakryty szkiełkiem nakrywkowem przeszukuje się naprzód przy słabszem powiększeniu (około 70), przyczem łatwo można jaja odszukać. Dopiero w razie wyniku dodatniego wzmacnia się powiększenie do 240 dla stwierdzenia owego cechującego rowkowania masy żółtkowej.

Z każdego stolca — aż do stwierdzenia — należy wziąć około 6 prób z różnych miejsc kału.

Stolce wywołuje się najlepiej kalomelem.

V. O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej

podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

Wskazane są sztuczne bębenki wogóle w tych wszystkich przypadkach, w których przedziurawienie błony bęb. powoduje znaczne upośledzenie słuchu, niezależnie od rozległości otworu. Przeciwwskazane zaś są w tych przypadkach, w których ich używanie wywołuje zawrót głowy, albo nawrót ropienia, szczególnie przy toczącej się jeszcze sprawie ropnej, albo wśród istniejącego stanu zapalnego w jamie bęb. Rozumie się, że w przypadkach niedosłyszenia, pochodzącego z zajęcia ucha wewnętrznego, proteza taka żadnego pożytku dla słuchu mieć nie może. Jeżeli jedno ucho zdrowe i słyszy dobrze, wskazanie do protezy takiej dla drugiego, chorego ucha jest względne, i tu należy zawsze rozważyć, czy korzyści dla słuchu, zapomocą takiego bębenka osiągnięte, zrównoważą te nieprzyjemności, które połączone są z jego używaniem. Najdobitniej sformułował wskazania te Gomperz [21]). Według tego autora protezy bębenkowe działają wogóle najlepiej w tych przypadkach, w których cała błona bębenka jest zniszczona aż do wązkiego rąbka na obwodzie, trzonek zaś młotka całkiem, albo przynajmniej częściowo jeszcze jest utrzymany; dalej tam, gdzie przedziurawienie zajmuje tylny górny odcinek, albo całą tylną połowę błony bębenkowej. W przeważnej liczbie przypadków, w których protezy okazały się skutecznemi, błona śluzowa jamy bębenka była pokryta naskórkiem, albo zbliznowaciała, i długi wyrostek kowadełka był zniszczony. W szeregu przypadków także ramiona strzemiączka były zniszczone, a sama tylko jego płytka utrzymana. Przytem G. uważał, że płytka gumowa sprowadza najmniejszą poprawę słuchu, lepiej już działają kuleczki waty, umoczone w oliwie, a najwybitniejszy skutek osiągnął zapomocą kwasu borowego, szczególnie jeżeli wsypywał proszek w zagłębienie do okienka owalnego i to tak dużo, aż wypełnił lukę w błonie bębenkowej. Tę wyższość stosowania proszku nad watą i bębenkiem płytkowym (krążkowym) tłómaczy G. tem, że pierwszy, wypełniając przestrzeń między szczątkami kostek słuchowych, n. p. trzonkiem młotka, albo kikutem kowadełka, a podstawą strzemiączka, przywraca związek, przewodzący fale głosowe, które z prawidła przenoszą się z młotka na kowadełko, a z tego ostatniego na strzemiączko i błędnik. W mniejszości tylko przypadków łańcuszek kostek słuchowych był cały i nietknięty. W przypadkach z małemi przedziurawieniami, mniejszemi od ćwierci błony bębenkowej, w których zazwyczaj i kostki uszne są utrzymane, znacznej korzyści dla słuchu ze strony sztucznych bębenków spodziewać się nie można. Natomiast uważał G. często u chorych, cierpiących z powodu przedziurawienia błony bębenkowej na zajęcie głowy i podmiotowe wrażenia słuchowe, ustąpienie tych przypadłości po zamknięciu przedziurawienia zapomocą kuleczki waty albo błonki z jaja.

Przy wyborze protezy należy indywidualizować i w każdym poszczególnym przypadku wypróbować i wyszukać stosowny kształt sztucznego bębenka, podobnie jak się to robi przy wyborze protez słuchawkowych, gdyż nie wszystkie dla wszystkich chorych jednakowo się nadają. Wprowadzanie bębenka można zostawić choremu samemu, który z czasem nabędzie doświadczenia i najlepiej potrafi przystosować go w odpowiedniem miejscu i z odpowiednim uciskiem, od czego zależy po części skuteczność tego zabiegu.

Działalność sztucznych bębenków polega przedewszystkiem na mechanicznem zatkaniu otworu w błonie bębenkowej, przez co warunkuje się dla jamy bębenka prawidłową ciepłotę i wilgoć i chroni się ją przed różnemi szkodliwościami zewnętrznemi. Dalej, drażniąc brzegi otworu mogą sztuczne bębenki sprowadzić odtworzenie się błony bębenkowej, oraz działają jako szyna dla ewentualnie nowotworzącej się tej błony, która, uwolniona od szkodliwego wpływu czynników zewnętrznych, jak parcia powietrza, może nabierać bardziej prawidłowej postaci i regularnego napięcia. Nadto stanowią sztuczne bębenki podporę dla resztki błony i dla kostek słuchowych, sprowadzają większe ich napięcie, przez co strzemiączko przybliża się więcej do prawidłowego swego położenia i bezpośrednie przewodzenie fal głosowych zostaje ułatwione tak, że taka proteza jest dla narządu słuchowego w pewnym względzie tem, co soczewka dla oka. W rzadkich przypadkach taka proteza uwalniała chorych także od przykrego podmiotowego szumu w uszach.

Stopień poprawy słuchu jest różny, zależnie od zmian anatomicznych w jamie bębenkowej. Najwybitniej występuje ta poprawa u tych chorych, którzy dawniej nie mogli rozumieć rozmowy, a potem, dzięki protezie, odzyskali możność brania udziału w konwersacyi. Politzer spostrzegał takie polepszenie po zastósowaniu sztucznego bębenka w kilku przypadkach zupełnej prawie głuchoty. W takich razach proteza okazuje się środkiem zbawiennym, zapomocą którego człowiek, niemal wytrącony ze środowiska społecznego, wraca do wspólności intelektualnej i odzyskuje urok życia. Poprawa podobna trwa zwykle tylko przez czas używania sztucznego bębenka i ustępuje po jego wyjęciu. Rzadziej poprawa trwa czas dłuższy, a już bardzo rzadko pozostaje trwałą po dłuższem używaniu protezy. Ponieważ sztuczne bębenki działają także jako obce, drażniące ciała, można je z początku nosić tylko przez krótki czas i należy się do nich stopniowo przyzwyczajać. Później chorzy znoszą je coraz lepiej i mogą je zatrzymać coraz dłużej. Knapp znał chorego, który nosił kuleczkę waty w uchu przez lat 29 ze znaczną poprawą bystrości słuchu. Czasem jednakże można

napotkać na chorych tak wrażliwych, że wogóle żadnej protezy nie znoszą.

Zresztą sposób skutecznego działania sztucznej błony bębenkowej na słuch nie jest jeszcze dotychczas dostatecznie i ostatecznie wyjaśniony. Poprawę słuchu zapomocą takich protez tłómaczono w różny sposób. Zdaje się jednak, że na tę poprawę składają się, jak wyżej wyłuszczyliśmy, różne czynniki. Według teoryi Toynbeego nietylko kostki słuchowe przez okienko owalne, lecz także powietrze w jamie bębenkowej przez okienko okrągłe prowadzi fale głosowe od błony bębenkowej do błędnika. Wobec ubytku w błonie fale powietrza w jamie bębenkowej wymykają się po części przez ten otwór do przewodu usznego zewnętrznego, przez co nie mogą się skupić na błonie okienka okrągłego. Według tego zdania działanie sztucznej błony zasadza się na zamknięciu otworu, które umożebnia skupienie się fal głosowych w jamie bębenkowej. Tej teoryi sprzeciwia się jednak spostrzeżenie, że sztuczny bębenek sprowadza poprawę słuchu nawet wtedy, jeżeli nie zamyka szczelnie otworu w błonie bębenkowej. Erhard [23]) wyraża przekonanie, że poprawa słuchu przy takiej protezie powstaje dzięki uciskowi, wywartemu przez bębenek na brzegi otworu w błonie bębenkowej, przez co zwolnione w swych stawach kostki słuchowe zbliżają się do siebie i przyjmują lepsze, korzystniejsze dla dobrego przewodzenia głosu ułożenie. Zdanie to znalazło poparcie w poszukiwaniach Lucaego [14]), który stwierdził niewątpliwie na drodze doświadczalnej, że działanie sztucznego bębenka polega głównie na wzmożonem parciu w błędniku. U chorego dotkniętego przedziurawieniem błony bębenkowej, u którego przyrząd Toynbeego sprowadzał znakomitą poprawę bystrości słuchu, można było po śmierci wykazać manometrem, wprowadzonym do górnego przewodu półkolistego, zwiększenie się ciśnienia, wywołane przez założenie sztucznej błony bębenkowej. Politzer przyłączając się do tego zdania dodaje, że także drgania płytki sztucznego bębenka przyczyniają się do polepszenia słuchu, ułatwiając przenoszenie fal na kostki słuchowe, co wykazał doświadczalnie.

Zdaniem Knappa kostki słuchowe, jak młotek, kowadełko i strzemiączko wysuwają się wskutek ucisku, wywartego na krótki wyrostek młotka, na zewnątrz i przyjmują ułożenie, więcej do prawidłowego zbliżone. O słuszności tego zdania przekonał się Politzer przez doświadczenie na chorych. W ten sposób daje się też tłomaczyć poprawa słuchu, otrzymywana niekiedy przez ucisk na błonę bębenkową, nawet nieprzedziurawioną, jak to wynika ze spostrzeżeń Tröltscha, Meniera i innych. Za tem przemawia dalej okoliczność, znana jeszcze przed podaniem sposobu Toynbeego, że kilka kropel wody, lub zwitek z waty albo z papieru, cisnący na błonę bębenkową, sprowadza znaczną poprawę słuchu. Moos [15]) zauważył, że korzystny wpływ takiego ucisku może nawet objawiać się przywróceniem przewodnictwa kostnego, którego przedtem nie było. Takiemu tłomaczeniu sprzeciwia się Berthold, powołując się na przypadki, w których brakowało jednej albo drugiej kostki usznej, a pomimo tego sztuczny bębenek sprowadzał znaczną poprawę bystrości słuchu. Dlatego przypuszcza Berthold, że obrączka bębenka *(annulus tymp)* odgrywa ważną rolę w przewodzeniu głosu do błędnika i że przewodzenie to wzmacnia się przez założenie sztucznego bębenka, który wspierając się na tej obrączce przenosi na nią ruchy falowe. W każdym razie jest warunkiem dobrego działania takiej protezy, żeby nietylko zakrywała całkiem otwór w błonie bębenkowej, lecz żeby także stykała się zarówno z błoną bębenkową, jak i z błędnikiem, i dlatego należy ją nieraz zgłębnikiem czy pręcikiem przycisnąć i przystósować.

b) Sposoby organicznego zamknięcia przedziurawienia błony bębenkowej. Jak już wyżej wyłuszczyliśmy, mają sztuczne bębenki różne niedogodności. Przedewszystkiem nie każdy chory je znosi, często bowiem wywołują one przykre szmery albo bóle w uchu lub w głowie; kiedyindziej znów zwijają się, psują, drażnią błonę śluzową i przewód ucha zewnętrznego i podniecają przygasłą już sprawę zapalną, wywołując nawrót ropienia. Przytem można je zawsze tylko przez względnie krótki czas nosić w uchu. Z tego też powodu starano się już od dawnych czasów, zamiast mechanicznego zamknięcia ubytku, wywołać organiczne jego zarośnięcie. W tym celu podano cały szereg sposobów i zabiegów, które wszystkie chybiały celu i nie mogły się utrzymać. Tak jak z jednej strony jest nadzwyczaj trudno otrzymać drogą sztuczną pożądany w pewnych cierpieniach stały otwór, tak z drugiej strony usiłowania, dążące do wywołania zarośnięcia stałego ubytku, pełzły do ostatnich czasów najczęściej na niczem, i tak zwana „sucha perforacya“ stanowiła długi czas prawdziwe *crux medicorum.* Główną przeszkodę dla zespojenia luki w błonie bębenkowej stanowi powleczenie jej brzegów przyskórkiem z zewnętrznej warstwy skórnej błony, jak to Politzer swemi preparatami uwidocznił [17]). Aby tę przeszkodę usunąć, starano się naprzód zniszczyć tę powłokę przyskórkową brzegów przedziurawienia, czyli odświeżyć ranę różnymi sposobami. W tym zamiarze używano najczęściej azotanu srebrowego Za pomocą tego szczególnie przez Politzera stosowanego sposobu, udawało się wprawdzie nieraz wielkie ubytki pomniejszyć, ale rzadko tylko osiągano zupełne ich zamknięcie. Schwartze [18]) widział lepsze skutki po przyżeganiu brzegów rany galwanokauterem, albo wycięciu nożem brzegów modzelowatych i zwapniałych. Gruber zajmował się tą sprawą szczegółowo. W celu odświeżenia brzegów przylepiał do nich na 24 godzin sztuczne bębenki z plastru angielskiego lub z płótna, nasmarowanego maścią żrącą. Przez to powstaje przekrwienie, doprowadzające łatwo do zapalenia, które może się skończyć zagojeniem przedziurawienia. W mniejszych ubytkach miał Gruber nieraz zadawalniające wyniki przez wykonanie licznych małych, gęsto obok siebie leżących nacięć pionowo na brzegach otworu.

Wszystkie te i im podobne zabiegi nietylko nie zawsze doprowadzały do pożądanych wyników, lecz dość często sprawę pogarszały, wyzwalały odczynowe zapalenie na błonie bębenkowej, które przenosząc się na błonę śluzową jamy bębenkowej, sprowadzało nawrót ropienia usznego; po ustąpieniu zaś tego ropienia nieraz otwór w błonie był większym, niż poprzednio. Wszystkie te zawody nasunęły Bertholdowi w r. 1878 [19]) myśl zużytkowania metody Reverdina przeszczepiania skóry dla sprowadzenia trwałego organicznego zamknięcia otworów w błonie bębenkowej. Postępowanie to nazwał Berthold *Myringoplastik* na wzór słowa *Keratoplastik.* By otworu nie powiększyć, usuwał Berthold przyskórek brzegów nie przez ich wycięcie, lecz w ten sposób, że przylepiwszy do nich kawałeczek plastra angielskiego, odrywał go dopiero po trzech dniach. Następnie pokrywał ubytek świeżo wyciętym z ramienia kawałeczkiem skóry, przystosowując i przyciskając go do odświeżonych brzegów. Ponieważ postępowanie to nadawało się tylko do małych i średnich ubytków i nie zawsze przynosiło pożądany wynik, a nadto nie każdy chory zgadzał się na wycięcie płatka skóry z ramienia, musiał się Berthold oglądnąć za innym materyałem i po wielu nieudałych próbach znalazł go w błonce skorupy jaja kurzego. Sprawa zarastania otworu przy użyciu takiej błonki odbywa się różnie, zależnie od tego, która jej strona skierowana jest ku błonie bębenkowej. Jeżeli z brzegami odświeżonymi styka się strona białkowa, to błonka odgrywa rolę podpory, rolę błony podstawowej, po której nowowytworzone pierwiastki komórkowe przybliżają się do siebie ze wszystkich brzegów. Jeżeli zaś zwróconą jest ku ranie powierzchnia obwodowa, skorupowa, wtedy wnikają w wszczepioną błonkę z brzegów błony bębenkowej naprzód komórki wędrujące, potem pierwiastki łącznotkankowe i na końcu naczynia krwionośne, jak to Haug [20]) stwierdził przez swoje badania doświadczalne i histologiczne. Do odświeżenia brzegów używa się zeskrobania ich przyskórka małymi ostrymi nożykami.

W jednym przypadku udało mi się u chorego gruźli-

czego osiągnąć zamknięcie przedziurawienia, utrzymującego się przez kilka miesięcy, zapomocą takiej błonki jaja. Zaostrzenie przewlekłego nieżytu nosa sprowadziło jednakże w dalszem następstwie nawrót ropnego zapalenia jamy bębenkowej i nawrót przedziurawienia. Chory ten później skończył życie samobójstwem. Zapomocą tego sposobu można bezwątpienia osiągnąć niekiedy trwałe zamknięcie luki w błonie bębenkowej, jednakże tylko pod pewnymi warunkami, a mianowicie przy małych i średnich przedziurawieniach i pewnych własnościach brzegów. W przypadkach, w których brzegi były zwyrodniałe, zanikłe albo zwapniałe, albo błona bębenkowa zupełnie zniszczona, przenosił Berthold kawałeczek skóry na ziarniejącą albo odświeżoną, odsłoniętą błonę śluzową jamy bębenkowej w celu pokrycia jej naskórkiem i usunięcia skłonności do powracającego zapalenia błony śluzowej. Oczywiście, że tu o nowoutworzonej błonie bębenkowej właściwie mowy być nie może.

Berthold, jakoteż Haug podają szereg przypadków, w których udało im się stałą perforacyę doprowadzić do zarośnięcia zapomocą różnych metod myringoplastyki. A przecież nie okazała się ona dostateczną w praktyce i nie znalazłszy szczególnego uznania u lekarzy nie weszła w ogólne używanie. Nie lepszego losu doznały próby Bertholda, zdążające do zastąpienia brakującej części błony bębenkowej przez rogówkę królika. Do sposobów, zmierzających do organicznego zamknięcia luki w błonie bębenkowej, zaliczyć należy też podany wyżej sztuczny bębenek Theobalda w postaci waty, zwilżonej w waselinie.

Nowa epoka i świetny zwrot ku lepszeniu nastąpił w leczeniu tego cierpienia w roku 1895, gdy Okuneff podał[22]) swój sposób przyżegania brzegów otworu zapomocą kwasu trójchlorooctowego i ogłosił świetne wyniki za jego pomocą otrzymane. Postępowanie to ma doniosłe znaczenie i zasługuje temwięcej na uwagę, że technika jego jest bardzo prosta i nie sprawia żadnych trudności. Technika ta uległa od tego czasu nieznacznym ulepszeniom, a wykonuje się według Okuneffa w następujący sposób: Po znieczuleniu ucha środkowego zapomocą 10—15% roztworu kokainy czeka się 5—10 minut, potem przyżega się brzegi ubytku kryształkiem wymienionego kwasu, wtopionym na pętli drucianej. Aby rozpływaniu się kwasu zapobiedz, jak również, by oddalić zbyteczne jego resztki, koniecznem jest wystrzykiwać potem ucho. Ażeby osiągnąć zarośnięcie się przedziurawienia, nie wolno częściej przyżegać, niż co 8—9 dni, gdyż zbyt częste przyżeganie działa niszcząco na nowo wytworzoną tkankę ziarninową.

Mimo zdumiewających wyników tego sposobu przez dwa lata prawie nikt, zdaje się, prócz Gomperza, tych doświadczeń nie powtórzył. Dopiero na pierwszym zjeździe otyatrów austryackich Gomperz[23]) podaje własne z tym sposobem zrobione doświadczenia i otrzymane wyniki. Z 10ciu przypadków przedziurawienia błony bębenkowej, do tego czasu przez niego leczonych, w 4 już po kilku przyżeganiach ubytki się zabliźniły, w innych zaś znacznie się zmniejszyły. Gomperz odstąpił już o tyle od pierwotnej metody Okuneffa, że używał do przyżegania cienkiego zgłębnika, którego koniec, owinięty kilkoma nitkami waty, maczał w płynnym kwasie trójchlorooctowym i potem nim brzegi otworka w błonie bębenka nacierał. Następowego przepłókiwania ciepłą wodą Gomperz zaniechał, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie ono z powodu nadmiernych bólów okazało się wskazanem. Rozumie się samo przez się, że przed przystąpieniem do trwałego zamknięcia takiego otworu należy się pierwej przekonać, czy zasłonięcie ubytku przez sztuczny bębenek nie sprowadza przypadkiem pogorszenia słuchu. We wszystkich wyleczonych przypadkach Gomperza słuch się znacznie poprawił, a w jednym z nich istniejący od dwóch lat uciążliwy szum w uchu znikł po zarośnięciu się otworu. Jako szczególnie uwagi godne podnosi G. wejrzenie błony bębenkowej po zabliźnieniu się jej. W miejscu otworu wytwarza się błonka ciemnoszara, mętna, zbita, która bez wybitnych granic przechodzi w błonę bębenka prawidłową, co przemawia za zdaniem Gomperza, już dawniej wyrażonem[24]), że przy zabliźnieniu przedziurawienia w błonie bęb. odtwarza się także blaszka właściwa *(substantia propria)* tej błony, a nietylko warstwa zewnętrzna naskórkowa i wewnętrzna błona śluzowa. Zresztą nie sądzi G., żeby to zabliźnieniu sprzyjające działanie było właściwem wyłącznie kwasowi trójchlorooctowemu, a raczej przypuszcza, że znajdą się jeszcze inne podobnie działające środki żrące, jak n. p. sześciochlorek żelaza.

W ostatnich latach sprawa ta nie zeszła z porządku dziennego literatury otyatrycznej i szczególnie szkoła wiedeńska żywo się tym przedmiotem zajmowała. Na posiedzeniu austryackiego towarzystwa otologicznego w dniu 9 marca 1897 r. Alt podał wyniki doświadczeń, zrobionych z tym środkiem na 40 przypadkach w klinice Grubera. Jako nadający się do tego leczenia uważa on każdy przypadek „suchej perforacyi" błony bęb. z wyjątkiem przedziurawienia w błonie Shrapnela, w tylnym górnym odcinku i zupełnego zniszczenia błony bęb. Używa on podobnie jak Gomperz zgęszczonego roztworu kwasu trójchlorooctowego i przyżega zapomocą gałki zgłębnika, przy dużych otworach co 4 dni, przy małych raz w tygodniu. Podczas tego leczenia należy zaniechać wszelkiego przedmuchiwania. Alt widział wśród tego leczenia 2 razy nieszkodliwe ropienie, po największej zaś części silniejsze nagromadzenie się szybko zasychającej wydzieliny, którą należy zawsze usunąć ostrożnie szczypczykami. Wyniki Alta były zadawalniające. Alt zaniechał już używanego przez jego poprzedników znieczulania kokainą i sądzi, że można się spodziewać dobrego skutku po tym środku we wszystkich przypadkach, na co Gomperz zgodzić się nie może, gdyż jego zdaniem niektóre przypadki na takie przyżeganie wogóle nie oddziaływają. Gomperz przyznaje jednakże, że leczenie tym sposobem wskazanem jest w największej części przypadków przedziurawienia błony bęb., gdyż ani umiejscowienie i rozmiary otworu, ani też wiek chorych nie stoi na przeszkodzie wyleczeniu. Często po kilku przyżeganiach zauważyć można, że luka pozostaje jakiś czas niezmieniona, dopiero potem przy dalszem leczeniu szybko się zmniejsza i zabliźnia. Zabliźnienie takie postępuje najszybciej, jeżeli po przyżeganiu następuje silniejsze zapalenie. Świetną poprawę słuchu osiągnął Gomperz we wszystkich przypadkach zrośnięcia się brzegów rany z wewnętrzną ścianą jamy bęb. Po uwolnieniu tych brzegów zapomocą synechotomii i przyżegania ich następuje odczyn i szybkie zmniejszenie się ubytku, co przeszkadza powtórnemu ich zrośnięciu się ze ścianą błędnikową.

Prof. Gruber zgadza się z tem, że można nawet wielkie ubytki doprowadzić do zamknięcia, wątpi jednak, żeby nie można było potem zauważyć różnicy między nowoutworzoną, a prawidłową tkanką błony, gdyż według doświadczeń wszystkich otyatrów odtworzenie się znikłej blaszki właściwej nie następuje. W odpowiedzi na to Gomperz wskazuje na wyniki swoich badań patologo-anatomicznych, ogłoszonych na innem miejscu[24]), które dobitnie wykazały odtwarzanie się substancyi właściwej w bliźnie błony bęb. Za możliwością zupełnego odrodzenia się jej przemawia zresztą i ta okoliczność, że dość często po ropnych zapaleniach ucha środkowego pozostało przedziurawienia błony bęb. całkowicie się znowu zamykają, nie zostawiając ani śladu blizny po sobie.

W tym samym roku Barnik z kliniki grackiej ogłosił[25]) 11 historyj chorób, tyczących się tego przedmiotu. Na podstawie swoich spostrzeżeń przychodzi on do wniosku, że nacieranie brzegów starych przedziurawień kwasem trójchlorooctowym obudza odrodczą zdolność błony bęb. w sposób nadzwyczaj korzystny i umożliwia trwałe wyleczenie ubytku w krótkim czasie i to nawet w tych przypadkach, w których już powstały wsteczne zaburzenia odżywcze, gdzie już doszło do zwapnienia lub częściowego zaniku reszty błony. We wszystkich jego przypadkach, prócz jednego, słuch znacznie się poprawił, a nawet powróciła wrażliwość na niskie tony.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wyciągi.

Prof. Dr. K. Chodounský. **Zaziębienie.** *(Rozpravy česke Akad. č. 28. W Pradze* 1898). Sprawa zaziębienia, przywróconego do znaczenia, jako usposabiający czynnik w powstawaniu pewnych chorób, w szczególności zakaźnych, nie schodzi z porządku dziennego i ciągle daje powód do sporów. Badania Lodego, Dürcka i innych, streszczone swego czasu w *Przeglądzie*, zdawały się przemawiać za tem, że zaziębienie ma znaczenie patologiczne i to nawet znaczenie doniosłe. Nie brak jednakże z drugiej strony nowszych prac, zdążających do wykazania, że zapatrywanie to nie jest słuszne, a najnowszą w tym kierunku jest praca Ch. — Przeprowadził on bardzo liczne doświadczenia na zwierzętach, zakażając je rozmaitymi drobnoustrojami, jak dwoinkami zapalenia płuc, prątkiem Friedlaendera, wąglikowym, błoniczym, prątkiem ropy błękitnej, cholery kurzej i kropidlakami, bądźto drogą oddechową, bądź drogą krwi, oraz poddając je przed lub po zakażeniu rozmaitego rodzaju oziębieniu. Przy silnem oziębieniu spadała ciepłota ciała u niektórych zwierząt nawet o 10° C. Ze zwierząt oziębianych uległo zakażeniu 58·8%, z nieoziębianych 62·7%; przebieg zakażenia był u jednych i drugich jednakowy; ze zwierząt, padłych 6 oziębianych przeżyło zwierzęta nieoziębiane, znajdujące się zresztą w równych warunkach, natomiast tylko dwa razy padły zwierzęta oziębiane wcześniej od nieoziębianych. Wynik badania pośmiertnego był jednaki u jednych i drugich. W końcu dla przebiegu i zejścia zakażenia nie miała żadnego znaczenia okoliczność, czy zwierzęta były oziębiane przed, czy po zakażeniu. — Oprócz tego poddał Ch. 20 zwierząt samemu tylko oziębieniu bez zakażenia, zabijając je po pięciu minutach do siedmiu dni. Przy sekcyi zwierząt, zabitych zaraz po oziębieniu, nie znaleziono żadnych śladów przekrwienia narządów wewnętrznych; z ośmiu zwierząt, zabitych w 8 godzin po oziębieniu, tylko u dwóch znaleziono słabe przekrwienie płuc; po trzech dniach od oziębienia wynik sekcyi był zupełnie ujemny, prócz jednego zwierzęcia, które padło samoistnie na zapalenie nerek, (straciwszy przy oziębieniu 8·6° C.). — Wreszcie badał Ch. wpływ przeciągów lodowatych na ustrój ludzki na sobie samym. Okazało się przytem: 1) w ubraniu nie opada, ani nie wzrasta ciepłota ciała nawet na lodowatym przeciągu; 2) lodowaty przeciąg, działający na ciało nagie, wywołuje szybki wzrost ciepłoty, który może dojść do 1·3° C. ponad ciepłotę prawidłową w ciągu ½ godziny; po doświadczeniu opada ciepłota przez 20 minut aż do 0·3—0·4° C. pod stan normalny, poczem w kilku minutach się wyrównuje; 3) jeżeli lodowaty przeciąg działa na ciało nagie, rozgrzane i spotniałe, naczynia skórne zwężają się i ciepłota ciała poczyna się zaraz podnosić; 4) tętno nie zmienia się w żadnym przypadku; 5) przeciągi nie wywołały u Ch. żadnego niedomagania, tem mniej choroby, chociaż pozostawał nago na przeciągu silnie zmęczony i spocony przez 45 minut przy + 3° C., lub po gorącej kąpieli nie wytarłszy ciała przez 30 minut przy — 4° C., lub równie długo w mokrej koszuli przy + 5° C. i t. p. *Ciechanowski.*

Fuchs E. (z kliniki lek. prof. Jakscha w Pradze). **O ciałkach eozynochłonnych z uwzględnieniem szczególnem plwociny.** *(Centralblatt für innere Medicin* 1899, Nr. 20). Autor doszedł do przekonania na podstawie badań ciałek eozynochłonnych we krwi, plwocinie i innych wydzielinach fizyologicznych i patologicznych, że ziarenka eozynochłonne mogą powstawać na drodze fagocytozy z ciałek czerwonych krwi. Mianowicie w stanach chorobowych, w których w plwocinie lub w wysięku była domieszka krwi, w stanach, połączenych z krwotokami lub skazą krwotoczną, krew w krążeniu posiadała większą ilość ciałek eozynochłonnych. Zgadza się zresztą z zapatrywaniem St. Kleina na powstawanie eozynofilii (patrz sprawozdanie z teoryi St. Kleina w *Przegl. lek.* oraz z krytyki jej przez J. Piotrowskiego i K. Zaleskiego).

Zmniejszenie ilości ciałek eozynochłonnych we krwi znalazł autor w następujących chorobach ostrych lub przewlekłych, gorączkowych: dur brzuszny, gościec stawowy, posocznica, zapalenie płuc, tężec, zapalenie opon mózgowych, fosforzyca, gruźlica. Brak eozynofilii polegać może w tych przypadkach na wyższej gorączce lub na porażeniu ciałek białych przez toksyny.

Dawniej uważano ciałka eozynochłonne w plwocinie za objaw rozpoznawczy duszności, dzisiaj jednak nie można tak sądzić, ponieważ ciałka te znajdują się prawie w każdej plwocinie. Niedawno ogłosił Teichmüller badania swoje nad ciałkami eozynochłonnemi w plwocinie gruźliczej (patrz sprawozdanie w *Przegl. lek.* w r. z.). Wyniki jego pracy co do znachodzenia się ciałek eozynochłonnych w plwocinie gruźliczej, mianowicie zdanie, że w przypadkach przewlekłych posuniętej gruźlicy, połączonych z gorączką, jest bardzo mało, albo nawet wcale niema ciałek eozynochłonnych w plwocinie, autor potwierdza — tłomaczy jednak w myśl swoich badań, że przyczyna niepojawiania się tych ciałek jest gorączka. Nie zgadza się atoli wcale na zdanie Teichmüllera, że ciałka eozynochłonne są w gruźlicy pomyślnym znakiem dla rokowania, że dowodzą odporności ustroju, a gdy ich ubywa, to i prątków gruźliczych przybywa. Autor nie uznaje własności bakteryobójczych ciałek eozynochłonnych w stosunku do prątków gruźliczych. Ciałka eozynochłonne wprawdzie posiadają pewną siłę odporną, jak to wynika z doświadczeń Kanthacka i Hankina, którzy spostrzegali istną wojnę pomiędzy ciałkami eozynochłonnemi, a drobnoustrojami w jamie brzusznej, autor jednak sądzi, że jest to tylko dowód pobudzonej czynności fagocytozy, wobec której nie należy przeoczać, że i inne ciałka białe i surowica krwi mają własności bakteryobójcze. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

W. Erb: **O znaczeniu i praktycznej wartości badania tętnic nóg przy pewnych pozornie nerwowych schorzeniach.** *(Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. IV. Z. 4). Nadużywanie wyskoku i tytoniu, kiła, cukrzyca i dur sprowadzają w tętnicach pewne zmiany anatomiczne, określane ogólnie jako *„endarteriitis obliterans"*. Ta zaś zmiana anatomiczna w dalszym ciągu prowadzi do t. z. zgorzeli dobrowolnej, najczęściej stóp. Zanim jednak przyjdzie do takiego zejścia, istnieje okres pośredni, jak gdyby zapowiadający zbliżanie się zgorzeli, który w pewnych przypadkach znamionuje się przemijającem kuleniem (*„intermittirendes Hinken"*), na co już dawno zwrócił uwagę Charcot, a obecnie zwraca ją Erb. Okres ten objawia się tem, że chory po niedługiem nawet chodzeniu doznaje w nogach zaburzeń czuciowych, ruchowych i naczynioruchowych tak znacznego stopnia, że w końcu iść nie może, musi spocząć, poczem objawy ustępują i znów wracają po nieznacznym wysiłku. U takich chorych pilnie baczyć trzeba na zachowanie się tętna w tętnicach kończyn dolnych, a badać je na tętnicy grzbietowej stopy, piszczelowej tylnej, podkolanowej i udowej. U osób zdrowych i wogóle u wszystkich, nie dotkniętych wysokiego stopnia stwardnieniem tętnic, ciężkiemi wadami serca, obrzękami podskórnymi lub szczególnemi chorobami skóry, w regule, gdyż w 99%, tętno we wspomnianych tętnicach wyczuć można. Każdy zatem przypadek, w którym tętna nie wyczuwamy, uważać należy za chorobowy. W przemijającem kuleniu można przedmiotowo wykazać prawie zawsze brak tętna w wyliczonych tętnicach. Chorzy tacy, sami sobie pozostawieni lub nieodpowiednio leczeni, ulegają w końcu zgorzeli stóp. Zejściu takiemu zapobiedz możemy, lub przynajmniej odwlec je na dłuższy czas, poddając chorych w pierwszym rzędzie leczeniu przyczynowemu, polecając im higieniczne zachowanie się (mało chodzić, unikać kawy, herbaty, tytoniu, przypraw korzennych i t. p.) i podając przetwory jodu, *strophantus* (nie naparstnicę!), ogólne *tonica*, przy równoczesnem zastosowaniu łagodnego ciepła (najlepiej okłady wysychające) i prądu galwanicznego. Każdą zaś, choćby najmniejszą rankę opatrywać należy bardzo troskliwie i bardzo chirurgicznie. *Herman.*

S o l m a n: **Dwa przypadki pneumotomii z powodu ropnia płuc.** *(Medycyna* 1899. Nr. 21). Pneumotomia i pneumektomia, to dwa nowsze zabiegi, które sobie wyrobiły pewne i niezachwiane stanowisko w chirurgii. Zabiegi to niegroźne i wcale pewne w skutku, szkoda więc, że rzadko bywają w praktyce stosowane. Najczęstszem wskazaniem dla nacięcia płuc bywa ropień w płucu. A gdy pamiętać będziemy o tem, że każde ropienie ustrój drogo opłaca i że z czasem ściany ropnia twardnieją i stają się niepodatne, pojmiemy, że tem lepszych wyników spodziewać się należy, im wcześniej nakłonimy chorego do poddania się operacyi. Te zapatrywania, wygłaszane wielokrotnie i z różnych stron. miał sposobność stwierdzić S. u dwóch swych chorych. U jednego ropień w płucu wytworzył się jako sprawa przerzutowa po zapaleniu wyrostka robaczkowego, u drugiego stanowił prawdopodobnie zejście środkowego (centralnego) włóknikowego zapalenia płuc. Dzięki silnym zrostom obu blaszek opłucnej zabieg po wypiłowaniu żebra nie przedstawiał żadnych trudności. W jednym tylko przypadku nacięte płuco mocniej krwawiło. W obu razach gojenie się jamy postępowało szybko, a w miarę tego poprawiał się stan ogólny chorych. *Herman.*

Prof. A. B i e r: **Usiłowania znieczulenia rdzenia zapomocą kokainy.** *(Deutsch. Ztschr. f. Chir.* 51, 3). W położeniu bocznem chorego wykonuje B. t. z. nakłócie lędźwiowe kręgosłupa wedle Quinckego, starając się, aby jak najmniej odpłynęło płynu mózgo rdzeniowego. Po wstrzyknięciu kokainy wydobywa igłę napowrót dopiero po 2 minutach. Rankę zalepia kleiną. Oczywiście znieczulonym zostaje nie sam rdzeń, lecz tylko jego powierzchnia, a przedewszystkiem nagie włókna nerwowe i komórki zwojowe. W tem znieczuleniu wykonał B.: wypiłowanie stawu skokowego, sekwestrotomię kości piszczelowej, wypiłowanie stawu kolanowego i kilka innych, wszystkie na kończynach dolnych. Chorzy nie doznawali żadnego bólu. B. używa $^1/_2$—1% roztworów kokainy i zużywa 0·005—0·015. W jednym tylko przypadku wystąpiły kilkakrotne wymioty, ból głowy, pleców i nóg. *Herman.*

Prof. E. G r a s e r: **O wielokrotnych rzekomych uchyłkach jelitowych na pętli esowatej.** *(Münch. med. Wochens.* 1899, Nr. 22). Na pętli esowatej osób z z a s t o j e m k r w i w z a k r e s i e ż y ł y k r e z k o w e j d o l n e j (choroby serca, płuc, wątroby, guzy jamy brzusznej etc.) i nadto c i e r p i ą c y c h n a p r z e w l e k ł e z a p a r c i e stolca spotykał Gr. bardzo często (10 razy na 28 dokładnie zbadanych zwłok) uchyłki rzekome. Uchyłki te utworzone są z błony śluzowej, która wzdłuż naczyń przebija warstwę mięśniową okrężną, a potem podłużną i dostaje się do warstwy podsurowiczej, gdzie uchyłek kończy się ślepo lub rozszerza się ampułkowato. Czasami mikroskopowe te uchyłki ulegają na szczycie przedarciu i wtedy kał dostaje się do warstwy podsurowiczej i sprowadza tam zmiany zapalne. Z tą chwilą twory te nabierają znaczenia praktycznego, gdyż owe zmiany zapalne, względnie często spostrzegane w zakresie zgięcia esowatego, mogą dać powód do zwężenia jelita, jak to autor już dawniej opisywał. *Herman.*

L e ś n i o w s k i: **Przyczynek do patologii gruczołów chłonnych pachwinowych.** *(Medycyna* 1899, Nr. 21). 35-cioletnia położnica dostała trzeciego dnia po urodzeniu dziecka nagle dreszczów i znacznej gorączki, a równocześnie wystąpił ostry obrzęk gruczołów pachwinowych, a w dalszym ciągu ich ropienie. Z wywiadów podnieść należy, że już od kilkunastu dni cierpiała na silną biegunkę. Z ropy gruczołów wyhodowano prątka okrężnicy *(bact. coli com).* Jest to jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie. Prawdopodobnie przez jakąś szczelinę w odbytnicy, która powstała w czasie porodu, a której później nie można było odkryć, wtargnęły z jelita prostego, w którem toczył się proces chorobowy, „złośliwe" prątki okrężnicy do gruczołów chłonnych pachwinowych i tam wywołały ostre ropienie. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

F r a n k (Berlin) dochodzi na mocy doświadczeń do przekonania, że wkraplanie 20% rozcz. glicerynowego p r o t a r g o l u do ujścia cewki moczowej, bezpośrednio po spółkowaniu, zapobiega napewno zakażeniu rzeżączkowemu. *(All. med. Ctrlztg.* 1899. 5). *F. K.*

P r o t a r g o l zyskuje we wszystkich gałęziach naszej wiedzy coraz więcej uznania. Aleksander ogłasza swe wyniki przy przewlekłych nieżytach gardzieli (pędzlowanie 1—5% rozcz.) i nieżytach krtani. Przedewszystkiem zachwala przepłókiwania 5% rozcz. jam śluzowych ropiejących, *(empyema antri Highmori),* gdyż wyniki były nader szybkie i pomyślne. *(Arch. f. Laryng.* T. IX. 1). *F. K.*

G r i w z o w badał działanie jodoformu i różnych podobnych przetworów przy w r z o d z i e m i ę k k i m i dowodzi, że najskuteczniejszym okazał się s o z o j o d o l a n s o d o w y, gdyż prędko oczyszcza wrzód i przez to sprowadza prędkie gojenie i to tak przy wrzodach zwykłych, jak i zgorzelinowych. Europhen działa mniej wybitnie, podobnie jak jodoform, jest jednak droższym. Inne środki, jak dermatol, xeroform i t. p. nie tylko nie działają tak dobrze, jak jodoform, ale są prawie bez wartości. *(Med. Pribawlenije K. Morsk. Sborn.* 1898). *F. K.*

W o h l g e m u t h podawał przy g o ś ć c u stawowym nowy przetwór salicylowy, a s p i r y n ę (acetylsalicylat), w rozcz. 6:300 z 15·0 wyskoku lub w proszku po 1·0, — bez objawów ubocznych właściwych salicylowi. Doświadczenia wykazały, że sól ta trudno rozkłada się w kwaśnym soku żołądkowym, łatwo zaś w alkalicznej treści jelit, czem tłomaczy się brak przypadów ze strony żołądka przy jej podawaniu. *(Ther. Mon.* 1899. 5). *F. K.*

R o s e n t h a l zaleca przeciw poceniu się nóg nowy przetwór, s u d o l, zawierający 3% formaldehydu, połączony z *adeps lanae* i gliceryną w ten sposób, że stopy, szczególnie między palcami, smaruje się rano i wieczór tą maścią albo też wciera się silnie rozczyn i kilka kropli wlewa w obuwie. *(Deut. Aerzteztg.* 1899. 4). *F. K.*

Unna używa dla usunięcia małych g u z ó w s k ó r y, szczególnie uszypułowanych, p a r a f o r m u (Formaldehyd-Para), pędzlując n. p. brodawki mieszaniną: Rp. *Paraform.* 1·0 *Ol. Ricin.* 0·5 *Collod.* 20·0. S. Przed użyciem wstrząsnąć, gdyż przetwór ten tylko w małej ilości się rozpuszcza. *F. K.*

E h r m a n n zachwala zalecaną od kilku lat urotropinę szczególnie w nieżytach pęcherza i tylnej części cewki moczowej, powstałych na tle rzeżączkowem; wyniki mają być nader pomyślne nawet w tych przypadkach, w których leczenie miejscowe nie odniosło skutku. Dawka wynosi od 0·25—0·50 grm. kilka razy dziennie. *(W. med. Press.* 1899. 25). *F. K.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 30 czerwca 1899.

Przewodniczący: kol. A. G l u z i ń s k i. Obecnych członków 48.

I. Kol. Eliasz-Radzikowski mówił o niedokrewności urazowej (*anaemia traumatica posthaemorrhagica*). Przypadek ten spostrzegany był w klinice lwowskiej przed dwoma laty, niedokrewność bardzo ciężka wystąpiła wskutek krwotoków z wrzodu żołądka. Z uwagi, że przypadki niedokrewności urazowej są wogóle rzadkie, a spostrzeżeń klinicznych dotąd jest bardzo mało, poświęcił prelegent baczną uwagę zbadaniu przypadku pod względem klinicznym. Przedstawił w krótkości wyniki badania, zwłaszcza badania drobnowidowego krwi, dalej zachowania się ilości ciałek czerwonych, ciałek białych, zawartości hemoglobiny, nastepnie obliczeń ilościowych rozmaitych rodzajów ciałek białych w stosunku odsetkowym. Odczyt poparł tablicami z rysunkami ciałek krwi, oraz preparatami drobnowidowymi. Z tych ostatnich wspomnieć należy o spostrzeżeniu ciałek czerwonych jądrzastych w stanie karyokinezy, i to w znacznej ilości w krwi obwodowej. Jestto wogóle 9 z rzędu spostrzeżenie pod tym względem, a o ile dotyczy niedokrewno-

ści urazowej pierwsze. Prelegent bronił zdania, że ciałka czerwone jądrzaste pozbywają się jądra z prawidła przez »wyjście jądra«: (karyekbasis) (termin wprowadzony poraz pierwszy przez prelegenta), a tylko nieprawidłowe twory t. j. megaloblasty, tracą jądro przez rozpuszczenie (karyolysis) i rozdrobnienie (karyorrhexis).

W dyskusyi przemawiali kol.: Uhma, A. Gluziński i prelegent.

II. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *Lupus erythematosus* u 57-letniej kobiety, u której w ciągu lat czterech chroniczna postać (discoides) tej sprawy, zajęła czoło, policzki, cały tył głowy i kark. Pojedyncze nacieki świeższe znajdują się na grzbiecie rąk i tułowiu. Wszystkie ogniska chorobowe wykazują łojotok, naciek z rozszerzeniem naczyń (tlengiektasia), a w środkowych częściach depresye (blizny). Ł. stosuje rozczyn 2%-wy ichtyolu w okładach, których częstokroć używał zwłaszcza w ostrych postaciach (Lup. eryth. disseminatus) z dobrym skutkiem.

II. Osutkę bromową (Acne bromata) u 33-letniego nader ograniczonego chorego, który po przyjęciu do kliniki okazywał nacieki wielkości korony do talara, obok kro-t na twarzy, czole, tułowiu i kończynach. Wiotkość i bujanie tychże przypominały Ł. osutkę bromową. Niemal bez leczenia ustąpiły nacieki rzeczone. Po podawaniu bromu (3 gr. dziennie), wystąpiły u chorego w klinice dermatologicznej podobne zmiany zwłaszcza na dolnych kończynach. Są to rozlane brodawkowate bujania nader wiotkie, silnie unaczynione i bolesne, przypominające fungus. Za naciskiem wychodzą z tychże krople ropy (jak przez sito) odpowiednio pojedynczym krostkom, spływającym w nacieki. Już dawniej wykazał Łukasiewicz w tkance granulacyjnej tych nacieków olbrzymie komórki.

III. *Lichen ruber acuminatus* u 21-letniego wieśniaka. Zajęte są przeważnie kończyny, kark, pachy i okolica krzyżów. Znajdują się tu rozlane ogniska chorobowe. Odpowiednio tymże skóra jest jednostajnie zgrubiałą, czerwoną, pokrytą łuskami, suchą i rowkowaną, za dotykiem robi ona wrażenie zgrzebła. Na brzegu tych ognisk, jakoteż tu i owdzie zdala od nich widać ograniczone, czerwone, stożkowate guzki wielkości prosa lub główki szpilki. Guzki te są bardzo twarde, a pokrywają je grudkowate masy przyskórka, sięgające w głąb folikułów. Można rozróżnić przy dokładnem przyjrzeniu się, iż większe nacieki powstają przez zlanie się tych guzków. Na karku i w pachach grupują się guzki w smugi, równolegle przebiegające. Rzadka ta postać *Lichen ruber* (acuminatus) odpowiada zdaniem Łukasiewicza francuskiej *Pityriasis rubra pilaris* (Devergie).

IV. *Xeroderma pigmentosum* u 4-letniego chłopca, którego 21 letni brat również dotknięty jest tą rzadką dermatozą. Oblicze, uszy, szyję, kark i grzbiet obu rąk pokrywa skóra z brunatnymi złogami barwika. Pomiędzy tymi widać białe błyszczące płytkie zagłębienia i rozszerzone naczyńka lub znamiona (naevi teleangiectodes). Przyskórek jest w tych miejscach bądź cienki i gładki, bądź też porysowany i złuszcza się w cienkich blaszkach. Obok tego powstają już małe brodaweczkowate nierówności. Skóra w miejscach zajętych robi wrażenie pergaminowo zeschłej.

W dyskusyi nad tą demonstracyą kol. Kohlberger zauważa, że w zakładzie kulparkowskim podawano dziennie niekiedy i po 6 gramów bromu, u niektórych chorych zauważył występowanie *acne bromata* zaraz, u innych dopiero po pewnym upływie czasu. W jednym przypadku była tak znaczna idyosynkrazya, że u chorego po podaniu bromu wystąpiła zgorzel skóry na znaczniejszym obszarze. U innych chorych zauważył kol. K. brodawczaki bardzo znaczne, które po zaprzestaniu bromu ustępowały. Co się tyczy działania promieni słonecznych, to częstokroć stwierdza kol. K. znaczne wypryski (ecrema solare), bardzo uporczywie przebiegające, a powstające wskutek tego, że niektórzy umysłowo chorzy mają zwyczaj przypiekania się na słońcu.

Nadto przemawiał kol. Uhma i prelegent.

III. Kol. Koźmiński przedstawił cztery przypadki chorych z kliniki prof. Marsa, dotkniętych rozmiękczeniem kości. Prelegent omówiwszy historyę każdego przypadku, podał w streszczeniu wyniki swoich doświadczeń co do korzyści operacyi w każdym z nich.

W dyskusyi kol. Bylicki ze względów praktycznych wspomina o licznych przypadkach mylnie rozpoznawanej osteomalacyi, jakie się w praktyce częstokroć zdarzają, kiedy kobiety skarżą się na bóle w kościach, osłabienie itp. Kol. B. przypomina sobie z praktyki podobny przypadek mylnie rozpoznanej osteomalacyi, w którym chciano już wykonać kastracyę, dalszy zaś przebieg stwierdził, że osteomalacyi nie było. Mowca jest zdania, że poronnych form osteomalacyi niema i że ją tylko z wybitnych zmian w kościach miednicy można rozpoznać.

Kol. Mars stwierdza, że w ciągu kilkunastu lat swej praktyki osteomalacyi nie widział, później zdarzyło mu się częściej ją spotykać. Jest obecnie faktem stwierdzonym, że choroba ta od kilku lat jest coraz częstszą w Galicyi, i że w pewnych okolicach zdarza się częściej, niż w innych. Co do chorej kol. B., to miał także sposobność ją badać i osteomalacyi nie rozpoznał. Co się zaś tyczy przypadków, obserwowanych przez kol. Koźmińskiego, to wszystkie te przypadki były badane klinicznie i cechy osteomalacyi niewątpliwie w nich stwierdzono.

Kol. Sołowij również zaznacza, że dla rozpoznania osteomalacyi potrzeba wybitnych zmian w kościach miednicy. Osteomalacya zdarza się w Galicyi obecnie częściej, to jest fakt; co się tyczy jednak tej częstości zauważa, że obecnie dokładniej ją badamy, a więc łatwiej stwierdzamy, a wskutek nowych sposobów leczenia jest ona łatwiejszą do wyleczenia. Nawrót choroby w wypadku kol. Koźmińskiego mimo dokonanej kastracyi, tłomaczyłby sobie możliwością pozostawienia resztek jajnika przy operacyi.

Kol. Mayer przypomina sobie z praktyki prowincyonalnej, że osteomalacyę zdarzało mu się nierzadko napotkać.

Kol. Koźmiński nie zaprzecza, że pozostawienie resztek jajnika podczas operacyi może mieć wpływ na nawrót osteomalacyi; stwierdza jednak, że w jego przypadku jajnik był doszczętnie wycięty, nie może więc tego uważać za przyczynę nawrotu.

Sekretarz: *Dr. Pappée.*

IX. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

Pierwszy dzień Zjazdu.

Przewodniczący: Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier, wiceprezesi: Doc. Dr. Schramm ze Lwowa i Dr. Kijewski z Warszawy, sekretarz Doc. Dr. Bossowski.

Przewodniczący zagaja zgromadzenie, witając w gorących słowach przybyłych gości, między którymi stwierdza z prawdziwą przyjemnością obecność kolegów z Warszawy. Liczebnie zjazd tegoroczny jest nieco mniejszy od zjazdów poprzednich, treścią swą jednakowoż, oceniając z ilości i jakości zgłoszonych odczytów, dorównа im na całej linii.

Po poświęceniu gorących słów pamięci zmarłych Prof. Dra Obalińskiego i Dra Jasińskiego, otwiera przewodniczący rozprawy nad pierwszym punktem porządku dziennego: *»O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego«.*

Przed wypowiedzeniem własnego referatu w tej sprawie udziela przewodniczący głosu Prof. Drowi Kleckiemu, który w obszernym wykładzie roztacza poglądy na *etyologię i patogenezę zapalenia wyrostka robaczkowego.*

Na wstępie zaznacza, że etyologia tego cierpienia jest do dnia dzisiejszego niejasną. Czynniki, jakie tu odgrywają rolę, rozpadają się na a) usposabiające i b) okolicznościowe. Głównym warunkiem jest zakażenie. Flora drobnoustrojowa jest tu nader zmienna, są jednakże niektóre drobnoustroje, które się tu dość stale spotyka. Przeważna część autorów przypisuje jedyną rolę prątkowi okrężnicy (*bacterium coli*), inni paciorkowcowi, inni znowu obydwom razem. Badacze francuscy podnoszą w ostatnich czasach do pierwszorzędnego znaczenia drobnoustroje bezpowietrzne (anäeroby), które tu się znachodzą. Stąd mowca przy omawianiu metody badania wyraża przekonanie, że badania bakteryologiczne należy prowadzić zarówno na bakterye powietrzne (aëroby), jak i na bezpowietrzne (anäeroby). Do szczepienia brać należy samą *»materia peccans«*, a zatem treść wyrostka robaczkowego, a nie ropę. Gdyby prątek okrężnicy (*bacterium coli*) miał być jedynym sprawcą cierpienia, toby trzeba udowodnić, że jadowitość jego w pewnych warunkach może się potęgować. Objaw ten biologiczny udało się mowcy stwierdzić u królika. Do czynników usposabiających zalicza mowca: 1) zagięcie wyrostka, 2) przekrwienie bierne, 3) dziedziczność (w 40% wpływ ten wykazano); 4) płeć (80% przypada na mężczyzn, 20% na kobiety); 5) wiek. Przy końcu swego wykładu zestawia mowca w historycznym porządku wszystkie teorye, jakie się do dnia dzisiejszego pojawiły celem wytłómaczenia powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego.

Radca Dworu Prof. Dr. Rydygier przedstawia referat *o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego.* W referacie tym

dotyka pokrótce literatury, uwzględniając przeważnie literaturę francuską. Monografię Sonnenburga uważa za rzecz ciężką i gmatwającą jasność poglądu na całość sprawy. Referent przedstawia swój własny podział tego cierpienia, oparty głównie na przebiegu klinicznym i dzieli przypadki na 1) przypadki lekkie, w których cała sprawa chorobowa polega na nieżytowem zapaleniu błony śluzowej. 2) Do drugiej gromady zalicza przypadki, przebiegające z ograniczonem zapaleniem otrzewnej, do 3-ciej) z ogólnem zapaleniem otrzewnej. Trzecia gromada rozpada się na dwa działy a) przypadki z ropnem zapaleniem, b) przypadki z zapaleniem posokowatem.

Referent uważa zapalenie wyrostka robaczkowego za chorobę chirurgiczną. Do każdego przypadku zapalenia wyrostka winien być chirurg wzywanym zaraz w początkach. Wskazania do operacyi zestawia referent w sposób następujący:

1) Zapalenie wyrostka rob. z ogólnem zapaleniem otrzewnej należy operować zawsze, jeżeli na to pozwala ogólny stan chorego.

2) Zapalenie wyrostka rob. z ograniczonem zapaleniem otrzewnej należy a) zaraz operować, gdy się ma do czynienia z jawnym ropniem, b) należy zalecić choremu i otoczeniu operacyę, gdy się nie ma pewności, czy ropień jest, czy go nie ma. Gdy się chory zgadza na operacyę, to należy operować zaraz, gdy się zaś nie zgadza, to się nie ma żadnej odpowiedzialności.

3) Nieżytowe zapalenie wyrostka można leczyć środkami wewnętrznymi, ale trzeba być przygotowanym do operacyi.

4) Gdy nieżytowe zapalenie wyrostka objawia się ciężkimi napadami, to należy operować i to między napadami.

5) Gdy napady są lekkie, to trzeba je przeczekać i gdy się często powtarzają, między napadami operować, bo się nie ma pewności, czy następne nie będą ciężkie.

6) Gdy się chory zgłasza po napadach, referent radzi operować.

Wreszcie omawia referent samą technikę operacyjną. (Wykład ten przyrzeczono uprzejmie dla „Przeglądu“).

W rozprawach nad tą sprawą zabierają głos kol. Doc. Wehr i Doc. Barącz (Lwów), uznając podany przez referenta podział za zupełnie do celów klinicznych odpowiedni, gdyż nie gmatwa całej sprawy tak, jak podziały, zwłaszcza niemieckie, które są oparte na obrazie zmian anatomicznych, których i tak nie można przy łożu chorego rozpoznać. Również zgadzają się z referentem na wskazania do operacyi, jakie w krótkości naszkicował.

Kol. Bogdanik (Biała) zgadza się również z referentem i dodaje od siebie kilka uwag w sprawie rozpoznania. W przypadkach ukrytych ropni nie zawodziło go nigdy badanie moczu. Zmniejszenie lub brak chlorków w moczu przemawiał zawsze za obecnością ropnia. W prywatnej praktyce oddawało mu również dobre usługi nakłócie próbne.

Przeciw robieniu nakłócia próbnego przemawiają koledzy: Doc. Bossowski (Kraków), Doc. Schram (Lwów), Prof. Trzebicky i Doc. Kryński (Kraków), uważając je za nieprowadzące do celu, a mogące wiele choremu zaszkodzić.

Prof. Jaworski (Kraków) zabiera głos jako przedstawiciel internistów; — sprzeciwia się temu, by zapalenie wyrostka rob. uważać za chorobę chirurgiczną choćby dlatego, że w początkach bardzo często nie można wiedzieć, z czem się ma do czynienia, czy z kolką nerkową, czy z zapaleniem wyrostka, czy z ostrym nieżytem pęcherza. Wskazanie do operacyi widzi tylko wtedy, gdy jest wysięk ropny, ale i tu niezawsze, gdyż i wysięki ropne ulegają mogą wessaniu. Operacye nie dają lepszych wyników, niż leczenie środkami wewnętrznymi, często pozostawiają po sobie nieprzyjemne następstwa, jak nerwoból w kończynach dolnych i niemożność chodzenia, a co najważniejsza, operacya nie zawsze zdoła usunąć źródła choroby — samego wyrostka robaczkowego.

Kol. Rutkowski (Kraków) przyjmuje podział Sonnenburga, jako oparty na podstawie anatomo-patologicznej, a ze stanowiska klinicznego zupełnie usprawiedliwiony. Na podstawie 45 przypadków, zebranych od 1896—1899 roku, częściowo z materyału ś. p. prof. Obalińskiego (10), częściowo własnych (35) przychodzi mowca do następujących wniosków: nieżytowe zapalenie wyrostka należy operować pomiędzy napadami i to tylko w przypadkach z napadami częstymi, lub wzmagającymi się co do siły. Ta lub inna liczba przebytych napadów, n. p. 2, 4 i t. p. nie może stanowić wskazania do zabiegu operacyjnego. Rokowanie w tych przypadkach jest zupełnie pomyślne, trudności operacyjne zależą od zmian na otrzewnej, wywołanych poprzednimi napadami.

Mowca podnosi trudności rozpoznawcze przy ropnem zapaleniu wyrostka, zaznaczając zarazem, że nie można się tu kierować jakimś jednym objawem, ale rozstrzygającym jest tu ogólny obraz chorobowy. Dalej podnosi mowca ważność badania przez odbytnicę. Z chwilą rozpoznania tej postaci chorobowej, to jest zapalenia ropnego, należy natychmiast przystąpić do operacyi, polegającej na przecięciu ropnia i wycięciu wyrostka robaczkowego. Wycięcie wyrostka uważa mowca za konieczne, a to ze względu na usunięcie ogniska chorobowego, a zarazem jedynie w ten sposób możemy być pewni, że poza pozostawionym wyrostkiem nie zostawiliśmy w ustroju ukrytego ropnia, że dotarliśmy do wszystkich ognisk ropnych, jakie w otoczeniu wyrostka znajdować się mogły. Trudności wyszukania i wycięcia wyrostka robaczkowego nie są zbyt wielkie i przy nabytej w tym kierunku wprawie dadzą się prawie zawsze pokonać. W przebiegu pooperacyjnym pojawiają się niekiedy przetoki kałowe, które w przeważnej liczbie przypadków bez zabiegu chirurgicznego samoistnie się goją. W nielicznej tylko liczbie konieczny jest następowy zabieg i to polegający albo na zaszyciu przetoki, albo na częściowem wykluczeniu jelita, wreszcie na wycięciu kiszki ślepej.

Jakkolwiek *appendicitis gangraenosa* przedstawia małe widoki powodzenia przy operacyi, to jednakowoż tylko leczenie operacyjne może dać czasami dodatnie wyniki. Ogólne zapalenie otrzewnej może być wynikiem przebicia się ropnia w przebiegu ropnego zapalenia wyrostka do wolnej jamy otrzewnowej, lub też bezpośredniego zakażenia wskutek zgorzeli wyrostka bez poprzedniego wytworzenia zrostów. Leczenie operacyjne w pierwszym razie daje wyniki względnie pomyślne, w drugim znacznie gorsze. Wreszcie zwraca mowca uwagę na następstwa zapalenia wyrostka, a zwłaszcza zrosty, które odgrywają bardzo ważną rolę przy powstawaniu mechanicznej niedrożności jelit.

W końcu przytacza mowca swoją statystykę, która w streszczeniu jest następująca:

Na 45 przypadków było mężczyzn 34, kobiet 11; operowano w 43 przypadkach. Trzymając się podziału Sonnenburga, grupuje mowca swoje przypadki, jak następuje: 1) *Appendicitis simplex* 5 operowano 4, we wszystkich wycinając wyrostek robaczkowy. Badanie wyciętego wyrostka, wykazało 1 raz *empyema*, 3 r. *appendicitis catarrhalis,* 2) *Appendicitis chronica* 3 przyp.: we wszystkich wycięto wyrostek. We wszystkich tych 7 przyp. wyleczenie. 3) *Appendicitis perforativa* przyp. 33, z tego a) bez powikłań 28, z których zmarło 3 (1 zapalenie płuc, 1 zator, 1 załamanie jelita); w jednym, nie operowanym, przebicie do pęcherza. Pozostaje 27 operowanych, z których w jednym nastąpiło przebicie do worka przepuklinowego. Wyrostek wycięto 22 razy; b) powiklanych ropnicą 3; operowano we wszystkich 3, nie wycinając wyrostka, wszystkie 3 skończyły się śmiercią; c) z następowem zapaleniem otrzewnej 2; w obu wycięto wyrostek, w obu też nastąpiło wyleczenie. 4) *Appendicitis gangraenosa* przyp. 2; w obu wycięto wyrostek robaczkowy, w obu chorzy zmarli. W końcu wlicza autor do swej statystyki następstwa zapalenia wyrostka, z któremi spotkał się dwukrotnie; raz powstało zadzierzgnięcie jelita przez wyrostek robaczkowy, przyrośnięty wolnym końcem do ściany jelita ślepego; raz zaś przetoka kałowa. Oba przypadki, operowane, zakończyły się wyleczeniem.

W końcu zabiera głos referent, Radca dworu prof. Rydygier, w krótkiem przemówieniu streszczając wyniki rozpraw i stwierdzając zasadniczą zgodność zapatrywań wszystkich kolegów chirurgów, którzy przemawiali w tej sprawie. (C. d. n.).

X. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

5 posiedzenie, dnia 13 kwietnia przedpołudniem.

Leukocytoza a białaczka.

(Ciąg dalszy).

Ogólnie przyjęty podział białaczki na śledzionową, chłonicą i szpikową opiera się na rozmaitem zachowaniu się narządów, biorących udział w wytwarzaniu ciałek krwi. Tymczasem ani zmiany chorobowe, ani obraz krwi nie dają pewnej podstawy do wniosków z którego narządu wyszła sprawa chorobowa.

Sprawozdawca rozróżnia następujące rodzaje białaczki:

1) Białaczka zwykła prosta *(genuina)*. Ze stanowiska klinicznego będzie to białaczka śledzionowa, ponieważ znaczne powiększenie śledziony jest głównym zazwyczaj objawem tej postaci białaczki. Równocześnie prawie zawsze zdarzają się zmiany w szpiku kostnym, a bywają również zajęte gruczoły chłonne. Podług obrazu krwi będzie to znowu białaczka szpikowa czyli myelemia, ponieważ właśnie w tych przypadkach jest bardzo wiele tych ciałek, tak zw. myelocytów, które nie są limfocytami, a które są w ścisłym związku ze szpikiem kostnym. We krwi oprócz zwyczajnych ciałek

wielojądrzastych, czyli raczej wielo- lub różnokształtnojądrzastych *(polymorphnuclear)* obojętnochłonnych i ciałek eozynochłonnych znajdują się także ciałka wielkie jednojądrzaste, będące stanem wstępnym ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych, dalej tak zw. szpikowe ciałka obojętnochłonne i eozynochłonne, twory przejściowe z zaklęsłemi jądrami; niektóre ciałka białe okazują karyomitozę; prócz tego zdarzają się zazwyczaj dosyć liczne jądrzaste ciałka czerwone. Przypadki te odznaczają się przebiegiem przewlekłym. Jednakże Naunyn dowiódł, że i te przypadki prawdopodobnie zaczęły się ostro. Dlatego domysł, iż przyczyną choroby jest zakażenie *(sporozoa* Löwita), ma za sobą pewne prawdopodobieństwo. Objawy choroby dosięgają następnie szczytu, a gdy już raz dojdą doń, trwają zazwyczaj niezmiennie przez 1—2 lat, a kończą się nieraz objawami skazy krwotocznej *(diathesis haemorrhagica)*.

2) Białaczka ostra (Ebstein, A Fränkel) odznacza się tem, że zaraz z początku choroby występują ciężkie objawy, które w innych białaczkach przewlekłych zdarzają się dopiero w późnych okresach choroby. Do nich należą nasamprzód wybroczyny podskórne i na błonach śluzowych, któreby mogły z początku upozorować rozpoznanie gnilca lub plamicy Werlhofa. Zazwyczaj obrzęk śledziony bywa w tych przypadkach nie zbyt znaczny, a gruczołów chłonnych prawie nie można wymacać *intra vitam*. Na zwłokach za to stwierdzić można zawsze obrzęk gruczołów i stałe zmiany w szpiku kostnym. Objawy skazy krwotocznej, często przebiegające z gorączką, mogą wystąpić czasami wcześniej, aniżeli zmiany we krwi. Obraz zaś krwi jest następujący: Powiększenie ilości ciałek białych dosięga najwyższego stopnia, tak, że ilość ciałek białych prawie równa się ilości ciałek czerwonych. To ilościowe powiększenie dotyczy wyłącznie ciałek jednojądrzastych, różniących się jednak wielkością między sobą. Obok limfocytów pojawiają się jednojądrzaste wielkie (czyli tak zw. dawniej wielkie limfocyty). Przebieg tych przypadków jest najczęściej bardzo szybki, piorunujący. W niewielu dniach, a najwyżej w kilku tygodniach kończy się sprawa zejściem śmiertelnem. Przebieg ten jeszcze bardziej uprawnia do domysłu o zakaźnej przyrodzie białaczki.

3) Białaczka przewlekła odznacza się w przeciwieństwie do innych postaci białaczki wybitnym przebiegiem postępującym, a jest w ścisłym związku z pewnemi postaciami nibybiałaczki *(pseudoleucaemia)*. Nieraz można spostrzedz w tej postaci białaczki w okresie początkowym objawy nibybiałaczkowe („okres wstępny bezbiałaczkowy“ »*aleukaemisches Vorstadium*« Troje). Przypadki te nie posiadają, podobnie jak wogóle nibybiałaczka, ostrych granic, dzielących je od złośliwych chłoniaków *(lymphoma malignum)* i od chłoniako-mięsaków *(lymphosarcoma)*. Zaczynają się obrzmieniem gruczołów szyjnych, co też jest głównym nieraz objawem chorobowym. Przytem zdarza się znaczne, nawet niekiedy bardzo znaczne powiększenie śledziony, polegające na bujaniu tkanki chłonnej. Czasem powiększenie śledziony występuje wcześniej, niż obrzęk gruczołów. Także szpik kostny odznacza się rozrostem tkanki chłonnej *(hyperplasia lymphoides)* nawet w tych przypadkach, w których zmiany w śledzionie i w gruczołach są niewielkie. Owe zmiany w narządach mogą trwać przez jakiś czas, zanim nie wyrobi się białaczkowy skład krwi w jednych przypadkach wcześniej, w innych później. Wówczas nowoutworzone ciałka przebywają w narządach, aż naraz dostają się w wielkiej ilości do krążenia. Nie rzadko można zauważyć, że przyrastanie ilości ciałek białych we krwi odbywa się stopniowo i powoli. Zdarzają się przypadki, w których mimo zajęcia narządów krew nie przybiera znamion białaczkowych. W tych zaś przypadkach, w których przyrastają ciałka w krążeniu tak powoli, że można wprost ten przyrost stwierdzić, odznaczają się ciałka białe wybitną jednostajnością. W największej liczbie przypadków dotyczy zwiększenie limfocytów, obok których nikną prawie zupełnie w polu widzenia nieliczne inne rodzaje ciałek białych. — Przebieg tych przypadków bywa wogóle dłuższy, niż przypadków, objętych działem 1). Kiedy już raz wytworzy się białaczkowy skład krwi, wówczas mogą się pojawić różne powikłania, wybroczyny itd., wśród których ostatecznie choroba kończy się śmiercią.

Co się tyczy leukocytozy, to pod względem klinicznym najważniejszą jest tak zw. leukocytoza trawienia.

Ponieważ zauważono, że w raku żołądka brak tej leukocytozy, umieszczono ją na równi z brakiem kwasu solnego, a pojawieniem się kwasu mlekowego w rzędzie czynników rozpoznania różniczkowego raka od wrzodu żołądka.

Leukocytozę chorobową można podzielić wogóle na:

1) limfocytozę, 2) leukocytozę wielojądrzastych obojętnochłonnych, 3) leukocytozę eozynochłonnych.

Co do 1): Dotychczas mało zwracano uwagi na limfocytozę Pojawia się w nieżytach żołądka i jelit, w kile, w ciężkiej krzywicy, w krztuścu, w niektórych przypadkach odry i płonicy, po wstrzykiwaniach tuberkuliny itp.

Co do 2): Pierwszorzędne znaczenie, zwłaszcza ze względów praktycznych, ma leukocytoza wielojądrzastych obojętnochłonnych. Najczęściej napotyka się ją w towarzystwie chorób zakaźnych i dlatego powstało mniemanie, że leukocytoza ta łączy się ściśle z wysiłkami obronnymi ustroju przeciw szkodliwym skutkom zakażenia. Ze stanowiska rozpoznawczego należy podnieść występowanie tej leukocytozy już z prawidła w zapaleniu włóknikowem płuc, dalej podczas tworzenia się wysięków w jamach surowiczych, w sprawach posocznicowych i ropnicowych, zwłaszcza wtedy, kiedy przychodzi do wypociny ropnej, następnie w róży, w płonicy, w błonicy i gośćcu ostrym stawowym. Brak leukocytozy w gruźlicy bez powikłań, a w durze brzusznym na szczycie choroby pojawia się nawet zmniejszenie ilości ciałek białych. Co do znaczenia leukocytozy w kierunku rokowania zdania są bardzo podzielone. Najwięcej mają za sobą prawdopodobieństwa wnioski z zachowania się leukocytozy w zapaleniu włóknikowem płuc. Zdaje się mianowicie, że brak leukocytozy w tej chorobie jest złym znakiem.

Co do 3): Również znaczenie leukocytozy eozynochłonnych jest jeszcze dotychczas niepewne. Ehrlich zwrócił uwagę na zwiększenie się ilości tych ciałek w białaczce, Gabryczewski znalazł zaś przyrost ich we krwi u chorych na rozedmę, których plwocina zawiera przeważnie ciałka eozynochłonne. Potem znaleziono leukocytozę eozynochłonnych w pęcherzycy *(pemphigus)* i w innych chorobach skórnych, także wobec pasorzytów przewodu pokarmowego, we włośnicy *(trichinosis)* i w niektórych przypadkach nowotworów złośliwych. Zmniejszenie się ilości ciałek eozynochłonnych pojawia się na szczycie przeważnej części chorób ostrych zakaźnych, z wyjątkiem płonicy. Zmniejszenie to czasami w okresie zdrowienia nietylko ustępuje, ale nawet przechodzi w zwiększenie. Pojawienie się więc ciałek eozynochłonnych w takich razach we krwi uważa się za objaw pomyślny w rokowaniu.

Z temi badaniami teoretycznemi łączy się ściśle leczenie, ponieważ jeżeli są to objawy ochrony ustroju, to pobudzając takowe można myśleć o pomaganiu ustrojowi w zwalczaniu choroby. Na zasadzie badań Löwita, Pohla, Buchnera, Goldscheidera, Jacoba i wielu innych znamy szereg ciał, jak wyciągów z narządów, wytworów bakteryj, leków, zapomocą których możemy wywołać zwiększenie lub zmniejszenie ilości leukocytów we krwi. W dalszym też ciągu użyto tych wiadomości do leczenia, przynajmniej próbowano leczyć. I tak Goldscheider i Jacob wstrzykiwali wyciąg ze śledziony w białaczce: w tej samej chorobie robili to Loewy i Richter ze sperminą Poehla, Richter i Spiro z kwasem cynamonowym, Pal z nukleiną, Grawitz z terpentyną. Wogóle po przemijającem podwyższeniu ilości ciałek białych otrzymywali oni następnie zmniejszenie tej ilości, ale nie mogli uzyskać trwałego skutku.

Lepsze skutki zdają się obiecywać leki, mające na celu zwalczanie bezpośredniej przyczyny białaczki. Tak może objaśnić należy dobry skutek, który niekiedy można widzieć po używaniu arszeniku i chininy.

O ile użycie środków leukotaktycznych zawiodło w białaczce, o tyle zwrócenie się do nich w ostrych chorobach zakaźnych zdaje się, że nie jest bez skutku. Posiadamy już wiele spostrzeżeń doświadczalnych, że pomaganie ustrojowi w walce z mikrobami chorobotwórczymi przez wpływanie na ciałka białe nie jest zgoła nie możliwe. Przeciwnie wydaje się, że można będzie dojść do czegoś dodatniego w tym kierunku. A wówczas może i zdanie, które wypowiedział Virchow przed 50 przeszło laty o ciałkach białych: „przywracam ciałkom białym należne im stanowisko w patologii“, znajdzie zastósowanie i w terapii. (Ciąg dalszy nastąpi).

XI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie

Podał
Dr. T. Janiszewski
lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

II. Etyologia (ciąg dalszy).

W sprawie pierwotnego usadawiania się sprawy gruźliczej w płucach referował prof. Birch-Hirschfeld piękną swoją pracę anatomo-patologiczną. Sprawa gruźlicza usadawia się najczęściej w tylnej części szczytów płucnych (częściej po stronie prawej, niż po

lewej) i tuż poniżej w górnym zrazie płuc, w tej części płuca, która odpowiada rozgałęzieniu się tylnego oskrzela szczytowego *(bronchus apicalis posterior)*; te części płuc najmniej biorą udziału w ruchach oddechowych tej części płuc, a oskrzela, odpowiadające tej części płuc, ulegają u człowieka dorosłego bardzo często częściowemu zanikowi z powodu niekorzystnych warunków odżywiania, w jakich się znajdują w czasie najsilniejszego rozrostu płuc (w czasie dojrzewania płciowego). W 32 przypadkach pierwotnej utajonej gruźlicy płuc u osób, które zmarły śmiercią nagłą, udało się autorowi schwycić proces w samym początku rozwoju. Otóż tylko w 4-rech przypadkach proces gruźliczy wziął początek z gruczołów, rozsianych w tkance płucnej; nigdy nie udało się stwierdzić, aby proces rozpoczynał się w najdrobniejszych rozgałęzieniach oskrzelików, pod postacią tak zw. *Broncho-pneumonia tuberculosa;* natomiast stwierdzono w 28 przypadkach, że proces gruźliczy usadawia się pierwotnie w błonie śluzowej oskrzeli średniej wielkości. Do wytworzenia obrazu chorobowego suchot płucnych przyczynia się, prócz prątka Kocha, jeszcze t. z. zakażenie mięszane, a głównie paciorkowce (streptokoki); one to przeważnie powodują gorączkę, a dostają się do płuc bądź to z jamy nosowej, bądź z ust. Czyste zakażenie prątkiem gruźliczym nie powoduje zwykle gorączki. Czy istnieje wrodzona lub nabyta odporność *(immunitas)* przeciw gruźlicy, na to nie posiadamy dowodów. Przypadki wrodzonej gruźlicy należą do rzadkości i w tych nielicznych przypadkach stwierdzono ogólną gruźlicę u matki i gruźlicze zajęcie narządów płciowych. Natomiast inne choroby płuc i choroby, osłabiające cały ustrój, sprzyjają rozwinięciu się gruźlicy.

Prof. Courmont (Lyon) objaśnia swoją próbę aglutynacyjną jednolitych hodowli prątków Kocha i zaleca ją w celu wczesnego rozpoznania utajonej gruźlicy. W końcu nadmienić muszę, że w dziale tym tylko Prof. Mittendorp (Gröningen) wyraża powątpiewanie, aby prątek Kocha był przyczyną gruźlicy, a Prof. Courmont wspomina o dwóch przypadkach gruźlicy, wywołanej przez inny zarazek chorobotwórczy, a nie przez prątek Kocha.

III. Zapobieganie (Profilaktyka).

Wszystko, co się tyczy zapobiegania gruźlicy, da się wywnioskować i wyprowadzić z tego, co było powiedziane w pierwszych dwóch działach. W dziale tym poruszono następujące sprawy: 1) profilaktyka w ogólności; 2) mieszkania, zakłady fabryczne i środki lokomocyi; 3) szpitale; 4) profilaktyka w wieku dziecięcym; 5) szkoły; 6) uzdrowiska; 7) profilaktyka w małżeństwie; 8) kontrola środków spożywczych.

1) Gruźlica jest chorobą zakaźną, więc trzeba ją postawić na równi z innemi chorobami zakaźnemi, co się tyczy przepisów sanitarno-policyjnych. Ponieważ choroba ta przenosi się zapomocą wdechania wyschniętej rozpylonej plwociny, a także kropelek rozpryskujących się przy kaszlu, chrząkaniu i t. d. u osób gruźlicą dotkniętych, a w mniejszym stopniu przy spożywaniu mięsa i mleka chorych zwierząt, więc całe zapobieganie dążyć powinno do usunięcia tych właśnie szkodliwych czynników. A więc przedewszystkiem dokładne i racyonalne usuwanie i niszczenie plwocin osób gruźliczych, możliwie wczesne rozpoznawanie gruźlicy, pouczanie publiczności o konieczności wczesnego leczenia tej choroby i odpowiedniego zachowania się względem otoczenia, mianowicie unikania kaszlu, chrząkania itd. bez odpowiedniego zasłonięcia ust; w tym celu dr. Roth proponuje ku osłonie ust kaszlącego osobne wachlarze w formie trójkąta z aluminium, ebonitu lub innych materyałów, dających się dokładnie oczyszczać. Dalej odosobnienie chorych gruźliczych w zakładach i instytucyach, gdzie się skupia większa ilość osób, w porę przeprowadzane odkażanie mieszkań i obowiązek donoszenia władzom sanitarnym o każdem zachorowaniu na gruźlicę.

2) W sprawie mieszkań, w szczególności mieszkań dla ubogich, należy dążyć do usunięcia przeludnienia w mieszkaniach, zabronić budowania mieszkań ciemnych, wilgotnych i ciasnych, a to drogą odpowiednich ustaw budowlanych. Prof. Rubner (Berlin) proponuje przeniesienie fabryk poza obręb miast w celu dostarczenia robotnikom lepszych i tańszych mieszkań. Ważnem jest usuwanie kurzu w salach fabrycznych. Robotnicy dotknięci gruźlicą, powinni być usunięci od roboty i oddani do zakładów (sanatoryów). Na kolejach należy zwracać uwagę na czystość i odpowiednie urządzenie wozów, umieszczenie w nich spluwaczek i ścisły nadzór nad pościelą w wagonach sypialnych.

3) W szpitalach publicznych, w których statystyka wykazuje tak znaczną ilość gruźliczych, należałoby tych chorych podzielić na dwie gromady: uleczalnych, którzy przeniesieni być winni do zakładów i nieuleczalnych, których pozostawić można w szpitalach umieszczając ich w osobnych salach. Tworzenie przy szpitalach osobnych oddziałów dla chorych gruźliczych jest zbyteczne. Sale przeznaczone dla chorych gruźliczych zwrócone być powinny na południe, posiadać dobrą wentylacyę i wszelkie urządzenia, zapewniające dokładne sprzątanie, usuwanie plwocin i umożliwiające odkażanie bielizny i pościeli chorych. Chorzy powinni być pouczani, jak się mają zachowywać, a służba pamiętać powinna o odkażaniu rąk.

4) Szczególniejszą uwagę należy zwrócić na zapobieganie gruźlicy w wieku dziecięcym. Już w pierwszych latach życia należy chronić dzieci, ponieważ gruźlica w pierwszych dwóch latach życia dziecka ma zawsze przebieg ciężki. Gruźlicę późniejszego wieku należy prawdopodobnie w znacznej większości przypadków odnieść do zakażenia już w wieku dziecięcym. Gruźlica u dzieci powstaje prawie bez wyjątku przez zakażenie (najczęściej przez płuca, Heubner i Ritter, rzadziej przez przewód pokarmowy), należy przeto usuwać dzieci chore z ochronek, ogródków dziecięcych, szkół i t. p. Gruźlica w pierwszych 3-ch miesiącach życia jest bardzo rzadką, pod koniec pierwszego roku życia podług statystyki Heubnera, opartej na 8000 spostrzeżeń — wynosi 26%. Dzieci rodziców, chorych na gruźlicę, są szczególniej wrażliwe na zakażenie tą chorobą. Można jednak wrażliwość tę przez odpowiednią higienę znakomicie zmniejszyć. Szczególniejszą opieką należy otoczyć dzieci klas ubogich, które z powodu złego odżywiania się, złych warunków mieszkania, wczesnego zapędzania do pracy są wątłe i wrażliwsze na zakażenie. Dzieci z tych klas często zapadają na gruźlicę, szczególniej w okresie zdrowienia po innych chorobach zakaźnych, mając na każdym kroku sposobność do zakażenia się. Ztąd wynika wielka doniosłość kolonij letnich i parków przeznaczonych dla zabaw i ćwiczeń gimnastycznych dla dzieci (np. jak u nas park Prof. Jordana w Krakowie).

5) Rozsadnikiem gruźlicy może być i szkoła, ztąd konieczność odpowiedniego urządzenia izb szkolnych, wybór na nauczycieli ludzi zdrowych, odpowiednie indywidualizowanie ilości godzin zajęć, nadzór nad zdrowiem uczniów, konieczność wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych.

6) Dr. Weismayr, dyrektor uzdrowiska (sanatoryum) w Alland, zwraca uwagę na konieczność zapobiegania gruźlicy w uzdrowiskach; te same sprawy porusza Dr. T. Janiszewski (Zakopane) (referat jego drukowany będzie w pamiętniku zjazdu).

7) Dr. Kirchner w sprawie profilaktyki w małżeństwie stawia następujące żądania: niezawieranie małżeństwa w wieku zbyt młodym, a u ludzi dotkniętych gruźlicą zezwalanie na małżeństwo dopiero conajmniej w dwa lata po ustąpieniu wszelkich objawów chorobowych i zupełnem zniknięciu prątków gruźliczych z plwocin. Osoby gruźlicze, pragnące wejść w związki małżeńskie, należy pouczać o niebezpieczeństwie ciąży dla chorych i o niezbędnych środkach zapobiegawczych.

8) Sprawę nadzoru nad środkami spożywczymi podnoszą Nocard (Alfort), Maar (Ausbach), Schumburg (Hannower) i Virchow (Berlin). Należy tu kontrola rzeźni, mięsa, przeznaczonego na sprzedaż, mleka i jego przetworów. Szczególnie podnoszono znaczenie wstrzykiwań próbnych tuberkuliny u świń i bydła rogatego. Z wyżej przytoczanych szczegółów wynika, że zapobieganie gruźlicy, to nic innego, jak tylko zasady higieny, zastosowane w najdrobniejszych szczegółach i przeprowadzone z wielką konsekwencyą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

XII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymaliśmy następujące pismo z prośbą o zamieszczenie:

W sprawie etyki niektórych lekarzy.

Kilkanaście lat temu Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wydało rozporządzenie, mocą którego technikom dentystycznym zabrania się rwać i plombować zęby. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych czuło się do tego spowodowane licznymi smutnymi wypadkami, jakie były codziennym owocem praktyki techników dentystycznych, którzy częstokroć umieli zaledwie pisać i czytać. Zdawałoby się, że przeciąg lat kilkunastu wystarczyć powinien w zupełności na to, byśmy o dawnych zapomnieli, a o nowych smutnych wypadkach praktyki techników dentystycznych nie słyszeli. Tymczasem i teraz zajmowanie się praktyką lekarską przez nich i smutne jej skutki są na porządku dziennym. Pod bokiem władz politycznych rośnie i kwitnie partactwo lekarskie i doprawdy

nieraz uwierzyć trudno, że władze o tem nie wiedzą. Świeżo w jednem z większych miast zachodnio-galicyjskich doniesiono starostwu o partactwie jednego z techników z podaniem całego szeregu dowodów jego nieumiejętnej i szkodliwej praktyki. Technik ten zapisuje nawet leki, a apteki wydają za jego receptami lekarstwa. Należy mieć nadzieję, że starostwo przeprowadzi surowe śledztwo i zapobiegnie powtarzaniu się podobnych wypadków.

Jeżeli dotąd sprawa techników dentystów w Galicyi nie jest należycie rozstrzygniętą, to winni są temu i lekarze, zbyt pobłażliwie patrząc na praktyki tych niepowołanych kapłanów medycyny. Tam gdzie lekarze z całą surowością domagali się swych praw, n. p. w Wiedniu, tam sprawa ta nie zajmuje więcej sfer lekarskich. U nas znajdują się jednak jeszcze niestety koledzy, którzy nie wstydzą się swoimi dyplomami zasłaniać partaczy dentystycznych. Mam na myśli to „dawanie firmy“, ten kwiatek „przemysłu“ galicyjskiego. Któż z nas nie zna takich faktów? W rzeczywistości to „danie firmy“ nie chroni technika przed odpowiedzialnością: jest on jednakowo odpowiedzialnym za wyrwanie lub zaplombowanie zęba, czy mieszka sam, czy też z lekarzem, gdyż mieszkanie z lekarzem bynajmniej nie zastępuje dyplomu uniwersyteckiego; utrudnia to jednak dozór nad czynnościami techników. Chodzi mi o napiętnowanie niehonorowego czynu, jakiego się dopuszczają ci lekarze, chcąc dyplomem swym zasłonić znachorstwo i chcąc utrudnić władzom dozór nad technikami. Smutny to objaw, jeżeli wśród grona lekarzy mogą się znaleść tacy koledzy, lecz smutniejszem by było, gdybyśmy na to nie oddziaływali. Gdy pewnego razu gazety warszawskie przyniosły wiadomość, że pewien lekarz swoim dyplomem ochraniał znachora wioskowego, towarzystwa lekarskie w Królestwie wykluczyły go raz na zawsze, a rząd rosyjski odebrał mu dyplom. Nie oddziaływać na takie czyny, znaczyłoby niedbać o godność stanu lekarskiego; dlatego powinniśmy zmusić tych kolegów „dających firmy“ do zerwania związków z technikami dentystycznymi, związków, uwłaczających zasadniczym pojęciom etyki.

W pierwszym rzędzie powinni zająć się tą sprawą koledzy-dentyści, przyczem nasze Izby lekarskie zapewne nie odmówią im swej pomocy. Jest ich tylu rozsianych po całej Galicyi; zwołać bodaj wiec w celu porozumienia się co do wspólnego działania. Nie jestem dentystą, dlatego może głos mój obudzi silniejsze echo. Poruszyłem zaś tę sprawę w imię godności stanu lekarskiego i w imię ogólnego dobra.

Wiedeń, w lipcu 1899. *Dr. T. Z.*

Sprawozdanie ze szczepień surowicą przeciwbłoniczą w powiecie wielickim za czas od 1/1 do 30/6 1899. Przypadków błonicy było w tym czasie 69, z tego zmarło 19 t. j. śmiertelność wynosiła 27·5%. Z tych 69 przypadków: 1) było leczonych surowicą przeciwbłoniczą Prof. Dra Bujwida 44, z których zmarło 7 t. j. 15·9%; 2) nieleczonych było 25, z których zmarło 12 t. j. 48%.

Dr. Kownacki.

XIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 lipca.

Otrzymujemy następujące pismo:

Na posiedzeniu zarządu miejskiej Kasy dla chorych robotników w Krakowie, odbytem dnia 22 b. m., nadano wakującą posadę koledze Drowi Henrykowi Kłuszyńskiemu, pomijając, bez podania jakichkolwiek powodów, kandydatów innych, mających wymagane zawodowe kwalifikacye — ludzi, którzy pracując już w Kasie chorych, położyli względem tejże instytucyi pewne zasługi. Ponieważ podpisani widzą w tem lekceważenie zasad słuszności i sprawiedliwości, a zarazem ze stanowiska etyki lekarskiej uważają, że nie przekonania polityczne, ale jedynie uzdolnienie fachowe winno rozstrzygać o nadaniu posady lekarza, postanawiają z dniem dzisiejszym, t. j. 25 lipca b. r., przerwać pracę swą w Kasie chorych, o czem równocześnie zarząd tejże Kasy zawiadamiają. — W Krakowie 25 lipca 1899 r.

Dr. Józef Żychoń, Dr. Jan Gans, Dr. Władysław Mikucki, Dr. Stanisław Droba.

Zapewne zarówno władze nadzorcze Kas chorych, jak i nasza Izba lekarska nie omieszkają zbadać tej sprawy, która może wywołać pewne zaniepokojenie wśród lekarzy, poświęcających swą pracę na usługi Kas chorych, a na postępowanie krakowskiej Kasy względem lekarzy zdaje się rzucać dziwne światło.

— Ruch ludności miasta Krakowa w tygodniu 28 (9 do 15 lipca): małżeństw 14 (8·69), urodzin 57 (35·40), skonów 45 (27·95). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 26 : 12, u żydów 8 : 9. Śmierci z chorób zakaźnych było tylko 2 przypadki: 1 z płonicy (zamiejscowy).

— W Szczawnicy bawiło do dnia 16 lipca 1538 osób.

— Znany chirurg francuski Doyen popisuje się, jak wiadomo, ze swoją zręcznością operatorską zapomocą kinematografu, który pozwala dokładnie spostrzegać wszystkie, w zwykłych warunkach trudno uchwytne, szczegóły zabiegu. Po »przedstawieniach popularnych« przed kosmopolityczną publicznością Riviery, przyszła teraz kolej na »przedstawienia naukowe«, jak świeżo w Kiel, gdzie między widzami, złożonemi ze studentów i lekarzy, znajdował się także prof. Esmarch. Nie można zresztą zaprzeczyć, że pomysł zastosowania kinematografu do celów pedagogiczno-lekarskich jest w zasadzie szczęśliwy; nie jest on jednak własnością Doyena, gdyż już z początkiem z. r. wystąpił z nim w Paryżu Polak, fotograf p Matuszewski z Warszawy, o czem jednak mało komu wiadomo.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Brissaud mianowany profesorem historyi medycyny w Paryżu, Dr. Delagenière prof. chirurgii w Tours. Dr. Morton prof. chorób dróg moczowych w Brooklynie. Prof Müller powołany do Bazylei na miejsce zmarłego Immermanna. Prof. Marinesco mianowany dyrektorem kliniki chorób nerwowych w Bukareszcie. Dr. Mikołaj Brunner mianowany lekarzem naczelnym szpitala św. Ducha w Warszawie.

Zmarli: Prof. anatomii w Budapeszcie Mihalkovics, znany z licznych prac w zakresie anatomii, histologii, embryologii i anatomii porównawczej. Dr. Dolega, docent chirurgii ortopedycznej w Lipsku, skończył życie samobójstwem, wskutek choroby nerwowej. Dr. Charpentier, prof. położnictwa w Paryżu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Medycyna* Nr. 29. R. Gutowski: O odczynie Florence'a przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim (ciąg dal.). F. Neugebauer: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach (c. d.). Heiman: Warunki anatomo-fizyologiczne umiejscowienia chorób w błędniku i objawy kliniczne tychże chorób (dok.). *Gazeta lekarska* Nr. 29. Honowski S: O tamponacyi macicy gazą zapomocą nowego przyrządu. Żołędziowski M.: Przyczynek do kazuistyki uszkodzeń kręgosłupa. Dr. J. Fajersztajn: Polymyositis primaria (c. d.). Białobrzeski Al. O zastósowaniu heroiny w terapii.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Preininger: »Lékarská literatura«. (Przegląd dzieł lek. czeskich za r. 1898). Osveta. 1899. Nr. 7.

Zastępca redaktora odpowiedzialnego:
Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

Dyrekcya kolei państwowych w Stanisławowie ogłasza konkurs na posadę lekarza kolejowego dla okręgu lekarskiego II w Stanisławowie, obejmującego personal urzędu ruchu w Stanisławowie. Dotyczące podania wnosić należy najdalej do dnia 10 sierpnia b. r. do dyrekcyi kolei państwowych w Stanisławowie.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 5 Sierpnia 1899. Nr. 31.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 5 Sierpnia 1899. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego *(Dementia paralytica).*

Podał

Dr. Mieczysław Świtalski.

Pierwsze wzmianki o paraliżu postępowym [1]) spotykamy w literaturze dopiero z końcem XVIII stulecia, pierwszy zaś dokładniejszy opis tej choroby zawdzięczamy Haslamowi. Później zajmowali się nią dokładniej lekarze francuzcy po rewolucyi francuzkiej, znaczniejsze jednak jej rozpowszechnienie datuje się dopiero od ostatnich dziesiątek lat. Wobec nadzwyczaj wybitnego obrazu klinicznego, jaki choroba ta przedstawia, trudno przypuścić, żeby już pierwej nie była zwróciła na siebie uwagi, ale raczej należy sądzić, że należała dawniej do schorzeń bardzo rzadkich. Przeglądając statystyki rozmaitych zakładów dla umysłowo chorych, przekonamy się, że stanowi ona dzisiaj 10—30% wszystkich umysłowo chorych, leczonych w zakładach. Wyjątek pod tym względem stanowi kilka tylko krajów, n. p. Irlandya, Dania, gdzie jeszcze dzisiaj należy ona do chorób nie częstych. Porównując dalej statystyki nowsze z dawnemi, zauważymy również, że choroba ta stale ilościowo z roku na rok wzrasta, szczególnie w większych miastach. Wzrost ten dobrze przedstawia następujące zestawienie Krafft-Ebinga:

TABLICA I.

Ilość paralityków na 100 umysłowo chorych

w latach	Peszteński zakład krajowy		Wiedeńska klinika		Berliński zakład krajowy		Monachijski zakład krajowy		Degendorfski* bawarski zakład kraj.		w latach
	m.	k	m	k.	m.	k	m.	k.	m.	k.	
1873—1877	28·5	4 5	15 7	4 4	30 2	8 0	28 0	8·5	9·3	5·2	* 1869—1874
1878—1882	30 5	6·5	17·1	6 9	32·5	11·5	32 0	11 4	16·4	9·3	* 1875—1879
1883—1887	34·5	7·5	18 4	8 9	35 7	14·8	36·1	12·5	17·0	4 1	* 1880—1884
1888—1892	36·5	7 5	19 7	10·0	34·6	17 5	36·3	11 2	23 2	9·3	* 1885—1889

Z tablicy tej widzimy, że w niektórych zakładach ilość chorych na paraliż postępowy wzrosła w 20 latach w dwójnasób. Zachodzi teraz pytanie, co jest powodem ilościowego zwiększania się tej choroby. Do odpowiedzi dojść możemy na drodze statystyki, uwzględniając w wywiadach te czynniki szkodliwe, które na chorego osobnika działały. Sporządzenie takiej statystyki jest dość trudne, szczególnie — jak to słusznie zauważył Mendel — w zakładach publicznych, gdzie przeważna część chorych i ich otoczenie pochodzi ze sfer mało inteligentnych. Otoczenie chorego nie umie często podać najprostszych szczegółów z jego życia, a o rodzicach i rodzeństwie tegoż prawie nic nie wie. Zdarza się nie rzadko, że chorzy szpitalni sami nic nie wiedzą o swojej rodzinie, nie umieją nawet podać, czy rodzice żyją; tem mniej wymagać można dokładniejszych szczegółów od umysłowo chorych. Te okoliczności tłómaczą nam, dlaczego niektóre statystyki tak znacznie od siebie się różnią.

Poniżej przytoczony materyał statystyczny zebrałem w zakładzie dla umysłowo chorych Dra Svetlina w Wiedniu, uwzględniając chorych paralityków, leczonych w ostatnich latach w tym zakładzie. Wywiady zdają mi się być o tyle dokładniejsze, że pochodzą częścią od otoczenia chorego, należącego do klas inteligentnych, częścią zaś od lekarza domowego, który odprowadza chorego do zakładu, a zna go nieraz wiele lat; nadto odwiedzają chorych nietylko krewni, ale także przyjaciele i towarzysze młodości, z których podań i objaśnień można mieć dokładniejsze pojęcie o poprzednim życiu, charakterze chorego, o chorobach, które przebył i o stanie zdrowia rodziców i rodziny. Chorych, którzy stanowili materyał statystyczny, zestawiłem w Tablicy II, uwzględniając wiek, stan, religię, zatrudnienie, w danym razie obciążenie dziedziczne, przebytą kiłę, formę chorobową paraliżu. W rubryce „uwagi" zamieszczone są szkodliwości, które działały na chorego i wywołały, albo też przyczyniły się do powstania omawianej choroby. Nie uwidoczniłem czasu choroby, gdyż mała stosunkowo część chorych pozostawała przez cały czas w wspomnianym zakładzie. Niektórzy odchodzili w czasie polepszenia do domu, inni przechodzili do innych zakładów, tak, że daty te trudno było zużytkować.

---

[1]) Autor posługuje się słownictwem, używanem przez Erlickiego; krakowski słownik lekarski z roku 1881 podaje długą nazwę: »zniedołężnienie umysłowe z porażeniem postępującem«. W ostatnich czasach utarła się zaś nazwa »zniedołężnienie l. niedołęstwo porażne«. *Przyp. Redakcyi.*

TABLICA II.

L. p.	Chory, wiek, religia, stan, zawód	Obciążenie dziedziczne	przebyta kiła przed laty	postać choroby *)	UWAGI
1.	M. A., 50 l., kat., żonaty, major honwed.		20	o.	
2.	T. B., 40 lat, kat., żonaty, kupiec	Ojciec nerwowy umarł na udar mózg.		„	
3.	J. C., 38 l., gr. or., żonaty, dyrektor banku			kl.	
4.	A. G., 38 lat, mojż., żonaty, kapitalista			o.	Przed rokiem uraz w głowę, od tego czasu początek choroby
5.	E. M., 60 l., mojż., wolny, urzęd. kolei	Rodzice neurastenicy, siostra histeryczka	30	„	Z natury popędliwy, egzaltowany, od 10 lat cierpi na uwiąd rdzenia
6.	E. P., 48 l., mojż., żonaty, właśc. dóbr	Siostra cierpi na obłąkanie pierwotne		„	Charakter gwałtowny
7.	C. S., 50 lat, kat., żonaty, konsul			„	Początek choroby datuje się od przebytego zapalenia stawów przed 6 mies.
8.	E. B., 32 lat, ew. żonaty, urzędnik		11	„	Z natury bardzo wrażliwy i popędliwy. Pracował wiele po nocach.
9.	F. C., 43 lat, ew., wolny, major		18	„	
10.	F. D. 31 lat, kat., wolny, lekarz		8	„	Morfinista, przed rokiem kilaki.
11.	S. E., 52 lat, mojż., żonaty, kapitalista	Brat chorego cierpi na uwiąd rdzenia		„	
12.	J. G., 45 lat, gr. or., żonaty lekarz		?	„	Człowiek bardzo wrażliwy.
13.	L. G., 41 l., mojż., żonaty, właściciel dóbr		24	„	W dzieciństwie uraz w głowę, po którym widoczna blizna. W ostatnich latach wiele silnych wzruszeń.
14.	M J., 45 lat, kat., żonaty, urzędnik banku			„	Dwa lata przed początkiem choroby bardzo ciężkie rachunki, idące w miliony.
15.	J. R., 43 lat, mojż , żonaty, kupiec			„	
16.	L. S., 47 lat, ew., wolny, agent handl		17	„	Od 8 lat uwiąd rdzenia, często powtarzające się *excessus in Venere.*
17.	Z. S., 34 lat, mojż., wolny, redaktor czasopisma		12	„	Bardzo wiele pił koniaku i wina, nałogowy palacz.
18.	J. F., 53 lat, protest., żonaty, kupiec			„	Od 15 lat neurastenia.
19.	J. B., 50 lat, gr. or., żonaty, kupiec			„	Cierpi na padaczkę. Umysłowo bardzo przeciążony, sypiał od 12—3 w nocy.
20.	O. B., 42 lat, kat., żonaty, dyr. banku	Matka umarła na niedołęztwo umysłu starcze		„	Chory przechodził przed 20 laty ciężki udar słoneczny z objawami mózgowymi
21.	J. B., 32 lat, kat., wolny, właśc. dóbr	Ojciec umarł na udar mózgowy, siostra histeryczka	? przed 10 laty ulc. mol.	„	
22.	E. E., 36 lat, gr. or., żonaty, kupiec	Brat umarł na paraliż postępowy, reszta rodzeństwa bardzo nerwowa.	14	„	
23.	J. H., 45 lat, kat., żonaty, kupiec		14	„	
24.	S. M., 56 lat, kat., żonaty, lekarz			k.	
25.	L. M., 49 lat, kat., żonaty, major	Matka hister., cierpiała na *Tic* w twarzy		o.	Przed 12 laty był na wojnie.
26.	W. R., 50 lat, kat., żonaty, kupiec	Brat umarł na paraliż postępowy		„	Morfinista.
27.	W. S., 43 lat, kat , wolny, urzędnik			„	Zawsze bardzo nerwowy, często nie sypiał po nocach. Od kilku lat z powodu impotencyi *coitus in os feminum.*
28.	H. S., 48 lat, mojż., wdowiec. kupiec			„	Od dziecka cierpi na napady padaczki.
29.	J. S., 55 lat, kat., żonaty, właśc. dóbr			„	
30.	N. M., 33 lat, gr. or. wolny, wł. dóbr			„	W dzieciństwie przechodził *coxitis.* przed 10 laty *orchitis.*
31.	H. W., 35 lat. kat., żonaty	Ojciec bardzo nerwowy, matka histeryczka, cierpi na migrenę.	14	„	

*) W rubryce tej **k** oznacza postać klasyczną, **h** postać hipochondryczną, **o** postać, cechującą się otępieniem (Demente Form).

L. p.	Chory, wiek, religia, stan, zawód	Obciążenie dziedziczne	przebyta kiła przed laty	postać choroby	UWAGI
32.	B. N., 33 lat, gr. or., wolny, wł. dóbr	Matka histeryczka. Ojciec cierpi na chorobę Basedowa.	10	„	W dzieciństwie krzywica. Później *Excessus in Baccho et Venere.*
33.	M. A., 53 lat, mojż., wdowa, wł. dóbr	Brat i siostra umysłowo chorzy.		„	
34	A. B., 34 lat, kat., żonaty, lekarz			k.	Z natury b. wrażliwy, neurastenik.
35.	D. B., 42 lat, mojż., żonaty, kapitalista	Siostra cierpi na napady padaczkowe	?	h.	Neurastenik.
36.	P. B., 35 lat, kat., żonaty, major		12	o.	
37.	J. D., 44 lat, gr. or., wolny, wł. dóbr		22	„	Pijak.
38.	L. E., 47 lat, ew., żonaty, fabrykant			„	Z natury bardzo wrażliwy, neurastenik, przeciążony pracą umysłową.
39.	J. F., 50 l., mojż., żon., dyrektor banku			k.	
40.	M. H., 37 lat, mojż., żonaty, kupiec			o.	Neurastenik, przeciążony pracą umysł.
41.	M. K., 32 lat, gr. or., żonaty, kupiec			„	Od dziecka bardzo wrażliwy, popędliwy.
42.	K. H., 44 lat, kat., żonaty, fabrykant			„	Od 18 lat neurastenia.
43.	J. L., 33 lat, kat., żonaty, kupiec	Ojciec neurastenik, matka histeryczka		„	Pijak.
44.	J. M., 44 lat, gr. or., wolny, budowniczy		15	„	
45.	J. M., 48 lat, kat., wdowiec, przedsiębiorca		2	„	Zmiana charakteru, która wystąpiła jako pierwszy objaw choroby, datuje się od śmierci żony, t. j. od 3 lat.
46.	J. M., 35 lat, kat., wolny, lekarz			„	
47.	J. P., 40 lat, kat., żonaty, fabrykant			„	Od kilku lat neurastenik, bardzo przeciążony pracą zawodową.
48.	F. L., 42 lat, mojż., żonaty, fabrykant		15 na języku kilak	h.	
49.	A. S., 50 lat, mojż., żonaty, lekarz	Ojciec pijak.		„	
50.	H. S., 58 lat, ew., żonaty, fabrykant	Matka umysłowo chora.	6 ??	o.	
51.	W. S., 47 lat, ew., żonaty, fabrykant			„	Bardzo przeciążony pracą umysłową, w ostatnich czasach kilka silnych wzruszeń umysłowych z powodu nieszczęść w rodzinie.
52.	H. S., 42 lat, mojż., wolny, kapitalista	Stryj umarł na paraliż postępowy, ojciec neurastenik	14	„	Pijak.
53.	M. S., 33 lat, mojż., żonaty, kupiec	Matka przechodziła ciężką zadumę.	12	„	Przeciążony pracą zawodową. W 18 r. życia kilka godzin trwający napad szału.
54.	J. L., 46 lat, mojż., żonaty, fabrykant		?	„	Bardzo przeciążony pracą umysłową.
55.	O. Z., 51 lat, kat., żonaty, kapitalista			„	Neurastenik. Przed 4 laty wiele trosk z powodu strat finansowych.
56.	F. A., 47 lat, kat., wolny, właśc. dóbr	Ojciec neurastenik, brat umysłowo chory, siostra histeryczka.	10	„	Przed 20 laty spadł z konia, poczem był kilka godzin nieprzytomny.
57.	E. B., 35 lat, gr. k., żonaty, urzędnik			„	
58.	A. B., 51 l., gr. or., żonaty, kapitalista	Ciotka ze strony ojca umysł. chora	30	„	Kilka blizn na czaszce po pojedynkach
59.	A. C., 38 lat, kat., żonaty, starosta			„	
60.	F. E., 36 lat, kat., żonaty, urzęd. banku			„	Od dziecka wrażliwy, b. popędliwy.
61.	J. F., 52 lat, mojż., żonaty, przedsięb.		20	„	Neurastenik.
62.	J. G., 40 lat, kat., żonaty, fabrykant			h.	
63.	L. J., 46 lat., mojż., wolny, praktykant			o.	Od 6 l. cierpi na obłąkanie pierwotne.
64.	G. K., 41 lat, ew., żonaty, kupiec	Ojciec skończył samobójstwem, stryj umysłowo chory.	12	„	Od dziecka wrażliwy, popędliwy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z pracowni chemicznej kliniki Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przemiana materyi w czterech przypadkach ciężkiej niedokrewności.

Podał
Dr. W. Moraczewski.

(Dokończenie).

Ostatni wypadek naszego doświadczenia zużytkowaliśmy dla zbadania wpływu soli wapniowych na wydzielanie siarki. Chora była przedtem zupełnie zdrowa i bez widocznej przyczyny poczuła przed paru tygodniami wzrastające osłabienie. Do tego przyłączyły się żołądkowe cierpienia, których poprzednio chora nie miała. Stan jej w czasie naszych doświadczeń nie wykazywał żadnych zmian w narządach, oprócz braku kwasu solnego w soku żołądkowym. Tętno i ciepłota prawidłowe, krew zawierała 20% hemoglobiny, 500.000 ciałek czerwonych, 4.842 ciałek białych, których 63% stanowiły wielojądrzaste leukocyty, 17% limfocyty wielkie, 4% limfocyty małe, 11% formy przejściowe, a 2% eozynochłonne. Badanie drobnowidowe kału wykazało zawartość śluzu, nabłonków i niestrawionych komórek roślinnych.

Pożywienie składało się przez cały czas trwania doświadczeń z mleka, polewki i buljonu i odpowiadało 7·67 grm. azotu, 3·06 grm. chloru, 1·7 grm. fosforu, 0·99 grm. wapna i 0·83 grm. siarki. Obok ogólnej siarki oznaczaliśmy tu siarkę, związaną z ciałami aromatycznemi, oraz siarkę mineralną i nieutlenioną.

Podzieliliśmy doświadczenia na trzy okresy, ponieważ bezpośrednio przed podaniem soli w wydzielaniu chorej zaszła zmiana, upoważniająca nas do oddzielenia tych paru dni od innych. Chora wydzielała w tych dniach więcej azotu i mniej chloru niż zwykle, pomimo, że ani w dyecie, ani w stanie jej zdrowia zmian żadnych wykryć się nie dało.

Okres pierwszy przedstawiał się następująco: Chora wydzielała dziennie 7·07 grm. N (0·99 w kale) 2·7 grm. chloru (0·07 grm. w kale), 1·35 grm. fosforu (0·76 grm. w kale), 1·48 grm. wapna, 0·86 grm. siarki (0·45 grm. w kale), 0.2005 amoniaku.

Zatrzymywała zatem w organizmie: 0·59 grm. N, czyli 7·8% spożytego, 0·46 grm. Cl, czyli 15% spożytego, ·35 grm. P, czyli 20% spożytego; traciła zaś: 0·38 grm. Ca, czyli 35% spożytego, i 0·04 grm. siarki, czyli 5% spożytej.

Wnosimy z tego, że zatrzymywanie fosforu i chloru było najznaczniejsze, że strata wapna stanowiła i w tym razie mimo stosunkowo prawidłowego jelitowego trawienia charakterystyczną własność przemiany materyi. Wyraźniej jeszcze występuje stosunek ten przy porównaniu ilości wydzielania składników z ilością azotu. Na 100 grm. N w pożywieniu przypadało 47 Cl, 22 P, 14 Ca, 10 grm. S., natomiast w wydzielinach 38 Cl, 19 P, 21 Ca i 12 S.

W okresie drugim, trwającym bardzo krótko, traciła chora dziennie: 8·7 grm. N (1·2 w kale), 2·36 Cl (0·10 w kale), 2·27 P (1·49 w kale), 2·86 Ca, 0·77 S (0·14 grm. w kale), i 2·37 grm. amoniaku. Traciła zatem azot, fosfor i wapno, zatrzymywała zaś siarkę i chlor. Azot w ilości 1·08 grm. dziennie, czyli 15% spożytego, fosfor 0·57 grm. dziennie, czyli 35% pożywienia, wapno 1·75, czyli 1·60% pożywienia. Zatrzymywała zaś chlor w ilości 0·80 dziennie, czyli 26%, i siarkę w ilości 0·04 grm. dziennie, czyli 6%. Strata wapna i zatrzymywanie chloru wyrażają się dokładniej w stosunku do azotu. Na 100 części azotu wydzielała chora 27 grm. Cl, 26 P, 32 Ca, 9 S; (w pożywieniu 41 Cl, 22 P, 14 Ca, i 10 S).

Okres trzeci, w którym podawaliśmy fosforan wapniowy, nacechowany jest wybitnem zatrzymywaniem azotu, oraz wszystkich innych składników. Chora wydziela dziennie w liczbach przeciętnych: 6·26 grm. N (1·2 w kale), 3·15 (0·10) Cl, 2·2 (1·48) P, 2·85 Ca, 0·682 S (w kale 0·14), oraz 0·427 grm. amoniaku. Zatrzymywała zatem: 1·4 grm. N, czyli 18%, 0·02 grm. Cl, czyli 1%, 1·5 grm. P czyli 40%, 2·13 grm. Ca czyli 40%, i 0·14 grm. S czyli 18%. Bilansu wapna i fosforu dokładnie ocenić nie możemy, ponieważ dodawanie do pożywienia 10 grm. dziennie fosforanu wapniowego musiało wywrzeć pewien wpływ na wydzielanie tych składników. Natomiast zachowanie się azotu i chloru występuje wyraźnie zarówno z cyfr powyższych, jak ze stosunku do azotu. W pożywieniu mieliśmy na 100 grm. N, 41 grm. Cl, 49 grm. P, 65 grm. Ca i 10 grm. S; w wydzielinach: na 100 grm. N, 50 grm. Cl, 35 grm. P, 46 Ca i 11 grm. S. Zatem mimo pewnego zatrzymania chlorki i siarka uległy obfitszemu wydzielaniu.

Wydzielanie siarki aromatycznej we wszystkich trzech okresach było prawidłowe: 5·9%, 4·5%, 5·3% ogólnej siarki. Wydzielanie zaś siarki nieutlenionej wahało się w pierwszym okresie około 14% ogólnej, w drugim stanowiło 22%, a w trzecim spadło na 3·9%. Może tę raptowną zmianę zaliczyć należy do tej samej kategoryi, co omówione zmiany w wydzielaniu azotu, chloru, siarki ogólnej i amoniaku, którego ilość w ostatnim okresie podniosła się prawie w dwójnasób.

Przytoczyliśmy w streszczeniu wyniki naszych badań, starając się w liczbach przeciętnych oddać charakter zarówno choroby, jak i szczególnych jej okresów. Szczegółowe tablice znajdują się w naszej pracy, której artykuł ten ma być streszczeniem i do niej odsyłamy po bliższe wiadomości, dotyczące zarówno sposobów badania, jak wyników codziennych rozbiorów.

Przy ocenianiu wyników naszych badań należy zapytać się, czy wszystko, co spostrzedz się dało, nie wynika z zaburzeń żołądkowych i kiszkowych, czy w przemianie materyi jest coś szczególnego?

Wiemy, że brak apetytu może doprowadzić ustrój do bardzo niskiego poziomu odżywiania i stworzyć obraz fizyologiczny głodu. Wiemy dalej, że nieżyt jelit i biegunka sprowadzają obfitsze wydzielenie wapna. Jeżeli jednak w tych przypadkach nie kładziemy znalezionych wyników na karb głodu, ani zaburzeń jelitowych, to mamy do tego poniekąd prawo. Naprzód głód nie daje tego obrazu wydzielania, który stale u naszych chorych napotykamy. Przy głodzie wydziela się więcej fosforanów i więcej chloru. Stosunek między wydzielanemi a spożytemi składnikami jest mniej więcej równy, tymczasem tu mamy stosunkowo mało fosforu, a jeszcze mniej chloru i mamy stale powtarzające się straty wapna. W dwóch przypadkach, zatem w połowie nam znanych, przewód pokarmowy małym uległ zmianom. W jednym przypadku chora nie skarżyła się na żadne dolegliwości, a mimo to wydzielanie wapna było nieprawidłowe. Możemy

zatem z pewną śmiałością mówić o przemianie materyi w niedokrewności, uwzględniając wszelako możebność zagłodzenia ustroju i zwracając szczególną uwagę na objawy, wspólne z objawami zagłodzenia.

Zdaniem naszem cechuje niedokrewność pewna bezczynność ustroju, brak desasymilacyi. Z poprzednich naszych doświadczeń, ogłoszonych w Archiwie Virchowa, wynieśliśmy przekonanie, że przy pewnym stanie niedokrewności obficie dostarczany azot nie zostaje zużyty, że występuje zatrzymanie azotu, owa hypazoturya francuskich autorów. Naturalnie część takiego zatrzymania może być uważana za przyrost, ale w liczniejszych przypadkach przyrost ten staje się tem większy, im więcej ustrój słabnie, przyrost ten świadczy więc poprostu o niezdolności ustroju do utleniania, do zużywania materyałów. Dowodem tego jest lekkie zatrzymanie azotu, jakie widzimy we wszystkich niemal przypadkach naszych, zatrzymanie mimo bardzo skąpego dowozu żywności. Jeżeli podniesiemy ilość azotu w jadle, wtedy wydzielanie nie ulega zmianom i nadmiar azotu leży w ustroju odłogiem. Dowodem tego, że ustrój źle utlenia, jest zachowanie się siarki, na której niejako mierzyć możemy stopień utlenienia. Prawidłowo wydziela człowiek 14% niedotlenionej siarki, tak zwanej siarki organicznej. Nasi chorzy wydzielali jej 20% i więcej. Liczby te upoważniają nas do określenia niedokrewności, jako choroby niedotleniającej. Doświadczenia Valerio wykazały, że niedokrewni zużywają mniej tlenu. Dziwny wpływ wywierają sole wapniowe na wydzielanie azotu. W obu przypadkach spowodowały wyraźne zmniejszenie azotu, pomimo, że jednocześnie podniosły wydzielanie siarki.

Drugą cechą złośliwej niedokrewności jest nie zwykłe w chorobach krwi zachowanie się chlorków. Chlorki we wszystkich niedokrewnościach ulegają zatrzymaniu, takiemu samemu zresztą, jakiemu ulegają w tysiącznych innych schorzeniach, ale zatrzymanie chlorków w niedokrewności rakowej jest prawie zupełne, natomiast w niedokrewności złośliwej nieznaczne. Blednica, choroby żołądka pod względem zatrzymywania chlorków stoją pośrodku. Ponieważ w złośliwej niedokrewności sprawy, wywołane niedokrewnością, zwykły postępować szybciej, niż w innych chorobach, zatem i zatrzymanie chlorków powinnoby przybierać rozmiary większe, niż w innych postaciach niedokrewności. Tymczasem rzecz ma się zgoła inaczej. Chlorki wprawdzie ulegają zatrzymaniu, zatrzymanie spotykaliśmy we wszystkich przypadkach, ale ilość zarówno bezwzględnie, jak względnie, jest nie wielka i dopiero na jaw występuje, jeżeli porównamy ją z azotem, albo fosforem. Skłonni bylibyśmy przypuszczać, że w złośliwej niedokrewności zanik ustroju wywołuje powiększenie wydzielanego chloru, które to powiększenie mniej więcej równoważy zatrzymywany chlor. Wogóle przypuszczać musimy jakąś sprawę, przy której chlorki się wydzielają, bo inaczej trudno pojąć, dlaczego mniejszy stopień niedokrewności, wywołany przez raka, pociąga za sobą większe zatrzymanie chlorków, niż niedokrewności złośliwe. Dodać należy, że nasze badania krwi w złośliwej niedokrewności wykazały wyraźnie powiększenie chlorków. Krew zatem nie różni się od krwi innych postaci niedokrewności.

Zachowanie się fosforanów było bardzo niewyraźne i niestałe. Spotykaliśmy straty i wyraźne zatrzymywania. Być może, że wahanie wywołane zostało zachowaniem się fosforanów lekkich metali, odmiennem od zachowania się fosforanów ziem, których wydzielanie zwykle idzie różnemi drogami. Ponieważ oznaczaliśmy wapno i stale znajdowaliśmy nadmierne jego wydzielanie, zatem musimy przyjąć, że fosforany alkaliów bardzo skąpo się wydzielały. Takie zachowanie się fosforanów zgadza się z zatrzymywaniem azotu, tylokrotnie przez nas stwierdzonem. Zatrzymywania, albo raczej skąpego wydzielania fosforanów nie wahał się Schmidt uważać za znamienną cechę złośliwej niedokrewności. Wydzielanie soli wapniowych było we wszystkich przypadkach zwiększone bez względu na to, czy w jelitach zachodziło prawidłowe, czy nieprawidłowe trawienie, bez względu na ilość stolców i ich jakość. Uważamy to za bardzo znamienną cechę niedokrewności, tem bardziej, że zachowanie się soli wapniowych zwykle odpowiada zachowaniu się chlorków. Wapno, sód i chlorki należą do soli międzykomórkowych, natomiast potas i fosforany do soli komórkowych. Zatem rozkład komórek musi wywoływać pewien antagonizm w wydzielaniu, ponieważ wprowadza w obieg sole kwasu fosforowego, a doprowadza do wsiąkania sole sodu i wapna. Takie typowe zachowanie się spotykamy w gorączkach. Tymczasem w złośliwej niedokrewności chlorki ulegają wprawdzie nieznacznemu, ale przecież wyraźnemu zatrzymaniu, natomiast wapno wydziela się nadmiernie. Spotykanie się tych dwóch objawów uważamy za bardzo znamienną cechę złośliwej niedokrewności, pozwalającą z łatwością odróżnić ją od niedokrewności nowotworowej, albo cierpień czysto żołądkowych.

Wreszcie na uwagę zasługuje zachowanie się siarki, która wskazuje niezwykle wielki odsetek tak zwanej nieutlenionej siarki. Poza tem wydzielanie siarkanów i siarkanów związanych nie wykazało żadnych zmian charakterystycznych.

Spróbowaliśmy w niedokrewnościach stósować sole wapniowe, ponieważ wszelka strata wapna upoważnia nas do dostarczania tego materyału ustrojowi. Otóż przekonaliśmy się, że fosforan wapna wywierał wielostronny wpływ na wydzielanie. Trudno nam osądzić, jak wpływał on na wydzielanie fosforanów i soli wapniowych, ponieważ przy dziennem podawaniu 10 grm. soli wapniowych na wydzielanie tych soli wywierać musimy wpływ nieokreślony. Wyraźnie zmniejszyło się wydzielanie azotu, co można tłómaczyć tylko wstrzymaniem wydzielania rozłożonego azotu komórek, przez nasycenie soków ustroju solami wapniowemi. Nasycenie zaś wywołuje powiększenie wydzielania soli kuchennej, jako składowej części soków, a nie komórek; prawdopodobnie i wydzielanie amoniaku wzmocniło się z tych samych powodów. Niezbyt jasno tłómaczy się dokładniejsze utlenienie siarki, chybaby wogóle wprowadzenie soli zasadowych podniecało sprawy utlenienia.

Streszczając wyniki naszej pracy powiemy, że znamienną cechą złośliwej niedokrewności jest obok obfitego wydzielania ciał alloksurowych, skąpego — fosforanów i niedotlenienia siarki (Schmidt), bardzo nieznaczne zatrzymywanie chloru i nadmierne wydzielanie wapna. Dalej podnieść możemy wpływ fosforanu wapniowego na ożywienie utleniania, na wzmocnienie wydzielania chlorków, a zmniejszenie wydzielania azotu.

III. O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej

podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie).

Na III-cim zjeździe otyatrów austryackich w r. 1898 Dr. Biehl omówił tę sprawę ze stanowiska wojskowo-lekarskiego. Skoro stałe przedziurawienie błony bębenkowej stanowi wadę, wykluczającą zdolność do służby czynnej, to ważność nowego skutecznego sposobu leczenia tej wady nabiera dla lekarza wojskowego szczególnego znaczenia. Doświadczenia Biehla również przemawiają na korzyść tego zabiegu. Wyniki swoje uważa Biehl za zadawalniające; jednakże — zdaniem Biehla — złudzeniem jest zapatrywanie Alta, że pewny skutek da się zawsze i w każdym przypadku osiągnąć. Biehlowi udało się sprowadzić zapomocą 10—50% roztworu kwasu trójchlorooctowego zamknięcie ubytku w przypadku, w którym brakowało prawie całej błony bębenkowej. W przypadkach, w których luka leży w tkance bliznowatej, albo gdzie brzegi jej już zwapniały, widoki wyleczenia są małe. Za to położenie przyścienne ubytków nie stanowi żadnej przeszkody dla ich zarośnięcia się. Szczególnych bólów przy tem postępowaniu Biehl nie uważał. Ostrzega jednak przed nieostrożnem wykonaniem tego zabiegu, który nieoględnie przeprowadzony może pociągnąć za sobą długoletnie ropienie — w przeciwieństwie do Gomperza, który uważa przyżeganie kwasem trójchlorooctowym za zupełnie nieszkodliwy środek. — Biehl osiągnął zupełne zamknięcie ubytku siedem razy (z tych dwa razy przedziurawienie przyścienne), pięć razy wynik był ujemny, raz wystąpiło po przyżeganiu w uchu, dawniej suchem, uporczywe ropienie.

W dyskusyi Singer wyraża się entuzyastycznie o przyżeganiu kwasem trójchlorooctowym, które uważa za wyśmienity środek i za cenne wzbogacenie skarbu leczniczego w otyatryi. Starając się unikać używania kokainy, a przecież uczynić zabieg niebolesnym, próbował Singer najsłabszych rozczynów kwasu trójchlorooctowego i doszedł do 60—70%, doznawszy zawodu ze strony rozczynu 50%. Wogóle przyżegał co 4—8 dni. Dopóki otwór się zmniejszał, nie przyżegał na nowo; w ten sposób powiodło mu się osiągnąć cel raz po trzech posiedzeniach, a innym razem po jednem przyżeganiu. Czasem, choć otwór bardzo znacznie się zmniejszy, zarastanie ustaje, nie postępując dalej. Singer upatruje przyczyny tego w tem, że środek żrący nie może się dostać przez tak mały otwór do wewnętrznego brzegu błony śluzowej, która również powinna otrzymać podnietę do odradzania się. W takich razach każe Singer choremu wykonać silny zabieg Valsalvy, podczas którego wprowadza do otworu w błonie bębenkowej zgłębnik włoskowaty, zwilżony kwasem trójchlorooctowym. W żadnym przypadku nie widział Singer pogorszenia słuchu, natomiast spostrzegał bardzo często poprawę. I on również podnosi odmienną postać blizny, powstającej po takiem przyżeganiu, a odróżniającej się od zwykłej blizny na tem miejscu brakiem zagłębienia, ostrego odgraniczenia od reszty błony, ciemnego zabarwienia, ruchów (flotowania) przy używaniu lejka Sieglego, i nie odróżniającej się od reszty błony bębenkowej grubością i zbitością, a zatem przychyla się do zdania Gomperza, że blizna po przyżeganiu zawiera także składniki tkanki właściwej błony bębenkowej.

Gomperz nadmienia, że z 29 przypadków osiągnął 16 razy zupełne zarośnięcie, 8 razy znaczne zmniejszenie luki. Wiele z przedziurawień, wyleczonych w ten sposób, sięgało aż do obrączki bębenkowej *(Annulus tympanicus)*.

Alt tłómaczy lepsze swoje wyniki tem, że podczas tego leczenia wytwarza się wskutek zapalnego oddziaływania zasychająca, do brzegów ubytku przylegająca wydzielina, której Gomperz oddalać nie radzi, a która jest przyczyną bezskuteczności dalszego leczenia. Aby w takim przypadku osiągnąć lepsze wyniki, należy taki strupek usunąć przez przestrzyknięcie, co można uczynić bez żadnej szkody dla chorego, poczem przyżeganie znowu działa i leczenie postępuje dalej.

Szenes [26]) podaje przypadek, w którym osiągnął wprawdzie zapomocą tego sposobu bliznę, przylegającą do ściany błędnika, ale za to chory od tego czasu narzeka na szum w uchu, którego dawniej nie doznawał, a słuch wcale się nie poprawił. Ten ujemny wynik ma może, jak mi się zdaje, przyczynę swoją w tem, że Szenes zaczął w swoim przypadku przyżegać, zanim jeszcze sprawa zapalna wydzielnicza w uchu środkowem całkiem była wyleczona.

S. Peltesohn [27]) donosi także o bardzo dobrych wynikach przyżegania kwasem trójchlorooctowym. I on również nie używa zakraplań 10—15% rozczynu kokainy z obawy przed zatruciem.

W ostatnim czasie doniósł Lewy (Ueber die Heilung chronischer Mittelohreiterung und den Verschluss alter Trommelfellperforationen durch Behandlung mit Trichloressigsäure. *Therapeutische Monatshefte* Z. 5, 1899) o 20 przypadkach, w ten sposób leczonych. Jako przykład świetnego działania tego środka niech służy przypadek z przewlekłem obustronnem zapaleniem ropnem ucha środkowego. L. przystąpił zaraz do przyżegania kwasem trójchlorooctowym po obu stronach. Prawe mniejsze przedziurawienie już po dwóch przyżeganiach było zamknięte blizną, przechodzącą bez różnicy w poziomie (Niveaudifferenz) w resztę błony bębenkowej. Większe przedziurawienie lewe po trzech przyżeganiach o połowę się zmniejszyło, wydzielina zaś całkiem ustała. Słuch po obu stronach lepszy. Do przyżegania używał Lewy rozczynów 50—80%; dla uniknięcia bólów poleca poprzednio wkraplać 10% kokainę.

Oparty na tych podaniach i zachęcony tak świetnymi wynikami przystąpiłem także w praktyce prywatnej do zastósowania tego leczenia w odpowiednich przypadkach. Nie chcąc nudzić czytelników przytaczaniem historyi chorób, wspominam tylko, że liczba moich spostrzeżeń jest wprawdzie stosunkowo mała, jednak pozwala na wyrobienie sobie pewnego sądu. Chorzy bowiem z suchą perforacyą, którym ropienie nie dokucza, — a tylko u takich wolno się kusić o zamknięcie ubytku w błonie bębenkowej — posiadając słuch znośny nie zawsze skłonni są poddać się długotrwałemu leczeniu, i to tem mniej, że jak dotychczas, nie zawsze można *a priori* zapewnić chorego o dodatnim wyniku leczenia. Tym trudnościom, nieodłącznym od praktyki prywatnej, przypisać należy, że rozporządzam dotychczas małą tylko liczbą przypadków. Do tego przyczynia się i ta okoliczność, że część chorych uchyla się z różnych, po części już wyżej wyłuszczonych powodów od leczenia przed jego ukończeniem. Ważność jednakże tego sposobu leczenia, niewątpliwa jego pożyteczność i istotnie nieporównana jego dzielność w zwalczaniu takiego bądźcobądź ważnego kalectwa, jakiem jest stałe przedziurawienie błony bębenkowej, jak również i ta okoliczność, że sprawa ta, o ile mi wiadomo, w naszem piśmiennictwie dotychczas wcale nie była poruszoną, ośmieliły mnie do zestawienia doświadczeń innych autorów z dodaniem własnego skromnego dorobku do użytku kolegów.

Jeden z moich przypadków tyczy się 13-letniej dziewczynki z wyraźnie limfatyczną więzią (konstytucyą) ciała, która zgłosiła się do mnie dnia 1 października 1898 z przewlekłem ropieniem usznem. Przebieg leczenia jest tu szczególnie uwagi godny. Przedewszystkiem otwór w błonie bębenkowej był bardzo duży i zajmował prawie całą błonę bębenkową, z której tylko górny rąbek z krótkim wyrostkiem młotka był utrzymany. Dnia 18-go października ucho było suche, błona śluzowa jamy bębenkowej blado-żółta. Przypaliłem poraz pierwszy brzegi otworu 10% rozczynem kwasu trójchlorooctowego i powtarzałem to samo co 4—5 dni. Dnia 10 listopada luka w błonie bębenkowej dostrzegalnie choć nieznacznie mniejsza; przeszedłem do 20% rozczynu kwasu

trójchlorooctowego, poczem zarastanie ubytku stawało się coraz wyraźniejszem. Dnia 5-go grudnia, po świeżym nieżycie nosa i gardła, ropienie z ucha powróciło; przez czas trwania ropienia przerwałem dalsze przyżeganie. Kilka dni później mimo świeżo przebytego ropienia i przerwy w leczeniu ubytek w błonie bębenkowej znacznie mniejszy, błona śluzowa jamy bębenkowej czerwona, a przy dalszem używaniu tego sposobu postępowania dnia 18 grudnia, a więc w dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia, przedziurawienie zupełnie się zarosło.

Na tym przypadku można się przekonać, że nowo wytworzona błona w miejscu ubytku mało się różni od prawidłowej błony bębenkowej. Podobnie przebiegały inne przypadki, od których różni się przedstawiony przedewszystkiem wielkością otworu w błonie bębenkowej, przez co skutek leczenia bardziej uderza w oczy, zwłaszcza że był osiągnięty zapomocą bardzo słabego rozczynu, którego się zwykle nie używa. Inne przypadki dotyczą po największej części takich chorych, którzy już dawniej krócej lub dłużej leczyli się u mnie z powodu przewlekłego ropienia usznego. Dawniej, ilekroć ropienie ustawało, chory mając się za zdrowego przestawał się zgłaszać mimo pozostałej stałej suchej perforacyi i zgłaszał się dopiero przy nawrocie ropienia. Odkąd zaś chorych takich po ustaniu wydzieliny z ucha zatrzymuję w leczeniu aż do zarośnięcia otworu, nie widziałem jeszcze nawrotu zapalenia tam, gdzie mi się powiodło cel ten osiągnąć. Czas spostrzegania jednak jeszcze za krótki i liczba przypadków za szczupła, zastrzegam zatem sobie stanowczy sąd co do tego szczegółu na później. Z góry można jednak przypuścić z największem prawdopodobieństwem, że chorzy tacy, t. j. z błoną bębenkową całą, nieprzerwaną, trudniej podlegają nawrotom zapaleń usznych, albowiem mniej są narażeni na szkodliwości zewnętrzne i przynajmniej miejscowe usposobienie do tej choroby jest mniejsze u nich, niż u chorych z stałym otworem w błonie bębenkowej.

We wszystkich przypadkach leczenie zaczynałem od najsłabszego rozczynu 10% i postępowałem w miarę potrzeby do 20%, 35%, 50%, aż do 60%. Używając słabszych rozczynów przyżegałem częściej, co 4—5 dni, silniejszym rozczynem rzadziej, co 8—9 dni. Przekonany, że nieraz i słabszym rozczynem można dojść do celu, jestem za tem, żeby wszędzie tam, gdzie nie zależy na pośpiechu, zaczynać leczenie od 10% rozczynu; tylko tam, gdzie mamy powód leczenie przyspieszyć, albo gdzie słabszym rozczynem nie osiąga się celu, należy przejść odrazu albo stopniowo do coraz silniejszych rozczynów. Na jeden ważny szczegół należy zawsze zwracać uwagę, a mianowicie nie przystępować do tego sposobu leczenia, dopóki ropienie, a nawet nieznaczne tylko wydzielanie, albo sączenie z błony śluzowej jamy bębenkowej jeszcze jest w toku.

Z początku używając kokainy nie uważałem, żeby ten środek miał szczególny wpływ na zmniejszenie bólów, które i bez tego nigdy nie były zbyt silne, ani długo nie trwały. Dlatego też później ani kokainy, ani innego środka kojącego nie stósowałem. Zdaje mi się, że gdzie tylko można, lepiej obchodzić się bez takich środków, gdyż wprowadzania płynów do suchej jamy bębenkowej nie można uważać za obojętne; zabieg taki przyczynić się może właśnie do nawrotu sprawy ropienia i do wywołania, szczególnie u osób wrażliwych i do tego usposobionych, objawów zatrucia.

Nieprzyjemnych ubocznych skutków nie widziałem; wszyscy chorzy zabieg dobrze znosili, a prócz u małych i lękliwych dzieci nie natrafiłem nigdy na opór ze strony chorego.

Na jeszcze jeden szczegół muszę z naciskiem zwrócić uwagę. Kliniczne doświadczenie poucza, że nieraz po dobrowolnem zamknięciu się przedziurawienia w błonie bębenkowej następowało pogorszenie słuchu, a nawet pojawiały się szmery podmiotowe, których dawniej nie było, tak, że powstawało wskazanie sztucznego utrzymania stałego otworu w błonie bębenkowej. To zjawisko należy tłómaczyć tem, że przy obecności w kostkach słuchowych jakiejś przeszkody w przewodzeniu głosowem, fale głosowe mogą przy otwartej błonie bębenkowej dostać się wprost do strzemiączka, przy całej zaś błonie bębenkowej miejsca to mieć nie może i przewodzenie głosu przerywa się. Należy zatem koniecznie przed przystąpieniem do stałego zamknięcia luki w błonie bębenkowej przekonać się przez chwilowe zatkanie, czy ono nie sprowadza pogorszenia słuchu. Inaczej bowiem można narazić się na niemałe rozczarowanie: po ukończeniu leczenia ubytek w błonie bębenkowej wprawdzie się zamknął, słuch jednak okazuje się gorszym, co mi się wprawdzie dotychczas jeszcze nie zdarzyło, niemożebnem jednak nie jest.

Poprawę słuchu zauważa się szczególnie tam, gdzie przynajmniej część kostek słuchowych jest utrzymana, tam zaś, gdzie wszystkich kostek brak, poprawy słuchu zwykle wprawdzie niema, ale korzyść z zamknięcia luki przecież może być znaczną z innych, po części już wyżej wymienionych powodów i według Gomperza chorzy tacy po zarośnięciu otworu znoszą także lepiej sztuczną protezę (bębenki), zapomocą której zdolność słuchowa daje się czasem poprawić.

Należy się wystrzegać zbyt częstego przyżegania, przez co możnaby nowoutworzoną tkankę zniszczyć, lecz poleca się czekać od jednego posiedzenia do drugiego, aż strupek, po poprzedniej kauteryzacyi powstały, dobrowolnie się oddzieli.

Zdaje mi się, że na podstawie dotychczasowego doświadczenia można już wydać stanowczy sąd o wartości przyżegania kwasem trójchlorooctowym i uważać środek ten za niedościgniony w skutkach lek, który szczególnie z uwagi na nadzwyczaj prosty sposób zastósowania i swoją nieszkodliwość bezwątpienia wkrótce ogólnie się rozpowszechni i zatrzyma na długo poczestne stanowisko w skarbnicy leczniczej otryatycznej.

Czy sprawdzi się przypuszczenie Gomperza, że i inne leki żrące, jak n. p. *liqu. ferr. sesquichlorat.* mogą mieć te te same własności i do tego samego celu być używane, o tem poucza dopiero dalsze doświadczenia. Ciekawem jest nadzwyczaj, że ten sam środek, kwas trójchlorooctowy w 10% rozczynie, zalecał Politzer [28]) dla otrzymania stałego otworu w błonie bębenkowej w przypadkach, w których z powodów wyżej wyłuszczonych taki otwór stały jest pożądany, a wskutek silnej odrodczej czynności błony bębenkowej nie daje się osiągnąć innymi sposobami.

Co do stosunku tego nowego sposobu wygajania przedziurawień w błonie bębenkowej do protez, omówionych w pierwszej części tej rozprawy, to zdoła on wprawdzie niewątpliwie zakres zastósowania sztucznych bębenków znacznie ścieśnić, atoli nie zdoła całkiem ich wyrugować. W pewnych przypadkach, w których o zamknięcie jamy bębenkowej lub zabliźnienie ubytku w błonie bębenkowej zapomocą nowego sposobu wcale kusić się nie można, albo gdzie usiłowania, zmierzające do tego, zawiodły nadzieję i nie powiodły się, dalej w przypadkach udałego zabliźnienia perforacyi, a nawet w takich, w których ciągłość błony bębenkowej nigdy nie była przerwaną, zawsze można będzie jeszcze nieraz osiągnąć poprawę słuchu zapomocą jakiejś protezy, jak o tem często przekonać się można, tak, że sztuczne bębenki straciwszy wprawdzie dawne swe znaczenie, zatrzymują jeszcze na razie racyę bytu na czas nieoznaczony.

Piśmiennictwo.

1) Richey. Transactions of the American Otological Society. Twenty first annual meeting. New Bedford, Mass. 1888. — 2) Weinland. Archiv f. Ohrenkrankheiten B. 37. — 3) Wilde. Practische Beobachtungen über Ohrenk. Tłómaczone z angielskiego. Göttingen. 1855. — 4) Autenrieth. Tübinger Blätter f. Naturw. u. Arzeneik. I. Tübingen. 1815. — 5) Yearsley. Verhandlungen des internationalen med. Congresses zu Philadelphia. 1876. — 6) Erhard. Schwerhörigkeit. heilbar durch Druck. 1856. — 7) Toynbee. Diseases of the ear. 1860. 8) Gruber. Pester. med. chirurg. Presse. 1877. — 9) Blake. Internation. Congress. New-York. 1876. Archiv f. Ohren. T. XII. Str. 313. — 10) Baumgarten. Monatsschrift f. Ohrh. 1880. — 11) Spalding. Zeitsschrift f. Ohrenh. T. XXIII. Z. 3 i 4. — 12) Transactions of the american otological Society. Archiv f. ohrh. T. 34. Str. 78. — 13) Er-

hard. l. c. 6. — 14) Lucae. Virchow's Archiw B. XXIX. S. 551. — 15) Maas. Archiv f. Augen. u. Ohr. l. S. 212. — 16) Berthold. Z. f. O. XIX. — 17) Politzer. Bericht über die Versammlung süddeutscher u. schweizerischer Ohrenärzte zu Freiburg 1889, i trzeci zjazd otologów austryackich 1898. — 18) Schwartze. Chirurgische Krankheiten des Ohres. — 19) Berthold. Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Cassel 1878. — 20) Lang. Ueber die Organisationsfähigkeit der Schalenhaut des Hühnereies u. ihre Verwendung bei Transplantation. München 1889. — 21) Gomperz. Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section auf der 66 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Wien 1894. Arch. f. Ohrenh. T. 38, S. 329. u. Bibliothek der ges. med. Wissensft. Lieferung 173/4. S. 661. — 22) Okuneff. Ueber die Anwendung des Acid. trichloracet. bei chron. eiteriger Entzündung des Mittelohres Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1895. — 23) Gomperz. Wien. klin. Wochenschrift. 38. 1896, Przegląd lek. Sprawozdanie z 1 zjazdu otologicznego austryackiego 1896. — 24) Gomperz. Monatschrift für Ohrenh. 1882, Nr. 4. — 25) Barnick. Archiv f. Ohrenh. 42, Z. 3 i 4. — 26) Szenes. Sitzungsbericht der Gesellschaft der ungarischen Ohren u. Kehlkopf-Aerzte, 1898 Nr. 2. — 27) Peltesohn Berliner klin. Wochenschrift 1899, Nr. 16. — 28) Politzer. 3 Zjazd otyatrów austryackich w Wiedniu r. 1898.

Omyłka druku: W Nr. 30 str. 411, szpalta lewa, wiersz 1 od góry zamiast: »utrzymującego« ma być: »utrzymujące«.

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose von Dr. K. Turban, dirig. Arzt des Sanatorium in Davos-Platz. Wiesbaden, 1899.

Pod powyższym skromnym tytułem kryje się obszerne dzieło kliniczne, dotyczące dyagnostyki i terapii szczegółowej gruźlicy płuc. Zasługuje ono przez to na szczególną uwagę, że po raz pierwszy przedstawia kliniczne spostrzeganie przebiegu suchot płucnych pod wpływem dwóch czynników leczniczych, leczenia zakładowego i klimatu wysoko-górskiego. Od czasu zaś Brebmera „Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. 1887“ jest to drugie dzieło terapeutyczne, opracowane szczegółowo na podstawie spostrzegania klinicznego. Praca osnuta jest na podstawie 408 przypadków, spostrzeganych w ciągu 7 lat w Sanatoryum, kierowanem przez autora w Davos-Platz na wysokości 1673 metrów nad p. morza. Rozpada się na część dyagnostyczną i terapeutyczną; z pierwszej części przytoczę tylko zapatrywania autora na zagadnienia sporne i na nowe szczegóły, przez niego spostrzegane, które dla każdego internisty mogą mieć wielkie znaczenie. O części terapeutycznej wspomnę tem więcej, że ona, znana nam z leczenia szpitalnego, przedstawia wyniki smutne, podczas gdy autor na podstawie leczenia zakładowego w klimacie wysokogórskim wykazuje rokowanie dość pomyślne.

Autor rozróżnia gruźlicę płuc wolną *(offene)*, to jest z plwocinami, zawierającemi laseczniki gruźlicze i zamkniętą *(geschlossene)*, bez wykrztuszania plwocin. To rozróżnianie ma znaczenie ze względu na zabiegi zapobiegawcze; chorzy bowiem z „zamkniętą“ gruźlicą nie przedstawiają niebezpieczeństwa zakażenia otoczenia.

Co do etyologii, to autor hołduje zdaniu, że laseeznik gruźliczy może bardzo długo przebywać w ustroju np. w gruczołach oskrzelowych i stamtąd dopiero wobec pewnego usposabiającego czynnika wywołać otwartą gruźlicę płuc (str. 7). Pobudliwość serca i nerwów naczynioruchowych, objawiająca się szybkiem tętnem do 100 uderzeń, łatwem zaczerwienieniem twarzy, skłonnością do potów, uważa autor nie za czynnik usposabiający do gruźlicy, lecz za objaw już istniejącego zakażenia gruźliczego. Obwód klatki piersiowej, mniejszy, niż połowa wysokości ciała, usposabia do gruźlicy. Większe usposobienie do gruźlicy u osób pochodzących z dzietnych rodzin, a mianowicie od 5-go dziecka począwszy, jak to twierdził Brehmer, zauważył i autor u swych chorych, gdyż na 408 gruźliczych było 105 (25·7%) suchotników z tem obciążeniem brehmerowskiem. Wpływa to także i na wyniki leczenia, gdyż z tego rodzaju obciążonych chorych odniosło trwały wynik leczniczy 37·1% (ogólny wynik wynosił 54·1%). Osoby mało jadające okazują usposobienie do suchot: na 408 suchotników było 30% mało jedzących, u których rokowanie okazało się gorsze, przedstawiając 36·0% trwałych wyników leczniczych (ogólny odsetek trwałych wyników 54·1%). *Habitus phthisicus* usposabia do gruźlicy płuc (na 408 suchotników 36·3% z tą wadą) i pogarsza rokowanie, przedstawiając 32·4% wyzdrowień (ogólny odsetek wyzdrowień 54·1%). Obecność gruźlicy w rodzinie usposabia bardzo do gruźlicy. Na 408 suchotników było 66·6% obciążonych dziedzicznie, lecz nie wpływa to na rokowanie. 22% chorych przed zapadnięciem na gruźlicę było skłonnych do nieżytów narządów oddechowych. 20% chorych było nadmiernie obarczonych pracą umysłową (przeważnie egzaminami). 203 na 408 chorych podawało jako początek choroby sprawy nieżytowe nosa, krtani, pokaszliwania. Co się tyczy zakażenia gruźliczego w samym zakładzie, w którym, o ile to się da, zaprowadzono urządzenie aseptyczne, to między towarzyszącemi osobami, jakoteż służbą zakładową nie zauważano przeniesienia choroby, z wyjątkiem jednej posługaczki, której obowiązkiem było wymywać spluwaczki chorych.

Rozpoznawanie objawów: Ciepłotę mierzono co 2 godziny, prawie zawsze w jamie ustnej, który to sposób autor uważa za najstosowniejszy i dogodniejszy, niż mierzenie pod pachą, co sprawozdawca z doświadczenia tylko potwierdzić może. Ciepłota, mierzona w jamie ustnej, nie powinna przekraczać w stanie prawidłowym 37·2° C. Autor podaje kilka tablic rozmaitych torów gorączkowych, z których pouczająca jest tablica podwyższania się ciepłoty (z 37·5° na 38·5°) przed miesiączką *(febris praemenstrualis)* u kobiet gruźliczych. Co się tyczy badania fizykalnego płuc, to autor szczegółowo omawia pierwsze oznaki gruźlicy tych narządów, a to bardzo słusznie, gdyż tylko od wczesnego rozpoznania suchot płucnych zależy dobry wynik leczniczy. Między innemi zwraca autor uwagę, aby uwzględnić tę okoliczność, czy pora jest wilgotna, czy sucha, albowiem objawy przysłuchowe u suchotników w porze suchej przedstawiają się korzystniej, niż w wilgotnej. Stąd można dany przypadek ocenić korzystniej, niż jest w rzeczywistości. Z doświadczenia przytacza autor, że zdarzają się czasem lekkomyślni chorzy, którzy przed badaniem lekarskiem popełniają wybryki *in baccho*, aby nazajutrz badanie płuc przedstawiało się korzystniej, co według autora ma rzeczywiście następować wskutek zwiększonej perspiracyi przez płuca. W celu należytego ocenienia zmniejszenia ruchomości i pozostawania chorego szczytu poleca autor, aby chory usiadł, zwrócony grzbietem do okna, a lekarz stojąc z boku za plecyma chorego ma obserwować z góry przednią część klatki piersiowej i łatwo dostrzedz pozostawanie chorego szczytu przy oddechaniu; im świeższe jest schorzenie płuc, tem wyraźniejsze pozostawanie oddechowe. Spirometryi nie przypisuje autor wielkiego znaczenia. W przypadkach jednak, w których nagle pojemność płuc zmniejszy się o 150—200 c³, należy przypuszczać wytworzenie się nowego ogniska gruźliczego. Co do wypuku, to autor zwraca uwagę, że lepiej się ujawnia odgłos płucny przy opukiwaniu lekkiem, aniżeli przy nasilonem i radzi jedno i to samo miejsce opukiwać w trojaki sposób: raz lekko, drugi raz silnie, a trzeci raz sposobem palpacyjnym *(Tastpercussion)* Ebsteina. Na ten ostatni sposób opukiwania, polegający na palpacyjnem uderzeniu plesymetru palcem środkowym, sztywnie trzymanym, zwraca autor uwagę, jako na sposób, najłatwiej ujawniający ognisko nacieczone w płucu, co sprawozdawca ze swego doświadczenia może tylko potwierdzić; natomiast trudno się zgodzić z autorem, że opukiwanie przy pomocy plesymetru jest dokładniejsze, niż przy podłożeniu palca. Autor rozbiera krytycznie granice wypukowe szczytów płucnych, a wykazując sprzeczność między autorami w tym kierunku, uważa te granice, jako dotąd jeszcze nie ustalone. Zdarzają się według autora przypadki początkowego zajęcia płuc, w których wypuk po obydwu stronach szczytów jest zmieniony, lecz w odmienny sposób; wtedy może zajść wątpliwość, który szczyt jest właściwie zajęty, tak, że jeden lekarz wskazuje zajęcie

lewego, drugi zaś prawego szczytu. Dłuższe spostrzeganie tego rodzaju przypadków pouczyło autora, że obydwa szczyty są równocześnie zajęte. U chorych z zajęciem szczytu prawego zauważył autor istnienie przesunięcia bezwzględnego stłumienia serca o kilka centymetrów na prawo.

Przy osłuchiwaniu płuc uważa autor za najważniejsze wykazanie chropawego albo nieczystego wdechu pęcherzykowego *(rauhes Athmen)*, którego nie należy pomięszać z wdechem zaostrzonym. Ostatni objaw przysłuchowy pojawia się dopiero w późniejszym okresie schorzenia płuc. Chropawy wdech porównywa autor z drganiem młotka Neeffa w przyrządzie indukcyjnym i uważa go jako najwcześniej występującą oznakę zajęcia szczytu płucnego. Dettweiler przypisuje przyczynę pojawienia się wdechu chropawego zgrubieniu w ścianach oskrzeli. Im wcześniej rozpozna się u chorego ten objaw, tem więcej widoków przedstawia wyleczenie chorego (p. niżej). Zdarza się bowiem nie rzadko, że suchotnik pada ofiarą spóźnionego rozpoznania choroby. Ciekawą uwagę robi autor co do Słowian, zaznaczając, że u nich szmery oddechowe w całych płucach bywają osłabione już w stanie prawidłowym. W celu wysłuchiwania rzężeń poleca autor osłuchiwać najprzód podczas równego oddechania, a potem podczas wdechania po krótkich urywanych zakaszlnięciach, po których mogą się pojawić jeszcze skrzypnięcia *(Knacken, Piepen)* podobne do „skomlenia szczeniat“, czego nie słyszy się podczas zwyczajnego oddechania. Szmery nad *subclavia* uważa autor jako właściwe gruźliczemu zajęciu płuc. Dla usunięcia szmerów ubocznych, tak zw. mięśniowych *(Schulterreiben)*, pojawiających się podczas osłuchiwania szczytów, radzi autor zrobić wprzód kilka obrotów (rotacyi) ramieniem. W wątpliwych przypadkach przysłuchowych radzi autor podawać chorym według polecenia Stickera po 0·2 jodku potasowego *(kali jodatum)* przez kilka dni i w tym czasie osłuchiwać płuca; wtenczas mogą zajęte miejsca uwidocznić się wyraźniej przysłuchem, a nawet mogą pojawić się plwociny zawierające laseczniki gruźlicze, których przedtem nie można było wykazać. (Dok. nast.).

Prof. W. Jaworski.

V. Wyciągi.

Egger M. **Wrażliwość kostna.** *(Journ. de physiol. et de pathol. géner.* Mai 1899). Autor spostrzegł, że nóżka kamertonu, drgającego 128 razy, oparta na kości kończyn, wywołuje pewien rodzaj drżenia w kości, które doskonale odczuwają dzieci i osobniki młode; w słabszej mierze zachowuje się odczuwanie tych drgań do późnej starości. Szereg doświadczeń, przeprowadzonych w odpowiednio dobranych przypadkach chorobowych, doprowadził E. do wyników bardzo ciekawych, mianowicie do wyodrębnienia wrażliwości kostnej, jako czucia samoistnego, niezależnego od wrażliwości skórnej i zmysłu mięśniowego *(sens musculaire)*.

Przy porażeniach całkowitych ruchu i czucia stwierdził autor również zniesienie wrażliwości kostnej, natomiast w porażeniach typu Brown-Sequarda wrażliwość kostna była zniesiona po stronie porażenia ruchowego, a zaś prawidłowa po stronie porażenia czuciowego.

A priori zdawaćby się mogło, że drgania kamertonu mogą przenosić się w osi kości długich na pewną odległość; — jednak tak wcale nie jest, jak to autor sprawdził w jednym przypadku nieczułości skóry, usadowionej w okolicy dolnej części kości goleniowej: nóżka kamertonu oparta na kostce zewnętrznej nie wywoływała żadnego czucia drżenia w kości.

W wiądzie rdzenia zmniejsza się wrażliwość kostna w miarę wzrostu bezładu ruchów zwykle postępowo, zaczynając od kończyn dolnych. Zniesienie zupełne wrażliwości kostnej zawsze towarzyszy utracie poczucia położenia kończyn w przestrzeni; — odwrotny stosunek natomiast nie zdarza się: autor stwierdził zupełnie prawidłową wrażliwość kostną u jednego chorego na wiąd rdzenia, który stracił poczucie położenia w przestrzeni.

Przypadki przeczulicy kostnej, to jest spotęgowanej wrażliwości z czuciem boleśnem, piekącem, w głębi kości za dotknięciem drgającego kamertonu, spostrzegał E. we wczesnych okresach wiądu rdzenia, w syringomyelii, w porażeniach połowiczych i w zapaleniu nerwów na tle zatrucia wyskokiem. *Beaurain.*

Prof. Ipsen: **Nowy sposób chemiczny wykrycia we krwi tlenku węgla** *(Viertelj. für gerichtliche Medicin* 1899). Próba autora polega na odtleniających własnościach cukru gronowego, a więc na odmiennem zabarwieniu, jakie pod wpływem tego cukru przyjmuje krew tlenkowęglowa i krew prawidłowa, po ich poprzedniem zobojętnieniu. Przy wykonaniu swej próby z krwią tlenkowęglową poleca autor równocześnie wykonywać próby porównawcze z krwią nie zawierającą tlenku węgla, a to dla uniknięcia możliwych pomyłek. Postępowanie I. jest następujące: Z krwi, podejrzanej o zawartość CO, bierze się 5—10 ctm. do rurki odczynnikowej, takaż samą zaś ilość krwi prawidłowej umieszcza w rurce drugiej, przyczem uważać należy, by średnica rurek była jednakowa. Następnie zobojętnia się oba płyny i dodaje do obu małą ilość sproszkowanego czystego cukru gronowego (mniejwięcej na koniec noża). Otwory rurek zatyka się watą zwykłą, nie odtłuszczoną i zamyka parafiną, a to celem odcięcia przystępu powietrza. Skoro parafina stężeje, wstrząsa się dokładnie płyn, w rurkach zawarty, i pozostawia je czas jakiś w chłodnem miejscu. Odczyn zupełnie wyraźny zauważyć się daje według autora po 4 lub 5 godzinach, przyczem krew tlenkowęglowa zachowuje zabarwienie jasno-czerwone, krew zwykła przyjmuje zabarwienie prawie czarne. W przebiegu pierwszego dnia występuje różnica ta jeszcze wybitniej, zachowując się według autora przez przeciąg kilku tygodni, a nawet miesięcy. Autor stwierdza, że różnica w zabarwieniu nawet przy zmięszaniu krwi tlenkowęglowej z krwią zwykłą w stosunku od 16—12% jest jeszcze bardzo wyraźna, a spostrzegać daje się najwyraźniej w pianie, która powstaje przy wstrząsaniu płynów. Mniejsze ilości tlenku węgla dadzą się wykryć po różnicy zabarwienia w cienkich warstwach badanej krwi, w którym to celu należy rurki odczynnikowe ostrożnie ułożyć poziomo, porównując następnie zabarwienie krwi, po ścianach rurki spływającej. Krew tlenkowęglowa posiada wówczas odcień żywo czerwony, krew prawidłowa jest wyraźnie fioletowa.

Autor przechowuje w zakładzie krew poddaną swej próbie od pół roku, a różnica w zabarwieniu nie się nie zmieniła. Kilkakrotnie udało się autorowi przyspieszyć powstanie odczynu przez ogrzanie krwi w rurkach nie zamkniętych, nie poleca jednak tego sposobu, gdyż przytem mogłoby ubyć tlenku węgla we krwi badanej.

Zabarwienie czarne, względnie fioletowe krwi prawidłowej po dodaniu cukru gronowego polega na redukcyi OHb na t. zw. hemoglobinę redukowaną, podczas kiedy COHb działaniu środków odtleniających nie ulega, zachowując barwę czerwoną. *Horoszkiewicz.*

Weigner. **Ganglion oticum.** *(Rozpravy české Akademie R. 7. Tr. 2. Č. 23)*. Twierdzenia autorów klasycznych, długi czas uważane za dogmaty, zachwiały się w ostatnich czasach pod wpływem rozwoju embryologii i anatomii porównawczej, a wznawiane badania coraz częściej wykazują błędność zapatrywania, jakoby anatomia opisowa była nauką już prawie zamkniętą. W. badał stosunki anatomiczne *ganglion oticum* na 18 zwłokach dzieci, 24 zwłokach dorosłych osób i dla porównania na dwóch okazach „maccacus rhesus“ i doszedł do następujących wniosków: 1) *Ganglion oticum*, należące głównie do układu nerwów współczulnych, nie zawsze jest wykształcone, lecz często zamiast niego znajduje się kilka splotów nerwowych, zawierających rozrzucone komórki zwojowe. 2) Oprócz *ganglion oticum* znachodzą się niekiedy inne zwoje, pozostające w związku z 3 gałęzią nerwu trójdzielnego. 3) Obwodowe rozgałęzienia trzeciej gałęzi nerwu

trójdzielnego, zarówno części czuciowej, jak ruchowej, przedstawiają tyle odmian, że ani innerwacyi dotyczących pól czuciowych, ani też innerwacyi przynależnych mięśni nie można uważać za regularną i u wszystkich osobników stale jednakową. 4) U jednego i tego samego osobnika wreszcie może się znacznie różnić *ganglion oticum* i jego stosunki anatomiczne po jednej i po drugiej stronie ciała. *Z.*

Ross. **O możliwości wytępienia zimnicy w niektórych miejscowościach.** *(Brit. med. Journ. 1. VII. Münch. med. Wochensch.* 1899, Nr. 29). Znany i zasłużony badacz na polu zimnicy jest silnie przekonany, że jedyną drogą szerzenia się tej choroby są ukąszenia komarów i moskitów. Z nich najpospolitszym, ale nie niebezpiecznym, jest rodzaj *culex*, natomiast szerzyć zimnicę mają tylko, zdaniem R., rozmaite odmiany *anopheles*. Larwy tego gatunku potrzebują jednak szczególnych, dokładnie znanych warunków do swego rozwoju i znajdują się tylko w niektórych miejscowościach w niewielkich jeziorkach, które łatwo zasypać i zdrenować, a w ten sposób i zimnicę tam wytępić. [Jeżeli przypuszczenia R., oparte na badaniach zimnicy podzwrotnikowej, mają zastósowanie *mutatis mutandis* i do naszego klimatu, to nasuwa się pytanie, czy i u nas nie możnaby popróbować proponowanego przez R. środka?]. *S.*

Dr. E. Ziemke: **Krwiak opon mózgowych miękich w przebiegu wąglika u człowieka.** *(Münch. med. Wochens.* 1899, Nr. 19). Piątego dnia choroby, rozpoznanej jako *pustula maligna* na lewym policzku, mimo wycięcia wrzodzianki, chora umiera. Sekcya wykazuje: krwawy naciek opon miękich mózgu, zmiany zapalne w ściankach naczyń krwionośnych i naciek drobnokomórkowy w ich otoczeniu. Tak w owym nacieku krwawym, jak i w śledzionie stwierdzono prątki wąglikowe. *Herman.*

Weyl: **Wyjaławianie wody do picia zapomocą ozonu.** *(Ctblt f. Bact.* T. 26, Nr. 1). Opierając się na znanej już dawniej okoliczności, że ozon działa zabójczo na drobnoustroje, przedsięwziął W. próby wyjaławiania wody zapomocą ozonu, wytworzonego przez działanie elektryczności. Próby te wykazały, że w pewnych warunkach można zapomocą 3—4 mg. ozonu wyjałowić zupełnie $^1/_2$ litra wody. Próby oczyszczenia wody, silnie zanieczyszczonej, zapomocą ozonu i żelaza wydały lepsze wyniki, niż dotychczas stosowane oczyszczanie takiej wody zapomocą powietrza i żelaza; zastosowanie ozonu ma jeszcze tę wyższość, że wpływa na zmniejszenie się zanieczyszczeń organicznych w takich wodach. Wreszcie opisuje W. wielki zakład oczyszczania wody, zbudowany przez firmę Siemens i Halske, który w ciągu 10 godzin dostarcza 40.000 litrów wody oczyszczonej, a na wodę ze Sprewy działa taksamo, jak najstaranniej urządzone filtry piaskowe. W. dochodzi do wniosku, że zakłady takie mają większą przyszłość od filtrów piaskowych. *S.*

Wiesner. **O usypianiu chlorkiem metylu.** *(Wiener med. Wochenschrift* 1899, Nr. 28). Na klinice Hackera zastósowano usypianie chlorkiem metylu (kelenem) w 200 prawie przypadkach. Znieczulenie następuje już po $^1/_2$—2 minutach, okresu podniecenia albo wcale nie ma, albo jest bardzo nieznaczny; natychmiastowe przebudzenie się z uśpienia, brak objawów ubocznych (nie wyjmując wymiotów), — wszystkie te zalety pozwalają stosować ten sposób usypiania nawet u osłabionych utratą krwi i dotkniętych wstrząsem. *w.*

Scheiber. **O zawieszaniu w chorobach nerwowych i nowych odmianach tego sposobu.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 27). Znane zawieszanie sposobem Charcot-Moczutkowskiego, aczkolwiek nie spełniło przesadnych nadziei, jednakże pozostało w rzędzie środków użytecznych, sprowadzając nieraz wybitne polepszenie w wiądzie rdzenia, drżączce porażnej, neurastenii, nerwobólu kulszowym i t. d. Względnie najlepsze wyniki osiągnięto w wiądzie rdzenia, gdzie nieraz wszystkie objawy, prócz objawu Argyll-Robertsona i zniesienia odruchów kolanowych, po zawieszaniu ustępowały. Zawieszanie pierwotnym sposobem zapomocą pętli Glissonowskiej i pętli pachowych ma jednak tę wadę, że nie daje się dokładnie dawkować, a nieraz już wywoływało nieprzyjemne powikłania, jak ból głowy, zawroty, wymioty; nawet kilkakrotnie zaszły przypadki śmierci. Ulepszenia, wprowadzone przez Sprimona, pozwalały wprawdzie mierzyć dokładnie zawieszenie, ale naciąganie rdzenia odbywało się przytem niejednostajnie. S. zbudował więc przyrząd w postaci krzesła, zastępując pętle pachowe podporami pod łokcie, które pozwalają choremu w razie potrzeby nieco się unieść i przez to zwolnić siłę, wywartą przez pętlę Glissonowską; dodana do przyrządu waga pozwala siłę pociągania dokładnie mierzyć, ograniczając ją do 30—50 klgr. przy 8—10 minutowem posiedzeniu. Wyniki, osiągnięte tym przyrządem, nie były gorsze od wyników leczenia innymi przyrządami do zawieszania, a objawów ubocznych nigdy nie zauważono. *Z.*

VI. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

Pierwszy dzień Zjazdu.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe w dniu 18 lipca b. r. rozpoczyna kol. Rutkowski przedstawieniem *röntgenogramów*, wykonanych w klinice chirurgicznej krakowskiej przez kol. Kaczkowskiego, między którymi wymienić wypada dwa diagramy, oddające bardzo wyraźnie kamienie moczowe w pęcherzu (jeden z nich wytworzony około podwójnej szpilki), jeden diagram, oddający płytkę z zębami w przełyku i dwa, oddające kule w czaszce.

Kol. Grosglik (Warszawa) omawia bardzo obszernie i wyczerpująco przypadek, w którym *w następstwie zakażenia moczowego* wystąpił *skurcz przełyku* w odległości 39 ctm. od linii zębowej. Przypadek ten dotyczył starca, liczącego lat 74, który z powodu przerostu gruczołu krokowego cierpiał od roku na mimowolne moczenie. W przypadku tym obok biegunki, silnego pragnienia, suchości w jamie ust, wystąpiły bardzo uporczywe wymioty, utrudnienie połykania pokarmów stałych, a później i płynnych, a dalej charłactwo podobne do rakowego. Rozpoznanie wahało się między rakiem wpustu żołądka, a zakażeniem moczowem. Pilne i konsekwentne odprowadzanie moczu, oraz przepłókiwanie pęcherza rozczynem kwasu borowego usunęło powyżej podane objawy w zupełności.

Radca Dworu Prof. Rydygier przedstawia przypadek *garbu*, w którym przyrząd Schedego, w połączeniu z opatrunkiem gipsowym, bardzo dobre oddał usługi i okazuje przyrząd, zbudowany przez fabrykę Georgeona (Lwów) dla chorej, która obok garbu cierpiała na gruźlicę płuc i duszność.

Kol. Bogdanik opisuje przypadek dotyczący chorej, która z objawami *ciąży zamacicznej* zgłosiła się do szpitala poraz pierwszy w roku 1892. Chorą tę operował mowca z powodu dużego guza w jamie brzusznej dopiero w roku 1898. Z guza wychodzącego z okolicy macicy wydobył wówczas kostki zmacerowane, odpowiadające siedmio-miesięcznemu płodowi. Przy tej sposobności zaleca mowca, by w przypadkach ciąży zamacicznej okres przerwania ciąży, mający najczęściej miejsce między 2—3 miesiącem, przeczekać i dopiero po ustąpieniu objawów gwałtownej niedokrewności przystępować do zabiegu.

Przeciw temu poglądowi występują: kol. Prof. Trzebicky, Doc. Wehr, Rutkowski, Sołtysik (Kraków), Wojciechowski (Kraków), Zieliński (N. Sącz), którzy na podstawie spostrzeganych przez siebie przypadków przyszli do przekonania, że krwotoki, jakie w tym okresie występują, wymagają natychmiastowej interwencyi chirurgicznej. To zapatrywanie zgadza się zresztą w zupełności z duchem nowoczesnej chirurgii.

Kol. Prof. Trzebicky: *O doszczętnej operacyi przepuklin sposobem Kochera.* — Omówiwszy pokrótce technikę sposobu Kochera, przedstawia mowca statystykę własną, opartą na 60 przypadkach, tym sposobem leczonych. 5 z tych przypadków powikłanych było ropieniem, w 2 nastąpił nawrót w przeciągu 2—1 roku.

W rozprawach nad tym przedmiotem zapytuje kol. Doc. Wehr, czy i jak często zauważał prelegent ropienie w kanałach szwów, zdarzające się mimo zachowania wszelkich reguł w pewnym odsetku przypadków.

Kol. Krasowski (Lwów) podnosi, że korzystniejsze jest wyciąganie worka nie naprzeciw wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, lecz znacznie wyżej, aż prawie do »*spina anterior superior*«.

Kol. Doc. Kryński zauważył naocznie w klinice Kochera, że obecnie Kocher wprowadził modyfikacyę, polegającą na wgłabianiu worka przepuklinowego. Zresztą Kocher sam często używa sposobu Bassiniego.

Kol. Doc. Bossowski (Kraków) podnosi wyższość sposobu Bassiniego, mianowicie szerokie otwarcie, podczas gdy sposób Kochera daje dostęp ciasny. Raz zauważył kol. B. po użyciu sposobu Kochera obumarcie jądra, co zresztą nie przemawia oczywiście bezwzględnie przeciw temu sposobowi, lecz jest ostrzeżeniem przed operowaniem wogóle na ślepo.

Kol. Doc. Schramm równie jak kol. B. posiada duże własne doświadczenie co do operacyi przepuklin u dzieci — i operuje zawsze sposobem Kochera. Przypadki takie, jak kol. Bossowskiego zdarzają się i przy sposobie Bassiniego. Kol. Schramm samoistnie wpadł na obecnie używaną modyfikacyę, to jest wgłobienie worka, z wyników sposobu Kochera jest bardzo zadowolony; nawrotów nigdy nie zauważył.

Radca Dworu Prof. Rydygier zauważa, że Kocher swoją modyfikacyę t. j. wgłobienie, podał już na Zjeździe w Moskwie, acz nie dość wyraźnie. Dalej zwraca uwagę, że zdarzają się przypadki doszczętnego wyleczenia przepukliny pod wpływem samego paska przepuklinowego.

Kol. Doc. Bārącz (Lwów) zapytuje, czy kto z obecnych próbował zamiast szwu warstwowego, szwu materacowego i innych modyfikacyi, zapobiegających nekrozie uciskowej aseptycznej, — oraz jakie są wyniki tych modyfikacyi.

Kol. Krasowski ostrzega, aby przy szyciu mięśni szwów zanadto nie przyciągać, gdyż to właśnie jest przyczyną obumierania tkanek.

Kol. Prof. Trzebicky wyjaśnia, że do szwu w warstwach głębszych używa drutów metalowych i przez to uniknął ropienia w kanałach szwów, prócz chyba w szwach powierzchownych skórnych (jedwabnych). Kocherowskiego wgłobienia mowca nie próbował, bo miał z dawniejszą metodą zupełnie dobre wyniki. Na wybór sposobu nie wpływa wielkość przepukliny, lecz zachowanie się kanału; gdzie kanał szeroki, sposób Kochera nie jest wskazany, lecz Bassini. Szwu materacowego mowca nie używał, gdyż wogóle rzadko używa sposobu Bassiniego, gdzie szew ten może być zastósowany.

Kol. Doc. Bossowski: *W sprawie operacyjnego leczenia puchliny brzusznej przy marskości wątroby.* Mowca opisuje przypadek, w którym z powodu puchliny brzusznej wysokiego stopnia wykonał otwarcie jamy brzusznej i *Cholecystostomię.* W przypadku tym nastąpiło polepszenie, gdyż płyn gromadzi się w jamie brzusznej powolniej, niż przed operacyą. Teoretycznie biorąc ma działanie operacyi polegać na tem, że przez unaczynione zrosty, jakie się wytwarzają między jelitami i siecią a ścianą brzucha, wytwarza się krążenie oboczne, które ułatwia odpływ krwi z gałązek żyły wrotnej.

W rozprawach zabiera naprzód głos Radca Dworu Prof. Rydygier zwracając uwagę na ważność poruszonej sprawy.

Kol. Doc. Schramm sądzi, że wyniki pomyślne, osiągnięte zapomocą podanych przez kol. Bossowskiego sposobów, nie będą trwałe, ponieważ, jak sam kol. B. podniósł, zrosty z czasem stają się zbite, gorzej unaczynione i przestają służyć do krążenia obocznego. *Cholecystostomia* zdaje się zaś być zabiegiem zupełnie zbytecznym. Cel wykonanej przez kol. Bossowskiego *Cholecystostomii* niezupełnie jest jasny, gdyż w przypadkach, przytoczonych z literatury, w których ją wykonano, chodziło o *Cirrhosis biliaris infectiosa*, a tej w przypadku kol. Bossowskiego, jak się zdaje, nie było.

Kol. Doc. Kryński wyjaśnia, że w przypadku Delageniera istniała żółtaczka i stąd D. starał się przez cholecystostomię działać na samą przyczynę choroby. Zresztą kol. K. zapatruje się na rzecz podobnie sceptycznie, jak K. Schramm.

Kol. Kijewski (Warszawa) również podziela sceptyczne poglądy kol. Schramma, lecz spodziewa się wyjaśnienia sprawy od doświadczeń na zwierzętach.

Kol. Doc. Bārącz jest podobnego zdania, jednak sądzi, że może działać tu będą cośkolwiek lepsze warunki odżywcze w otrzewnej.

Kol. Doc. Ciechanowski zwraca uwagę, że zabiegi, o których mowa, mogą mieć znaczenie li tylko objawowe; wynik ich w pierwszym rzędzie zależeć musi od stanu wątroby; w formach marskości, postępujących szybko, wszelkie zapobieganie puchlinie brzusznej nie przedłuży chyba o wiele życia chorego, natomiast w postaciach wolniej przebiegających, stałe usunięcie lub zmniejszenie puchliny brzusznej (zamiast ciągłych nakłóć, łatwo dających powód do zakażenia) nie byłoby dla ustroju bez znaczenia. Z drugiej strony jednak podnieść należy, że wytworzenie zrostów otrzewnowych może mieć wpływ mechaniczny na czynności jelit; co ważniejsza, krążenie oboczne, sztucznie wytworzone w tym stopniu, że wykluczyłoby zupełnie działanie wątroby, mogłoby wprowadzić do obiegu krwi produkty szkodliwe, wessane z jelit, z których inaczej część przynajmniej mogłaby być zobojętnioną przez działanie fizyologiczne zdrowej jeszcze części tkanki wątrobowej. Doświadczenia na zwierzętach, wbrew zdaniu kol. Kijewskiego, prawdopodobnie nie przyczynią się zbyt wiele do rozjaśnienia omawianych zagadnień, ponieważ w doświadczeniach takich niełatwo otrzymać zmiany chorobowe wątroby, dokładnie odpowiadające zmianom wątroby ludzkiej, których rodzaj i stopień w całem tem zagadnieniu pierwszorzędną gra rolę.

W rozprawach przemawiali jeszcze kol. Pruszyński (Warszawa) i prelegent. Na tem zakończono pierwszy dzień Zjazdu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Bumm występując przeciw Wertheimowi, zaleca przeciwnie operować przez pochwę właśnie te przypadki, w których istnieje niedokrewność i osłabienie z powodu długich krwotoków. Tych przypadków nigdy nie należy operować przez laparotomię. Przez pochwę operowane znoszą takie chore godzinami trwający zabieg o wiele lepiej, niż znacznie krótszy przez laparotomię. B. radzi każdy przypadek, który operuje się przez pochwę, tak przysposobić, żeby w razie potrzeby można było operacyi dokończyć przez laparotomię. B. jest zwolennikiem całkowitego wycinania macicy. Leczenie włókniaków elektrycznością daje wprawdzie lepsze skutki, aniżeli wyskrobanie macicy, jednakże skutki te są wogóle niepewne i trzeba leczyć miesiącami. Stąd też leczenie elektrycznością obejmować może chyba tylko te przypadki, w których albo włókniaki są małe, albo dla pewnych przyczyn nie mogą być operowane. O wyborze drogi operacyjnej nie decyduje wielkość włókniaka, ale jego usadowienie. Włókniaków śródwięzadłowych nie powinno się pod żadnym warunkiem operować przez pochwę. Poprzecznie położone (*transversal entwickelte*) włókniaki również nie nadają się do operacyj przez pochwę.

Schatz używa, jeżeli nie można z jakiejś przyczyny włókniaka operować, *Ext. hydrastis* w wielkich dawkach, 5·00 grm. na jedno wstrzyknięcie. Leczyć wstrzykiwaniami należy miesiącami, nawet podczas miesiączki, dochodząc do 150 wstrzykiwań. W jednym przypadku leczył S. chorą w ten sposób przez dwa lata. Oprócz *Ext. hydrastis* używa S. 4·00 grm. wstrzykiwań ergotyny.

Mackenroth radzi używać zamiast elektryczności, która zupełnie nie pomaga, ergotyny; należy też próbować tamponady. Przy wycięciu macicy radzi M. pozostawiać kikut. W przypadkach powikłanych lub zapalnych nie należy operować zapomocą zgniatania naczyń (*angiothrypsia*), ponieważ w jednym przypadku zdarzyło się M. zacisnąć przy tem moczowód.

Lohlein. Przy leczeniu paliatywnem włókniaków ważnym środkiem jest wyskrobanie macicy, które wykonane aseptycznie nie jest niebezpieczne. Przy wyborze operacyi należy zwrócić uwagę na to, czy chora jest wieloródką, czy pierwiastką; w pierwszym razie operować przez pochwę, w drugim nie. Przez pochwę można operować nie tylko małe, ale i wielkie włókniaki. Włókniaków, których nie można wyłuszczyć, nie będzie można również zmniejszyć przez kawałkowanie. Pozostawiony kikut macicy można leczyć zewnątrzotrzewnowo, jednakże L. przekłada postępowanie wewnątrzotrzewnowe. Przy laparotomii należy chorą ułożyć na sposób Trendelenburga.

Olshausen. Włókniaki nieotorbione trafiają się bardzo rzadko. Gdy przy badaniu chorej wykryje lekarz włókniak, o którym chora nie wie i który żadnych jej nie sprawia dolegliwości, nie tylko nie powinno się go operować, ale nawet nie należy o nim chorej wspominać, bo przez to tylko wywołuje się u chorych niepotrzebne zaniepokojenie. Od O. często żądają chore operacyi dla tego jedynie, że któryś z lekarzy zwrócił ich uwagę na istnienie nowotworu macicy. O. w takich razach nie operuje, lecz zaleca

chorej zupełnie nie troszczyć się o to, że włókniak rośnie; dopóki nie sprawia on dolegliwości, nie może być niebezpiecznym. Jako powikłania włókniaków zauważył O. wrzody okrągłe żołądka i zatory niezakaźne; rzadko tylko zdarzają się zatory zakaźne, znamionujące się gorączką. Wyłyżeczkowania przy włókniakach można próbować, gdy one są małe i twarde. Wyłyżeczkowanie samo może czasem usunąć dolegliwości nawet na lat kilka. Przy wycinaniu macicy należy zachować jajniki, osobliwie u młodych osób, bo im młodsza chora, tem cięższe po usunięciu jajników zdarzają się dolegliwości. Gdy nie można obu, to należy starać się zachować przynajmniej jeden jajnik. Do dobrego wyniku operacyi bardzo wiele przyczynia się dobra technika. Macicę całkowicie wycinać należy wówczas, gdy włókniak jest albo bardzo wielki, albo leży na szyjce macicy. Zdarza się niekiedy, że na pozostawionym kikucie wytwarza się rak; ale to najczęściej wtenczas, gdy tętnica maciczna została podwiązaną z powodu niedostatecznego odżywienia kikuta.

Z w e i f e l. Do objawowego leczenia włókniaków nadaje się ergotyna lepiej, aniżeli *Ext. Hydrastis*. Przy operacyi należy zachować jajniki. Zweifel woli całkowite wycięcie macicy, niż amputacyę, bo chore później często uskarżają się na dolegliwości, wywoływane przez pozostawiony kikut.

R o s t h o r n. Co się tyczy objawowego leczenia włókniaków, widać z rozpraw, że ogół niema do tego sposobu zaufania; mimo to R. bardzo ceni ten sposób w tych przypadkach, które albo z jakichkolwiek powodów nie mogą być operowane, albo w których niema koniecznych wskazań do operacyi. R. zaleca wstrzykiwania ergotyny i *Hydrastis*. Leczenie objawowe nie powinno się jednak za długo przeciągać, bo często do operacyi zgłaszają się tak wyniszczone chore, że wynik operacyi jest wątpliwy. Częste manipulacye w macicy są nieodpowiednie. Sposób Apostolego w leczeniu włókniaków prawie już zarzucono, chociażby z tego powodu, że później powstają łatwo sposoczenia. Co się tyczy wpływu lat przejściowych *(climacterium)* na włókniaki, to zauważył R., że często zaczynają one w tym czasie rosnąć z ogromną szybkością bez żadnej widocznej przyczyny. Stałych reguł do operacyi włókniaków nie można stwarzać, bo każdy przypadek ma swe odmienne cechy. Wielkie, nieruchome włókniaki należy operować przez laparotomię, mniejsze przez pochwę, jednak i w tym razie nie da się naprzód oznaczyć, czy włókniak jest otorbiony. Na wybór drogi operacyjnej nie wpływa wielkość, lecz raczej ruchomość włókniaka. Wszystkie przypadki należy indywidualizować i nadzwyczaj dokładnie badać, zanim się coś stałego postanowi. Co się tyczy wielkości włókniaka, to jak wynika z toku rozpraw, włókniaki ruchome, sięgające do pępka, można operować przez pochwę; większe nie nadają się do operacyi tą drogą. Czy wycinać macicę całkowicie, czy też amputować, zostawiając kikut dłuższy lub krótszy? Zweifel zaleca pozostawiać jak można najdłuższy kikut, zawierający jeszcze błonę śluzową macicy. Jajniki należy również zostawiać, jeżeli tylko niema przeciwwskazania. Czasami zdarza się wprawdzie, że pozostawione jajniki sprowadzają zrosty i następowe dolegliwości, że mogłyby w nich powstać nowotwory i t. d.; ale gdy się porówna te dolegliwości z nadzwyczaj ciężkimi nieraz objawami psychicznemi i nerwowemi, które nader często sprowadza wytrzebienie, a które nieraz latami trwając unieszczęśliwiają poprostu chore, lepiej jest zostawiać jajniki. Wpływ wytrzebienia na ustrój bywa zresztą u różnych osobników bardzo rozmaity. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 sierpnia.

— *Wiener Zeitung* ogłasza, że profesorem chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie mianowany został Dr. Bronisław K a d e r, dotychczas docent uniwersytetu wrocławskiego.

— Kalendarz lekarski krakowski na r. 1900 wyjdzie w tym roku w ciągu miesiąca września. Ponieważ już obecnie firmy wydawnicze niemieckie poczynają zarzucać Galicyę ogłoszeniami o niemieckich kalendarzach lekarskich, przeto przypominamy o polskiem wydawnictwie tego rodzaju, które przez szereg lat wyrobiło sobie rzeczywiście zasłużone uznanie, a doskonaląc się z roku na rok, conajmniej dorównuje kalendarzom zagranicznym; nie mamy zaś chyba żadnego powodu popierać wydawnictw niemieckich, posiadając rzecz we własnym języku, która, prócz innych, tę jeszcze wyższość nad zagranicznemi posiada, że jest do naszych warunków ściśle zastósowaną.

— Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu 29 (16—22. VII. 1899). Małżeństw 9 (5·59), urodzin 48 (29·8), skonów 56 (34·78). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 24:7, u żydów 5:10. Z chorób zakaźnych ostrych zmarła tylko jedna kobieta na płonicę.

— W znanej czytelnikom »Przeglądu« sprawie miejskiej Kasy chorych w Krakowie zaznacza się, jak nas poinformowano, godna uwagi solidarność lekarzy, gdyż wszyscy, mogący zająć miejsce czterech ustępujących kolegów, zajęli odporne stanowisko względem dotyczących propozycyj Zarządu Kasy, uważając jego postępowanie za szkodliwe interesom stanu lekarskiego.

— W Szczawnicy do 24 lipca b. r. bawiło 1891 osób.

— Rosyjskie Tow. lekarskie, istniejące w Warszawie, otrzymało ze skarbu państwa roczną zapomogę w kwocie 500 rubli na przeciąg lat pięciu. (*St. Petersb. med. Woch.* 99. 27).

— XIII międzynarodowy zjazd lekarski odbędzie się w Paryżu 2—9 sierpnia 1900 r. Prezesem biura zjazdu jest Lannelongue (rue François I, 3), sekretarzem głównym Chauffard (rue Saint-Guillaume 21), skarbnikiem Duflocq (rue Miromencie 64) Prezesem komitetu głównego jest prof. Brouardel, wiceprezesami Bouchard i Marey. Adres biura: rue de l'Ecole-de-Médecine 21. Składka wynosi 25 franków; cudzoziemscy uczestnicy mogą się zgłaszać przez komitety krajowe. Posiedzeń ogólnych będzie dwa; wykłady w sekcyach trwać mogą najwyżej minut 15, przemówienia w dyskusyach minut 5; urzędowym językiem zjazdu jest francuski, prócz tego dopuszczone są języki niemiecki i angielski. Ostatni termin zgłaszania wykładów oznaczono na 1-go maja 1900 r. Sekcyi naukowych utworzono 23, mianowicie: anatomii, histologii, fizyologii, patologii, bakteryologii, anatomii patologicznej, patologii wewnętrznej, chorób dziecięcych, terapii i farmakologii, neurologii, psychiatryi, dermatologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii dróg moczowych, oftalmologii, laryngologii, otyatryi, stomatologii, położnictwa, ginekologii, medycyny sądowej i medycyny wojskowej.

Mianowania i odznaczenia. Prof. R ö n t g e n przenosi się z Würzburga do Monachium. Mianowani dyrektorami klinik w Genewie: Prof. M a y o r — chorób wewnętrznych, Prof. J e n t z e r — położniczej, Prof R e v e r d i n — chirurgicznej. W Birningham mianowany profesorem anatomii patol. i bakteryologii Dr. R. T. C. L e i t h, profesorem medycyny sądowej Dr. J. T. M o r r i s o n

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta Lekarska* Nr. 30. J. P e s z k e: Wspomnienie pośmiertne Józefa Majera. M. K o s z k o w s k i: Przyczynek do nauki o odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapna. Dr. J. F a j e r s z t a j n: Polymyositis primaria (c. d.). *Medycyna* Nr. 30. R. G u l o w s k i: O odczynie Florencea przy badaniu plam nasiennych pod względem sądowo-lekarskim (dok.). Dr. Fr. N e u g e b a u e r: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach (dok.).

Redakcya otrzymała:

— W. K a m a n i n: O nagnoenii pod wljaniem mikrobow (praca uwieńczona złotym medalem. Kijów, 1899.

— Dr. Zygmunt W a c h t e l: Dwa przypadki ciąży zamacicznej.

— Dr. Adam A c k e r m a n: Przypadek nerwobólu 3-ciej gałęzi n. trójdzielnego, wywołanego wskutek ucisku przez ząb nadliczbowy.

— Dr. Władysław D z i e w o ń s k i A) O wieloogniskowem występowaniu raków, B) Przyczynek do techniki szwu nerwowego.

— Dr. Władysław H o j n a c k i: W sprawie leczenia gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową. Odbitki z książki pamiątkowej. Kraków, 1899.

Zastępca redaktora odpowiedzialnego:
Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

KONKURS.

Dyrekcya kolei państwowych w Stanisławowie ogłasza konkurs na posadę lekarza kolejowego dla okręgu lekarskiego II w Stanisławowie, obejmującego personal urzędu ruchu w Stanisławowie. Dotyczące podania wnosić należy najdalej do dnia 10 sierpnia b. r. do dyrekcyi kolei państwowych w Stanisławowie.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 19 Sierpnia 1899. Nr. 33.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 19 Sierpnia 1899. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z pracowni chemicznej kliniki lekarskiej Prof. Dra Ant. Gluzińskiego we Lwowie.**

Wpływ soli mineralnych na przemianę materyi w gorączce.

Podał

Dr. W. D. Moraczewski.

W przeciągu trzech ubiegłych zim zajmowałem się badaniem przemiany materyi w zapaleniu płuc, poczęści w zamiarze poznania bilansu chlorków, fosforanów i wapna w gorączce, potrochu w celu próbowania wpływu soli kuchennej i fosforanu wapna na wydzielanie azotu w gorączce. W ciągu badań nasunęło się dużo innych pytań, które w części tylko dały się uwzględnić, a które mimo to zepchnęły na drugi plan pierwotny cel pracy. Mam zamiar podać krótkie sprawozdanie z moich doświadczeń, opuszczając długie tablice i historye chorób, które gdzieindziej pomieszczę.

Przy omawianiu wyników zdam sprawę po kolei z zachowania się azotu, chloru, fosforu i wapna, naprzód bez wszelkiego współdziałania soli, a potem w zależności od używanych przez nas środków.

Wydzielanie azotu w gorączce jest mało zależne od pożywienia, to znaczy, że pewna ilość azotu wydzielana zostaje bez względu na to, czy żywność w azot obfituje, czy nie. Oczywiście, że ilość wydzielonego azotu waha się bardzo; zarówno dla pewnego ustroju, a tembardziej dla ogółu, nie da się ustalić żadne prawidło. Ten sam chory może wydzielić 7 i 30 grm. azotu dziennie. Napotykaliśmy liczby niższe i wyższe. Jako prawidłowy rozkład azotu przyjąćby można 15—20 grm. azotu dziennie. Otóż ta ilość nie jest zależną od pożywienia i chory wydziela tyleż azotu przy skąpem pożywieniu, przedstawiającem wartość 7 grm. azotu, co i przy dobrem, które zawiera 10 lub 14 grm. Wydzielenie azotu w czasie gorączki bywa zazwyczaj mniejsze, niż w pierwszych dniach po przełomie. Nadmierne wydzielenie azotu w pierwszych dniach bezgorączkowych jest prawie stałem zjawiskiem, potem dopiero spada ilość azotu i zaczyna stosować się do ilości pożywienia. Ponieważ ilość wydzielonego azotu jest stałą, zatem możemy bardzo łatwo doprowadzić ustrój do równowagi azotowej, albo nawet do przyrostu, przez podawanie większych ilości części azotowych. Ilość bowiem zatrzymywanego albo traconego azotu zależną jest od ilości doprowadzonego. Sprawdzili to wielokrotnie Leyden, Buss i Hösslin; tembardziej dziwne wydało mi się wypowiedziane przez Benedikta mniemanie, jakoby w gorączce należało przyzwyczajać komórki do ubogiego w azot pożywienia, aby tem obficiej zatrzymywały azot po gorączce. Doświadczenia nasze wykazują niewątpliwie, że obfite doprowadzanie azotu wpływa na zatrzymanie azotu zarówno w czasie gorączki, jak i potem. Wynika stąd, że przez silne żywienie doprowadzamy straty azotu do *minimum*, a w pogorączkowym okresie wywołujemy zatrzymanie azotu. Czy ów zatrzymany azot po gorączce jest zyskiem, czy dowodem słabej przeróbki w ustroju, na to trudno odpowiedzieć. W każdym razie zyski ustroju można wykazać liczebnie i stwierdzić co dnia 1 grm. do 13 grm. jako nadwyżkę dla ustroju.

Na zmniejszenie wydzielenia azotu w gorączce wpływa cukier. Wykazał to już May w doświadczeniach na psach. Z liczb znalezionych przezemnie daje się wyciągnąć ten sam wniosek; przy dodawaniu 100 grm. cukru do pokarmów zmniejszyliśmy wydzielenie azotu mniej więcej o 5 do 11 grm. dziennie.

Wydzielanie chlorków podlega zupełnie innym prawom, niż wydzielanie azotu. Ilość wydzielonego chloru jest nie stała i zależna od ilości wprowadzonego. Organizm gorączkujący wydziela mało chlorków, a raczej zatrzymuje stale chlorki i inne sole. Zatrzymywanie chlorków bywa rozmaicie silne. W przypadkach ciężkich chlorki stosunkowo mniej bywają zatrzymane, niż w typowym przebiegu zapalenia płuc. Bardzo być może, że skąpe zatrzymanie chlorków zależy od stosunkowo małego zatrzymania wody, a małe zatrzymanie wody odpowiada może tym warunkom, które Samuel sztucznie tworzył, zaciskając tętnicę. Samuel wykazał wówczas skłonność do obumierania oparzonych części i dowiódł, że należyty dopływ krwi przyczynia się do wygojenia. Moglibyśmy w przypadkach zapalenia płuc, w których przez wyjątkowe zachowanie się chlorków przeczuwamy brak dopływu krwi, przypuścić także obumieranie części zapalonych i objaśniać tem groźny przebieg. Po przełomie chlorki często wydzielają się jeszcze skąpiej, niż w gorączce, dopiero po kilku dniach wznosi się ich ilość do wysokości prawidłowej, czasem ją przekracza. Nie w każdym przypadku można się jednak doczekać owego wielokrotnie omawianego nadmiernego wydzielenia chlorków i bardzo być może, że potrzeba długiego czasu, zanim ustrój pozbędzie się całej ilości zatrzymanych chlorków, być może, że wszystkiej ilości nie oddaje wcale i w takich zmianach szukać należałoby usposobienia albo odporności dla przebytej choroby. Z bilansu chlorków przekonaliśmy się, że prawie zawsze 90% wprowadzonego chloru ulega zatrzymaniu. Zatem na zatrzymanie chloru nie można wpłynąć silniejszym dowozem chlorków. Ustrój nadmiar chloru wydala. Ustrój ma pewną koncentracyę, pewne stężenie stałe, pewne nasycenie dla chlorków. Nie dostrzegaliśmy natomiast ani nasycenia azotem, ani wydzielania nadmiaru azotu. Różnicę tę należy za-

znaczyć, bo spotkamy ją znowu przy omawianiu fosforu i wapna.

Wydzielanie fosforanów przypomina wydzielanie azotu, jest stałe i od dopływu fosforanów niezależne. Wydzielanie wzmożone jest w gorączce i w pierwszych dniach po przełomie i prawdopodobnie poprzełomowe wydzielanie stoi w styczności z powiększeniem wydzielania azotu, a zmniejszeniem chlorków i wapna. Fosforany mają tak rozmaite pochodzenie i rozmaitą rolę, że oznaczenie samego fosforu nie może doprowadzić do żadnych wyraźnych wniosków. Niektórzy autorowie utrzymują, że fosforany nie wydzielają się nadmiernie. Ogólne mniemanie jest wprost przeciwne. Różnica zdań pochodzi niewątpliwie stąd, że w wydzielaniu fosforanów spotykamy wahania, że obok bardzo obfitego wydzielania spotykamy zatrzymanie. Fosforany powstają przy rozkładzie białek i dla tego muszą się w gorączce wydzielać na równi z azotem. Jeżeli jednak porównamy stosunek azotu do fosforanów w pożywieniu ze stosunkiem tym samym w wydzielinach, to przekonamy się prawie w każdym przypadku, że fosforu wydziela się mniej. Fosfor zatem zostaje zatrzymany i, zdaniem mojem, dzieli los chlorków t. j. wsiąka w tkanki. Ponieważ jednak fosforany bez porównania wolniej przeprowadzają elektryczność, bez porównania mniej są ruchliwe od chlorków, zatem chlorki szybciej i obficiej wsiąkają i wyprzedzają fosforany. Fosforany tylko wtedy ulegają wessaniu, jeżeli chlorków nie wystarcza dla pokrycia potrzeb koncentracyi. Jeżeli dodamy chlorków sztucznie do pożywienia, wtedy chlorki zastępują fosfor, a w wydzielinach spotykamy ten sam stosunek fosforu do azotu, co w pożywieniu.

Wydzielanie wapna ulega zmniejszeniu w czasie gorączki. Zarówno przez nerki, jak i przez kiszki, wydziela się wapno bardzo skąpo. Wydzielanie przez nerki może dojść do śladów, które zaledwie dadzą się zważyć. Zależności między wydzielaniem a ciężkością przypadków wykryć nie można. Zauważyłem kilkakrotnie, że na dzień przed przełomem ilość wapna raptownie opada; ponieważ żaden z innych składników nie ulega tej zmianie, zatem gotowiśmy przypuścić, że jakaś zmiana nerwowa powoduje takie obniżenie. Wiadomo od czasów doświadczeń Naunyna, że azot przed gorączką może się wydzielać nadmiernie. Może i wapno przed opadaniem gorączki zmienia raptem ilości wydzielone. Niewytłómaczony ten objaw nie wszędzie można spotkać, ale gdzie on się zdarzy, tam jest niezawodnym znakiem zbliżania się przełomu. Ogólnie da się o wapnie powiedzieć to samo, co mówiłem o chlorkach. Zupełnie jak chlorki, daje się wapno przez podawanie soli wapniowych podnosić w wydzielinach, podobnie jak chlorki pewna część, około 80%, ulega zatrzymaniu. Po przełomie następuje powolne wznoszenie się wydzielania, poprzedzone czasem jednorazowem opadnięciem wydzielonej ilości. Wapno w kale przewyższa zawsze fosfor, ale w czasie gorączki stosunek odpowiada soli kwaśnej, t. j. ilość wapna ma się do fosforu, jak 80 do 60. W czasie bezgorączkowym ilość wapna jest dwa razy większą od ilości fosforu, 120 do 60, stosunek odpowiadający obojętnej soli fosforanu wapna. Możemy zatem przypuszczać, że albo nadmiar fosforu przeistacza sól obojętną w kwaśną, albo wapno zatrzymywane nie nasyca kwasu fosforowego.

Oznaczaliśmy w niektórych przypadkach magn i przekonaliśmy się, że zachowanie się soli magnowych odpowiada zachowaniu się fosforu. Magn obficiej wydziela się w gorączce, dochodzi swego *maximum* w dniu przełomu, a spada w okresie bezgorączkowym.

Tyle co do naszych bezpośrednich spostrzeżeń.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierownictwem Dra M. Rutkowskiego.

O ranach postrzałowych wątroby.

Podał

Dr. Ryszard Urbanik.

(Dokończenie).

Za główny postęp w leczeniu zranień wątroby należy uważać wprowadzenie do chirurgii wspomnianej już zasady, opiewającej, że każda rana postrzałowa brzucha wymaga wykonania laparotomii ze względów rozpoznawczych i leczniczych. Im wcześniej po zranieniu zabieg ten zostanie wykonany, tem większe jest prawdopodobieństwo pomyślnego wyniku. Jedynie w tych przypadkach, w których możemy z całą pewnością wykluczyć równoczesne zranienia innych narządów, a główne objawy ze strony rany w wątrobie nie wymagają natychmiastowego wkroczenia, wyczekiwanie mogłoby być usprawiedliwionem. Badanie ustawiczne stanu ogólnego, badanie tętna daje w tych razach wskazówki, dotyczące dalszego zachowania się chirurga. Ponieważ podobne przypadki uważane być mogą za wyrozumowane lub co najwyżej wyjątkowo tylko się przydarzające, przeto powyższa zasada powinna być w praktyce stosowaną w całej osnowie.

O ile stan ogólny na to pozwala, może być zastosowanem uśpienie chloroformowe lub eterowe. Wobec stanu ogólnego, podupadłego wskutek ostrej niedokrewności, użyć można do znieczulenia powłok sposobu Schleicha. Zdaniem Langenbucha punktem wyjścia dla cięcia laparotomijnego powinna być rana w powłokach. Zdaje mi się, że kierowanie cięcia zależnie od rany w powłokach przedstawia w porównaniu z cięciem w linii białej pewne niedogodności. Przedewszystkiem czyni cięcie w linii białej inne narządy, położone w jamie brzusznej, dostępniejszymi dla dokładnego zbadania. Powtóre pozwala cięcie to uniknąć wykroczenia przeciw zasadom aseptyki, popełnionoby je zaś, rozpoczynając cięcie przy laparotomii aseptycznej od rany, co do której pod względem stanu aseptycznego poważne muszą zachodzić wątpliwości. Cięcie w linii środkowej uzupełnionem być może w razie potrzeby cięciem dodatkowem, biegnącem poniżej i równolegle do prawego łuku żebrowego. Po otwarciu jamy brzusznej i usunięciu skrzepów i świeżo wylanej krwi należy przedewszystkiem odszukać miejsce krwawiące. Niekiedy siedziba rany wymaga szczególnych zabiegów, celem utworzenia wygodnego do niej dostępu. Ranę postrzałową, usadowioną na szczycie lub przedniej powierzchni wypukłości wątroby udostępnić można silnem zesunięciem jej ku przodowi i dołowi. Więcej trudności przedstawiają rany tylnej powierzchni. W tych przypadkach przecięcie więzadeł, wytwarzając większą ruchomość narządu, umożliwia dotarcie do miejsca krwawiącego. Langenbuch uważa przecięcie szerokiego więzadła wieńcowego *(lig. coronarium)* i bocznych więzadeł trójkątnych *(lig. triangularia)* za dopuszczalne,

„gdyż chodzi tu o uratowanie życia, a nie o utrzymanie ciągłości więzadeł“. W niektórych przypadkach dobre usługi oddać może sposób Lannelonguea, a mianowicie resekcya chrząstek 8—11 żebra w części niepokrytej opłucną. Skoro rana stała się dla badania dostępną, należy zdać sobie sprawę z jej jakości, a przedewszystkiem z tego, czy mamy do czynienia z raną przeszywającą, czy też z przestrzałem, ślepo się kończącym. Stwierdzenie tej drugiej możliwości zwalnia od przeszukiwania innych narządów jamy brzusznej. Innego znaczenia szczegół ten niema, gdyż obecność pocisku nie może żadną miarą wpływać na wskazania i rodzaj zabiegu. Tkwiące w ranie ciała obce, jak pociski i odłamki kostne, usuwać można o tyle, o ile one dają się usunąć bez zastosowania szczególniejszych zabiegów. Podejmowanie szczególnego zabiegu, mającego na celu wyłącznie usunięcie pocisku, stoi w rażącej sprzeczności z zasadami nowoczesnej chirurgii. König uważa poszukiwanie pocisku za dopuszczalne tylko w tych przypadkach, w których mamy pewność co do siedziby pocisku, a wydobycie jego nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla życia. Langenbuch w zasadzie nie sprzeciwia się usiłowaniom wydobycia pocisku, o ile przez nie nie marnuje się zawiele w tych przypadkach tak drogiego czasu. Najtrafniejszem jest bezsprzecznie zapatrywanie Terriera i Auvraya, którzy ogólnie twierdzą, iż pociski można tylko wtedy usuwać, jeżeli się to daje uskutecznić bez wywoływania dalszych zranień. Z jednej strony liczne spostrzeżenia kliniczne, w których pociski tkwiły przez długi czas w miąższu wątroby, nie wywołując żadnych groźniejszych objawów z drugiej zaś strony doniesienia o gwałtownych krwotokach, towarzyszących usuwaniu pocisku, stanowczo przemawiają na korzyść biernego zachowania się.

Jedno spojrzenie na ranę poucza o szczególe, pozwalającym ocenić grozę zranienia. Tym szczegółem jest krwotok. Od jego nasilenia zależy całe postępowanie chirurga. Krwotok bywa w tych przypadkach niekiedy tak gwałtownym, iż natychmiast obmyślone postępowanie musi być zastosowane już w kilku następnych chwilach. Celem łatwiejszego rozpatrzenia się w ranie, zalewanej ustawicznie krwią, i celem zyskania na czasie można za radą Langenbucha ucisnąć lub tymczasowo podwiązać tętnicę krezkową górną *(a. mesaraica super.)*, przez co chwilowo zdołamy nieco zmniejszyć nasilenie krwotoku. Środkami, tamującymi krwotok z wątroby, są: podwiązanie naczyń odosobnionych lub angiotrypsia, tamponowanie, szew i działanie wysokiej ciepłoty, jak termokauter lub gorąca para. Najdzielniejszym z tych środków jest szew wątroby. Zgadza się na to przeważna liczba chirurgów, którzy mieli sposobność zwalczać podobne krwotoki. Liczne doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne stwierdziły szczegół, dawniej nieznany, że zdrowy miąższ wątroby zupełnie nadaje się do założenia szwów. Wyjątkowo trudnem może być ich założenie w wątrobie młodych osobników (Schlatter), lub w miąższu, zmienionym chorobowo np. skrobiowato zwyrodniałym. (J. Smits). W razie krwotoku z rany szczelinowatej należy brzegi jej dokładnie zbliżyć szwami, które zazwyczaj krwotok dokładnie zatamują. Jeżeli napotkamy w ranie naczynia większe, krwawiące, należy je podwiązać. Jeżeliby podwiązanie z powodu niekorzystnego położenia naczynia krwawiącego natrafiało na nieprzezwyciężone trudności, możnaby pozostawić założone kleszczyki. O wartości angiotrypsyi w tych przypadkach orzekać nie można, gdyż zupełnie brak odnośnych spostrzeżeń kazuistycznych. Do szycia należy używać materyału grubego, gdyż tem zapobiega się łatwemu przecinaniu zakładanych szwów. Najlepiej nadaje się do tego gruby katgut, gdyż ulegając wessaniu nie będzie on odgrywał roli ciała obcego. Igły muszą być płaskie lub krągłe o końcach tępych, jakiemi się posługiwali w swoich doświadczeniach Kusnezow i Penski. W przypadkach ran szczelinowatych, drążących w głąb miąższu, należy zakładać szwy głębokie, które można uzupełnić szwami, chwytającymi sami torebkę. Przy płytkich rozdarciach wystarcza ostatni rodzaj szwów. Burckhardt sądzi, że jedynie w tych przypadkach można szwem krwotok zatamować, w których igłą daje się podejść pod dno rany. Spostrzeżenia Schlattera zbijają zupełnie to zdanie. Mimo oczywistych zalet szwu wątroby odzywają się głosy, powątpiewające o jego skuteczności jako środka, tamującego krwotok. Vanverts n. p. nie przeczy temu, że szew w wątrobie założyć można, mniema jednakowoż, że z powodu znacznej kruchości miąższu środek ten mało się nadaje do zwalczania krwotoku. Jednakże wobec tego, że przeciwnicy są nieliczni, a dowody ich nie są czerpane z praktyki, środek ten do chwili obecnej, wśród innych zajmuje pierwsze miejsce.

Gdyby założenie szwów było niemożebnem, lub założone szwy niezupełnie tamowały krwotok, można korzystać z innego, również dzielnego środka t. j. tamponowania. Wprowadzenie tamponu z wyjałowionej gazy do przestrzału pozwala dokładnie zatamować krwotok. W przypadkach przestrzałów, ślepo się kończących, zeszycie wlotu postrzału okazać się może wystarczającem, jak o tem świadczy przypadek, operowany przez Rueppa w klinice Kroenleina. Przyszyciem sieci do rany zatamować się daje krwotok z oderwanego brzegu wątroby. (Snegirew).

Termokauter stósować można przy krwotokach z draśniętej powierzchni lub z miejsca, niedostępnego dla szwów. Przy krwotokach z większych naczyń środek ten niema znaczenia, a zdaniem Tansiniego zawodzi on bardzo często nawet przy nieznacznych krwotokach miąższowych.

To samo można słusznie twierdzić o stosowaniu gorącej pary. Jakkolwiek Snegirew, który pierwszy uciekł się do tego postępowania z pomyślnym skutkiem w krwotoku przy resekcyi wątroby, zaleca go gorąco, to trudności, jakie się nasuwają przy użyciu tego środka w przypadkach nagłych, nakazują nie brać go w tych razach w rachubę.

Z chwilą zatamowania krwotoku spełnił chirurg najważniejsze swoje zadanie wobec rany wątroby. Leczenie następowe i zwalczanie dołączających się powikłań przeprowadza się według zasad ogólnych i wskazówek, podanych przez tak znakomicie wykształconą chirurgię wątroby.

Za wzór postępowania w przypadkach ran postrzałowych wątroby posłużyć może przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w ciągu przeszłego roku w klinice chirurgicznej. Przypadek ten dał mi pochop do rozpatrzenia się w odnośnej literaturze i skreślenia na jej podstawie powyższego szkicu.

Przebieg przypadku tego przedstawia się, jak następuje:

K. M., liczący lat 23, otrzymał w dniu 22. XI. 1898 r. postrzał w okolicę podżebrza prawego z pistoletu gładkiego (8 mm.) z odległości około 18 kroków. Raniony postąpił po postrzale kilka kroków. Obecny przy wypadku lekarz opatrzył antyseptycznie rany, które niezna-

cznie krwawiły i zarządził przewiezienie chorego do kliniki, gdzie przyjęto go w niespełna godzinę po wypadku.

Badanie wykazywało następujący stan: Osobnik miernie zbudowany, słabo odżywiony. Powłoki skórne blade. Tętno przyspieszone (100), słabo napięte. Chory zupełnie przytomny, leży z kończynami zgiętemi w stawach kolanowych i skarży się na gwałtowne bóle w brzuchu. Bóle te są rozlane, chory nie określa dokładniej ich siedziby. Brzuch nie jest wzdęty, przy ucisku bolesny. Odgłos wypukowy nad nim wszędzie jawny. Nieco na wewnątrz od linii sutkowej prawej, tuż pod łukiem żebrowym, znajduje się w powłokach otwór dokładnie okrągły, średnicy około 6 mm., o brzegach gładkich. W świetle tego otworu znajdują się świeże skrzepy. Na skórze w okolicy tego otworu znajdują się nieliczne plamy, pochodzące od świeżo skrzepłej krwi. Otwór drugi, okazujący te same cechy, jak poprzedni, tylko o brzegach nieznacznie strzępionych, znajduje się w linii sutkowej lewej, na 3 palce poniżej łuku żebrowego. Wobec pewności, że zachodzi przypadek rany postrzałowej, przeszywającej brzuch, i wobec szybko wzmagających się objawów ostrej niedokrewności przystąpiono natychmiast po przyjęciu chorego do operacyi. W czasie przygotowania do niej, a mianowicie podczas odkażania pola operacyjnego, chory począł tracić przytomność, tętno stało się szybszem, słabo wyczuwalnem.

Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem. Operował Dr. Rutkowski. Cięcie w linii środkowej od wyrostka mieczykowatego do pępka. W cięciu tem otwarto jamę brzuszną. Po usunięciu z niej znacznej ilości świeżo wylanej krwi odszukano miejsce krwawiące, którem okazała się rana w wątrobie. Na przedniej powierzchni prawego płata wątroby w odległości około 4 ctm. od jej brzegu znajduje się szczelinowate rozdarcie o brzegach wystrzępionych, długości około 10 ctm., głębokości około 2 ctm., biegnące prawie równolegle do brzegu wątroby. Szczelina ta ma na przekroju kształt trójkąta, zwróconego podstawą ku powierzchni wątroby. Rana ta gwałtownie krwawi. Przystąpiono do jej zeszycia. Użyto igieł Kusnezowa i Penskiego. Pierwszy szew jedwabny przeciął tkankę, wskutek czego użyto w dalszym ciągu szwów katgutowych grubych (Nr. 6). Szwy silnie przyciągano, brzegi rany dobrze się dostosowały. Zakładano szew miąższowy, ciągły, przechodzący pod dno rany. Po jego założeniu krwotok natychmiast ustał. Dokładne przeglądnięcie innych narządów jamy brzusznej nie wykazało w nich równoczesnych zranień. Następnie kilkoma szwami katgutowymi, przechodzącymi z jednej strony przez torebkę i nieco miąższu, a z drugiej przez otrzewnę ścienną, wydzielono w półkolu ranę wraz z przyległym miąższem z jamy otrzewnej. Użyto przytem katgutu, uzbrojonego dwoma igłami, a mianowicie igłą płaską, tępą dla miąższu i zwykłą igłą chirurgiczną, ostrą dla otrzewnej. Ranę laparotomijną w dolnym odcinku w zupełności zamknięto trójwarstwowym szwem, pozostawiono natomiast w górnym odcinku otwór, którym wprowadzono trzy setony z wyjałowionej gazy; jeden seton ku górze na przedniej powierzchni wątroby, drugi pod brzeg tejże, a trzeci w kierunku wylotu przestrzału. Opatrzono aseptycznie.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie zadowalniający. 29. XI. Zmiana opatrunku. Setony, przesiąkłe obficie żółcią, nieco wysunięto. 3. XII. Setony zupełnie suche. Rana w odcinku zaszytym doraźnie zagojona (*per primam*). Setony zwolna usuwano przy dalszych zmianach opatrunku. Po ich wyjęciu brzegi pokryte bujną ziarniną szybko się zbliżały. Rany postrzałowe w powłokach goiły się *per secund.* W wylocie postrzału toczyła się bardzo silna sprawa ropna. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy. Najwyższa ciepłota, spostrzeżona w trzecim dniu po operacyi, wynosiła 37·6°. Żółtaczki w ciągu całego spostrzegania klinicznego nie stwierdzono. Chory nie odczuwając zupełnie żadnych dolegliwości opuszcza jako uleczony klinikę w dniu 8. I. 1899 roku.

Powyższy przypadek z wielu względów zasługuje na szczególną uwagę.

Przedstawiał on przedewszystkiem trudności rozpoznawcze. Jedynym objawem, na podstawie którego można było przypuszczać zranienie wątroby, było położenie wlotu postrzału i stosunek obu ran do siebie.

Krwotok z ran zewnętrznych był nieznaczny, przypadek ten więc poucza dowodnie, jak ważnem jest badanie stanu ogólnego, a zwłaszcza tętna, które pozwala uniknąć omyłek przy ocenianiu nasilenia krwotoku.

Postać rany nasuwać może pytanie, czy mieliśmy do czynienia z przestrzałem żłobowatym, czy też z przestrzałem przeszywającym, powikłanym skutkami wybuchowego działania pocisku. Okoliczność ta, że rozstrzępienie dotyczyło przeważnie brzegów rany, podczas gdy dno jej było gładszem, zdaje się przemawiać za ostatniem przypuszczeniem.

Znakomity wynik, osiągnięty założeniem szwów wobec tak gwałtownego krwotoku świadczy dowodnie o wielkiej wartości tego środka. Jednej korzystnej strony szwu wątroby, na którą z naciskiem zwraca uwagę Schlatter, nie wyzyskano w naszym przypadku. Wspomniany autor, który należy do gorliwych zwolenników tego środka, przytacza między jego zaletami tę okoliczność, że szew pozwala na natychmiastowe i dokładne zamknięcie jamy brzusznej. Argument ten wśród licznych innych, przytoczonych przez Schlattera jest bezwarunkowo najsłabszym. W naszym przypadku nie korzystano z tej zalety szwu i wątpić można, czy wogóle który chirurg korzystałby z niej w podobnych przypadkach. Pozaotrzewnowe traktowanie rany w wątrobie, jak to polecali i wykonywali Hochenegg, Schmidt, Tillmanns i inni, obok sączkowania jamy otrzewnej zapomocą strzępów gazy, można uważać za wzór postępowania w tych przypadkach. Wszak stoimy tu wobec rany, której żadną miarą *a priori* za aseptyczną uważać nie możemy, a która prowadzi do otwartej jamy otrzewnej. Mając ten szczegół na oku należy przygotować drogę do zwalczania zapalenia otrzewnej, gdyby ono mimo tych środków zapobiegawczych miało wystąpić. Zresztą obawa przed ponownym krwotokiem wymaga tego rodzaju ułożenia rany, aby można w razie potrzeby w najkrótszym czasie i najwygodniejszą drogą do niej się dostać. Wagner, który korzystał w przypadku resekcyi wątroby z tej wrzekomej zalety szwu, utracił chorego z powodu następowego krwotoku.

Rany postrzałowe powłok goiły się w tym przypadku jak wspomniano *per secund.*, powikłanie to na przebieg leczenia wogóle nie wywarło jednakowoż żadnego niekorzystnego wpływu. Wobec tego, że nie jest wykluczonem wystąpienie gwałtownego ropienia w tych ranach, które mogłoby stanowić wcale niekorzystne powikłanie, w zupełności jest usprawiedliwionym sposób postępowania w powyższym przypadku.

W końcu spełniam miły obowiązek, dziękując czcigodnemu szefowi memu Drowi Rutkowskiemu za łaskawe odstąpienie mi tego nader pouczającego przypadku.

Uwzględniona literatura.

Bogdanik. Die Geschosswirkung der Mannlicher-Gewehre. Wiener Klinik. XVI. 12. 1890. — Burckhardt. Beitrag zur Behandlung der Leberverletzungen. Centralblatt f. Chirurgie. 1887. 5. — Edler. Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane. Langenbecks Archiv. XXXIV. 2. — Eichel. Ueber Schussverletzungen mit dem deutschen Armeerevolver. Langenbecks Archiv. 1896. Bd. 1. 52. — Fischer. Handbuch der Kriegschirurgie. Bd. 1. 1882. — Habart. Die Geschosswirkung der 8-Millimeter-Handfeuerwaffen. Wieden. 1892. — Kusnezow et Penski. Etudes cliniques et expériences sur la chirurgie du foie. Revue de chirurg. 1897. 7, 12. i sprawozdanie z V Zjazdu lekarzy rosyjskich. Centralbt. f. Chir. 1894. 41. — Langenbuch. Chirurgie der Leber und Gallenblase. Deutsche Chirurgie. 45 c. 1897. — Mayer. Die Wunden der Leber und der Gallenorgane. München. 1872. — Mosetig-Moorhof. Vorlesungen über Kriegschirurgie. Wiedeń. 1887. — Schlatter. Die Behandlung der traumatischen Leberverletzungen. Brun's Beiträge zur klin. Chirurg. XV. 2. 1896. — Smits. Ein Fall von Leberverletzung. Geneesk. Tydschrift

voor N. Indie. XXXIII. 1. ref. w Centralblatt f. Chir. 1893. 28. — Terrier et Auvray. Les traumatismes du foie et des voies biliaires. I. Revue de chir. 1896. 10. — Vanverts. Des ruptures du foie et de leur traitement. Arch. génér. de méd. 1897. II. — Wagner. Ueber Schussverletzungen im Frieden. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXVIII. 1888.

III. Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego (*Dementia paralytica*).

Podał
Dr. Mieczysław Świtalski.

(Ciąg dalszy).

Zbierając dane poszczególnych rubryk, dostaniemy następujące liczby w odsetkach. Wyznania katolickiego 48·2%, ewangelickiego 10·5%, grecko-oryentalnego 13·5%, mojżeszowego 27·9%; stanu wolnego 22·5%, wdowców 1·5%, żonatych 75·2%; kiłę przebyło 36·4% chorych, u 12% wykluczyć jej nie można. Alkoholików 8·5%, morfinistów 1·5%, troski i przeciążenia umysłowe znachodzimy u 19%, uraz w głowę ucierpiało 8·5%. — Choroba wystąpiła u 45 między 30—40, u 72 między 40—50, u 16 między 50—60 rokiem życia. Przeciętny wiek chorych wynosi 43·1 lat.

W zestawieniu powyższem zwrócić musi przedewszystkiem uwagę znaczna ilość chorych, którzy przed laty przebyli kiłę. I tak widzimy, że ze 133 paralityków przebyło ją 46 = 34·6%, u 16 = 12% nie można jej było z pewnością wykluczyć. Do tych ostatnich zaliczyłem tych, którzy mieli kiedyś nierozpoznane dokładnie owrzodzenie na częściach płciowych i tych, których żony roniły, a innej przyczyny dla poronienia nie było, jak możliwa kiła męża. Odsetek powyższy w statystykach rozmaitych autorów jest wprawdzie dość różny, ale w każdym razie mniej lub więcej znaczny i tak Ascher mógł wykazać kiłę u 53·7, Bjornstrom u 24, Eikholt u 11, Lange u 33—51, Oebeke u 62, Simerling u 11·1, Westphal u 39·8, Ziehen u 30 do 46, Mendel u 75, Kowalewsky u 86·7 chorych na stu.

Ten znaczny odsetek coraz bardziej zwracał na siebie uwagę, tak, iż w ostatnich czasach znaczna część psychiatrów wypowiedziała zdanie, że paraliż postępowy jest następstwem kiły i że nie występuje bez poprzedniego zakażenia kiłowego. Na tem stanowisku stoi znaczna część psychiatrów niemieckich, a przedewszystkiem szkoła wiedeńska. Mniej zwolenników ma to zapatrywanie wśród lekarzy francuzkich, którzy w kile widzą wprawdzie ważny czynnik przyczynowy dla paraliżu, ale nie przyznają jej znaczenia bewzględnego. Wernicke, Meynert, Mendel, Ziehen uważają kiłę za czynnik przygotowujący podłoże, do powstania zaś paraliżu postępowego potrzeba jeszcze innych przyczyn. Tylko w razach, gdzie schorzenie występuje bardzo krótko po nabyciu wrzodu pierwotnego, uważają je za bezpośrednie następstwo zakażenia kiłowego. Tarnovsky przypuszcza nawet, że leczenie rtęciowe może wywołać wspomnianą chorobę. Hirschl, badając 200 paralityków, znalazł 81% takich, którzy przebyli kiłę. W liczbie tych znajdują się już i ci, u których wprawdzie wywiady o kile nie wspominają, ale jej także nie można było wykluczyć. Autor ten stara się dalej przekonać, że każdy paralityk przechodził kiłę, chociaż o niej nie wie. Przychodzi w końcu do wniosku, że paraliż postępowy jest formą kiły trzeciorzędnej.

Fournier, Moebius są głównymi przedstawicielami autorów, którzy omawianą chorobę uważają za schorzenie metasyfilityczne. Jest jednak wielu i takich, którzy kiłę uważają za niewiele znaczący czynnik etyologiczny, natomiast oddają pierwszeństwo innym szkodliwościom. Wobec tak znacznej różnicy zapatrywań, nie można sprawy tej za załatwioną uważać. Każde z powyżej wymienionych zapatrywań ma spostrzeżenia, które za niem i przeciwko niemu przemawiają. Gdybyśmy przyjęli, że każdy paralityk przechodził kiłę, to w każdym razie stosunkowo małą jest liczba takich, u których o niej z wywiadów się dowiadujemy. Musielibyśmy przypuścić, że kiła w reszcie przypadków została przez chorego przeoczona. Możebnem to jest łatwo u kobiety, która, mając jaki nieznaczny wrzodzik wewnątrz części rodnych, nie sprawiający jej dolegliwości, nie będzie o nim wiedzieć, u ludzi z niższych warstw społeczeństwa, którzy niewiele uwagi na siebie zwracają, ale trudniej się to zdarzy u mężczyzn, należących do inteligencyi. Choćby i z tych część przeoczyła objawy kiły, albo o nich zapomniała, to w każdym razie zostanie jeszcze pokaźna liczba, u której nie mamy najmniejszych danych do przypuszczania, że kiłę przechodzili. Powiększenie gruczołów chłonnych niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż spotykamy je bardzo często u ludzi, którzy z pewnością kiły nigdy nie przechodzili, a natomiast nie znajdujemy go u kiłowych. Uderzającem jest dalej, jak rzadko spotykamy u paralityków zmiany kiłowe trzeciorzędne. Bardzo natomiast przemawiają za tem, że każdy paralityk przechodził kiłę, doświadczenia wykonane ze szczepieniem kiły u 9 chorych, u których wywiady co do przebytej kiły dały wynik ujemny. Żaden ze szczepionych nie dostał objawów kiły. Doświadczenia te, jakkolwiek bardzo przekonywające, są zbyt nieliczne, by z nich można dojść do pewnego wniosku, a powtóre nie są do dzisiaj dokładnie znane, a to dla tego, że nie zostały szczegółowo ogłoszone. Na poparcie zapatrywania, że kiła wywołuje paraliż postępowy, przytaczają zwolennicy tego zdania okoliczność, że choroba ta jest rzadką u murzynów, plemion afrykańskich i mieszkańców pierwotnych Ameryki, u których i kiła nie jest rozpowszechnioną. Występuje zaś paraliż postępowy tylko u tych, którzy w zetknięciu z Europejczykami przyjmują ich cywilizacyą, a zarazem nabywają od nich kiły. Te spostrzeżenia nie zdają się jednak być ściśle naukowemi, gdyż dopiero w ostatnich latach statystyki sporządzane są przez ludzi fachowych, lekarzy, podczas gdy dawniejsze pochodzą od misyonarzy i podróżników. W przeciwieństwie do tego stoją Siam, Abisynia, dalej kraje azyatyckie, gdzie kiła jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, a mimo to paraliż postępowy jest tam rzadkim. Ciekawem jest również, że w Berlinie, jakkolwiek częstość kiły się zmniejszyła, ilość paralityków stale wzrasta. Również zdaje się być paraliż postępowy rzadkim u prostytutek (Simerling, Greidenberg), jakkolwiek kiła u nich tak częsta, że chyba trudno znaleść prostytutkę, któraby jej nie przechodziła. Greidenberg pomiędzy 68 kobietami, choremi na paraliż postępowy, znalazł tylko jedną prostytutkę, podczas gdy Fournier, Mendel wykazują ich znacznie więcej.

Przeciwko mniemaniu, żeby paraliż postępowy był jedną z postaci trzeciorzędnej kiły, przemawia bezskuteczność leczenia przeciwkiłowego. Podczas gdy zmiany kiłowe pod wpływem leczenia jodkiem potasu i rtęcią ustępują z zadzi-

wiającą szybkością, w paraliżu postępowym nie mamy żadnych wyników tego leczenia, a raczej często pogorszenia. Jakkolwiek spotykamy w literaturze wzmianki o wynikach dodatnich, nie muszą one jednak być tak świetne, skoro środki te nie są w powszechnem użyciu. Natomiast widzimy w przebiegu tej choroby, szczególnie w jej początku, często tak znaczne złagodnienia (remissye), że nie badając dokładnie chorego, nie moglibyśmy przypuścić, iż cierpi na paraliż postępowy, Dzieje się to najczęściej, skoro chory zostanie oddany do zakładu, gdzie znachodzi odmienne warunki bytu, bez wzruszeń i wrażeń życia codziennego. Nie sądzę, ażeby te czynniki miały jakikolwiek wpływ na sprawę kiłową. Bardzo rzadko spotykamy również przy sekcyach paralityków nawet tych, którzy przechodzili kiłę, zmiany kiłowe, znamienne dla tej choroby, jak *endarteriitis obliterans*, kilaki, zgrubienie kostne, kostniaki, martwicę kości. Często nawet miażdżyca tętnic jest bardzo nieznacznego stopnia. Z powyższych 133 chorych przechodziło, jak wspomniałem, z pewnością kiłę 46, a 16 z pewnem prawdopodobieństwem. Jeżeli i te wątpliwe przypadki zaliczymy do pewnych, otrzymamy ogólnie 46·6% kiłowych między chorymi paralitykami. Jeżelibyśmy przyjęli, że z reszty chorych przechodziła kiłę także połowa, ale jej nie spostrzegli, co zdaje mi się dość nieprawdopodobnem u ludzi inteligentnych, to pozostanie jeszcze dość takich, o których nie mamy powodu przypuszczać, że przechodzili kiłę.

Za tem, że do powstania paraliżu niekoniecznem jest zakażenie kiłowe, przemawia przypadek 45-ty. Chory ten rozpaczając przed trzema laty po śmierci żony, którą namiętnie kochał, nagle zmienił się w swem usposobieniu, zaczął szukać rozrywek i zabaw. Ta nagła zmiana usposobienia zwróciła uwagę jego otoczenia, które początek choroby odnosi do tego czasu. Teraz dopiero wśród częstych nadużyć *in Venere*, nabawił się kiły. „*Stadium conclamatum morbi*", w którem chory został oddany do zakładu, wystąpiło u niego jeszcze przeszło przed rokiem, a zatem w parę miesięcy po nabyciu kiły. Wobec zapewnienia otoczenia i lekarza domowego, że zmiana charakteru, znamionująca początek choroby, wystąpiła u niego jeszcze przed nabyciem kiły, t. j. niespełna przed trzema laty, w jakiś czas po wzruszeniu, wywołanem śmiercią żony, należy przypuścić, że chory nabawił się kiły, będąc w pierwszym okresie paraliżu. Nie mogę się na tym przypadku stanowczo opierać, gdyż niestety sam go nie widziałem, nasuwa się jednak myśl, czy też w tych przypadkach, w których przeciąg czasu między nabyciem kiły a objawami paraliżu postępowego jest bardzo nieznaczny, n. p. 2-letni, zakażenie jadem kiłowym nie nastąpiło w pierwszem okresie paraliżu. Że początek choroby nie da się ściśle co do czasu określić i nieraz sięga kilka lat wstecz, świadczą o tem przypadki, w których kilka lat przed wystąpieniem wybitnych objawów chorobowych spostrzegano objaw Argyll-Robertson'a. Z tego, co powyżej powiedziałem, nie wynika bynajmniej, żebym miał zamiar odmawiać kile wszelkiego znaczenia przyczynowego w paraliżu postępowym, owszem uważam ją za bardzo ważny, może nawet jeden z najważniejszych czynników, ale nie wątpię również, że są przypadki tej choroby, których nie poprzedziło zakażenie kiłowe. Fournier, Obersteiner i inni, uważając kiłę za ważny czynnik przyczynowy paraliżu postępowego, chcą rozróżniać dwie postacie tej choroby, a to formę kiłową i niekiłową. Sądzą oni, że do drugiej gromady zaliczyć należy postacie chorobowe typowe z urojeniami wielkości, do pierwszej zaś przypadki, cechujące się otępieniem umysłowem.

Z powyżej podanych chorych 14 tu okazywało formę chorobową klasyczną; z tych 9-ciu nie przebyło kiły, 4-ch przebyło ją z pewnością, u jednego kiła nie była pewną. Jakkolwiek liczby te przemawiałyby po części za powyższem twierdzeniem, są one jednak zbyt małe, by z nich jaki pewniejszy wniosek wyprowadzić można.

W zestawieniu naszem znajdujemy dalej 45-ciu, t. j. 33·9% chorych dziedzicznie obciążonych, w liczbie tej jest już jednak 22-u tych, którzy przebyli kiłę. Nie uwzględniając tych liczb wspomnę najpierw o znaczeniu, jakie przyznają obciążeniu w etyologii paraliżu rozmaici psychiatrzy, a przekonamy się, że i tutaj zapatrywania ich bardzo się od siebie różnią. Dla porównania przytaczam tutaj liczby z kilku statystyk. Na 100 paralityków dziedzicznie obciążonych, wykazali: Ascher 31%, Bjorstrom 8%, Eickholt 24%, Lange 43%, Oebeke 22—46%, Simerling 11%, Westphal 6%, Ziehen 45%, Krafft Ebing 15—20%, Simon 33%, Mendel 75%. Mendel, który wśród swoich chorych znalazł największą ilość dziedzicznie obciążonych, jest zdania, że czynnik ten nie ma tak doniosłego znaczenia w etyologii tej choroby, jak w innych psychozach. Zapatrywanie to dzielą również Krafft-Ebing, Oebecke, Simerling i inni, w przeciwieństwie do Beilego, Ceilmerla, Nackego, którzy dziedziczność uważają za czynnik bardzo ważny. Specht, Hirschl odmawiają jej jakiegokolwiek znaczenia. O ile w późnych postaciach paraliżu wielu autorów nie uznaje dziedziczności za zbyt ważny czynnik, uważa ją większość za ważną okoliczność w przypadkach młodzieńczego paraliżu postępowego; pierwszy zwrócił na to uwagę Alzheimer, dalej Streitberg.

Przeglądając statystyki innych psychoz widzimy, że obciążenie jako czynnik przyczynowy bywa w nich wymieniane w 4—90%. Widzimy, że liczby te są i tutaj bardzo niestałe. Jeżeli jednak przyjmiemy liczbę przeciętną 50%, na co się przeważna część psychiatrów zgadza, to ilość ta nie stoi w rażącem przeciwieństwie do dziedzicznego obciążenia paralityków. Wiedząc z doświadczenia, że u ludzi dziedzicznie obciążonych układ nerwowy jest *a priori* słabszym i mniej odpornym na szkodliwości wszelkiego rodzaju, nie możemy odmówić znaczenia dziedziczności w omawianej chorobie. Nie znaczy to, żeby mniejsza odporność i osłabienie same prowadziły bezpośrednio do paraliżu, ale szkodliwości, które na osobnika dziedzicznie obciążonego działają, o wiele niebezpieczniejszemi będą dla niego, aniżeli dla człowieka nie obciążonego. Jak doświadczenie poucza, dziedziczność może być bezpośrednią, albo też pośrednią. O pierwszej mówimy, jeżli pochodzi od rodziców. W drugim przypadku możemy rozróżnić dziedziczność atawistyczną, pochodzącą od dziadków, i poboczną z linii krewnych, (stryj, wuj, ciotka). Ma się rozumieć, że obciążenie bezpośrednie jest najcięższem. Zachodzi jeszcze pytanie, jak zachowuje się potomstwo paralityków, czy odziedzicza również skłonność do chorób nerwowych lub też umysłowych. Jeżelibyśmy przyjęli, że obciążenie dziedziczne nie odgrywa żadnej roli w etyologii paraliżu, to potomstwo paralityka nie miałoby skłonności do wspomnianych chorób. Tymczasem tak nie jest; świadczą o tem przypadki, podane w literaturze n. p. przez Königa, gdzie z trzech córek paralityka, pochodzącego ze zdrowej

rodziny, najstarsza cierpi od 20-go roku życia na *tic convulsiv* twarzy, druga na padaczkę, najmłodsza jest od dzieciństwa umysłowo tępą. Simon spostrzegał u dzieci paralityków już wcześnie występujące zaburzenia umysłowe, a Girard zauważył kilkakrotnie, że ojciec, który umarł na paraliż postępowy, przekazywał skłonność do tej choroby swoim dzieciom. Hirschl opisuje przypadek, w którym z 4-ga dzieci paralityka, nieobciążonego dziedzicznie, dwóch synów umarło na paraliż postępowy. Do tego samego rzędu należy zaliczyć przypadek 103, gdzie ojciec chorego umarł na paraliż postępowy. Za istnieniem pewnej skłonności do paraliżu postępowego w niektórych rodzinach świadczą przypadki 22, 26, 52, 129.

Rozpatrując znaczenie dziedziczności, musimy także wspomnieć i o skłonności neuropatycznej, która może być nabytą w życiu płodowem, albo też później. Do szkodliwości, działających na dziecko w łonie matki, zaliczyć należy alkohol, brak odżywienia, troski, silne wzruszenia umysłowe i t. p. Meynert zwrócił uwagę, że dzieci, których poród był ciężki, a szczególnie kleszczowy, skłonniejsze są do wszelkiego rodzaju psychoz.

Do dalszych czynników, które przyczyniają się do wywołania tej skłonności, należy krzywica. Krafft-Ebing zwraca uwagę, że u paralityków bardzo często spotykamy jej ślady, Ziehen przyznaje krzywicy rolę usposabiającą. Jako objawy skłonności neuropatycznej znamy: znaczną wrażliwość na wzruszenia umysłowe, jak drażliwość, popędliwość, patologiczne oddziaływanie na wyskok i skłonność do chorób nerwowych. Szczególnie skłonni do wszystkich chorób nerwowych są żydzi, u których tak często widujemy histeryę, neurastenię, drżączkę porażenną, rozmaite psychozy, a także i paraliż postępowy. Jeżeli uwzględnimy, że ludność żydowska jest we wszystkich krajach w znacznej mniejszości w porównaniu do innych wyznań, to przyznać musimy, że 27·9% w tablicy II jest cyfrą bardzo znaczną, ale nie przypadkową. Hirschl n. p. w klinice wiedeńskiej wykazał 20% izraelitów miedzy paralitykami. Zdaje się, że oprócz innych czynników wchodzą u nich w rachubę częste małżeństwa między najbliższymi krewnymi i zupełny brak mięszania się z inną rasą. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu tężca sposobem Roux-Borrela.

Zdał sprawę

Dr. M. W. Herman.

Tężec, jak mało która inna choroba, zbadanym został w swej istocie. I jakkolwiek znamy drogi, któremi zarazek wchodzi do ustroju, jakkolwiek nie tajnem nam jest, w jaki sposób prątki tężcowe rozwijają w ustroju swą zabójczą działalność i gdzie szukać trzeba punktu dla zaczepnego ich działania, zawsze niepewni wyniku stajemy u łoża, na którem tężec wyłamuje członki swej ofiary i wygląda to tak, jak gdyby choroba, pozbawiona form cielesnych, użyła twarzy chorego, aby „uśmiechem sardonicznym" naigrawać się z trudów i trosk naszych. Po okresie leczenia objawowego, przeszliśmy już dawno do leczenia przyczynowego i dziś lekarz w potrzebie ma do wyboru kilka różnych antytoksyn swoistych: Tizzoniego, Rouxa, Beringa, Pasteura, Bujwida i innych. Wszystkie z nich były już używane podskórnie i śródżylnie, lecz zawsze z niestałem powodzeniem. Przeglądając odnośne spostrzeżenia kazuistyczne niemal równie często czyta się w końcu opisu „zejście śmiertelne" jak i „wyzdrowienie". Zatem odsetek śmierci z tężca nie o wiele spadł dziś poniżej 50%. Niezadowoleni z takiego wyniku poszukują dróg nowych. Więc w ostatnich czasach poczęto wstrzykiwać podskórnie zawiesinę z tkanki mózgowej (Krokiewicz, Schramm, Mori, Salvolini), nawiasem dodaję, że wszyscy z dobrym wynikiem, a w początkach ubiegłego roku Roux i Borrel ogłosili z instytutu Pasteura pracę, w której wykazują, że ze zwierząt zakażonych tężcem pozostaje przy życiu 77%, gdy się im już po wybuchu choroby wstrzyknie wprost do mózgu antytoksynę przeciwtężcową, podczas gdy przez wstrzykiwanie tejże przeciwtrutki podskórnie udaje się uratować zaledwie 12%. Zbyt jaskrawo liczby te różnią się między sobą, aby nie miały zachęcić do prób w praktyce. Jak to z odnośnego piśmiennictwa wynika, zaczęto uciekać się do tego sposobu przeważnie we Francyi.

Borrel i Roux w rozumowaniach swych wychodzili z tego założenia, że komórki nerwowe nie posiadają tego samego powinowactwa *(Affinität)* do antytoksyn, jak do toksyn. Z tego powodu antytoksyna nie może się spotkać bezpośrednio z toksyną. Surowica przeciwtężcowa, wstrzyknięta podskórnie, zobojętnia wprawdzie swoiste jady krążące we krwi, nie działa jednak wcale na te, które już wytworzyły związek (chemiczny?) z komórkami nerwowemi. Stąd też wyniku pomyślnego oczekiwać można tylko tam, gdzie się surowicy użyje u samego progu choroby, a wogóle zanim górna część rdzenia zostanie zajęta. Kiedy bowiem choroba aż dotąd doszła, wyczekiwać należy jeno śmierci.

1) Pierwszy przypadek, tym sposobem leczony, opisują Chauffard i Quénu (Ref. *Centralbl. für Chir.* 1899, Nr. 17) w sposób następujący: U 16-letniego ogrodnika, w 14 dni po zgnieceniu ostatnich członków dwóch palców, występują objawy tężca. Leczenie rozpoczęto czwartego dnia choroby. Zapomocą 8 mm. trepanu *(fraise)* Dryenowskiego otwarto po prawej i po lewej stronie czaszkę. Po nacięciu opony twardej wbito igłę strzykawki na 5—6 ctm. w mózg i powoli, kroplami, przez sześć minut wstrzyknięto w mózg 1 5—2 ctm. świeżo przygotowanej surowicy przeciwtężcowej Rouxa. Po tej operacyi nastąpiło 6 ciężkich dla chorego dni. Poprawa rozpoczęła się dopiero siódmego dnia, postępowała powoli, gdyż dopiero 17tego mógł usta otwierać, lecz w końcu wyzdrowiał.

2) W podobny sposób leczony był chory Garniera (Ref. w *Centralbl. für Chir.* 1899, Nr. 17). Chodziło o 53-letniego mężczyznę. Gdy mimo podskórnych wstrzykiwań surowicy przeciwtężcowej napady tężcowe nie zmniejszały się, wstrzyknięto mu do mózgu piątego dnia choroby sześć ctm. sz. tejże surowicy w ten sam sposób, jak u chorego poprzedniego. Poprawa rozpoczęła się dopiero trzeciego dnia po wstrzyknięciu, wyleczenie nastąpiło po miesiącu. Zanotować przytem należy, że równocześnie wstrzykiwano antytoksynę podskórnie (116 grm.!) i bynajmniej nie szczędzono chloralu.

Następuje niedługi szereg podobnych spostrzeżeń, które treściwie przytoczymy.

3) Robert *(Centralbl. für Chir.* l. c.): Mężczyzna 56-letni, przed trzema tygodniami skaleczył się w palec. Wybuch tężca gwałtowny. Już po 30-tu godzinach wstrzyknięto do mózgu surowicę. W 16 godzin po tym zabiegu śmierć. Sekcya wykazała: wybroczyny w oponie twardej, obrzęk opony pajęczej ponad zwojami ruchowymi po lewej stronie; po stronie prawej pod istotą korową jamka wielkości dużego orzecha laskowego o ścianach poszarpanych, wypełniona krwią. Wszystkie opisane zmiany znaleziono w sąsiedztwie miejsc wkłócia igiełek.

4) Ombrédanne *(Centralbl. für Chir.* l. c.). U chłopaka 11-letniego rozpoczęło się cierpienie wśród objawów zapalenia opon mózgordzeniowych; dopiero trzeciego dnia cho-

roby wyłonił się czysty obraz tężca. Tego samego dnia wstrzyknięto do mózgu surowicę, sposobem Borrel-Rouxa, po 3 ctm. sz. po obu stronach w przeciągu 10-ciu minut. Następnego dnia 20 ctm. sz. surowicy podskórnie. Już piątego dnia po tych zabiegach pił chory mleko i bulion. 12-tego dnia wyleczony.

5) Heckel i Reynès *(Centralbl. für Chir.* l. c.). Podczas wstrzykiwania wśródmózgowego surowicy (6 ctm. sz.) u 18-letniego chłopca, dotkniętego tężcem, zauważyli autorowie znaczne zwolnienie tętna (ze 110 na 50 uderzeń na minutę) i zmniejszenie się ilości oddechów z 40 na 30. Kiedy po tej operacyi objawy tężca stawały się coraz to groźniejsze, zastrzyknięto choremu jeszcze 20 ctm. sz. surowicy podskórnie. Mimo to chory umarł po 41 godzinach, licząc od wstrzykiwań.

6) Delmas *(Centralbl. für Chir.* l. c.). Objawy tężca rozpoczęły się siódmego dnia po powikłanem złamaniu przedramienia. Nasilenie choroby znaczne. Zaraz następnego dnia wstrzyknięcie wedle Borrel-Rouxa. Jednak młody, bo 14-letni chłopak, umarł już w 13 godzin potem.

7) A. Kocher *(Centralbl. für Chir.* 1899, Nr. 22). U 12-letniego chłopca wystąpił tężec w dwa tygodnie po skaleczeniu stopy. W drugim dniu choroby wstrzyknięto mu zmienionym nieco (jak to poniżej opiszemy) sposobem Borrel-Rouxa 5 grm. surowicy przeciwtężcowej w prawą komórkę boczną. Kiedy po trzech dniach objawy się nie zmniejszały, wstrzyknięto znów 5 grm. surowicy w lewą komórkę. Obok tego wstrzykiwano tę samą surowicę kilkakrotnie wśródżylnie i podawano *narcotica*. Po trzech tygodniach wyleczenie. Nadto wspomina autor o trzech innych przypadkach tężca, leczonych w berneńskim szpitalu wstrzykiwaniami śródmózgowymi: wszystkie trzy z pomyślnym wynikiem.

Kocher, zmieniając pierwotny zabieg, stara się rzecz uprościć. Zapomocą kraniometru oznacza miejsce, odpowiadające przedniemu rogowi komórki bocznej. Miejsce to znieczula kokainą, poczem zwyczajnym świderkiem *(Drillbohrer)* przebija części miękie, a kość przewierca i przez ten mały otworek wprowadza igłę strzykawki aż do komórki. (Dziwić się należy, dlaczego dotychczas nikt nie próbował leczyć tężec wstrzykując surowicę wprost do kanału kręgowego, postępując tak, jak się to robi przy t. z. nakłóciu lędźwiowem *(punctio lumbalis). (Przypisek sprawozdawcy).*

Z tego zestawienia wynika, że sposobu Borrel-Rouxa w leczeniu tężca użyto dotychczas dziesięć razy. Wyleczenie osiągnięto siedem razy, trzech chorych umarło. Byłby to zatem bardzo korzystny stosunek wyleczeń, gdyż wynoszący 70%. Byłby, — gdyż na podstawie tych spostrzeżeń nie można nic stanowczego orzec. Każdemu wiadomo, że są przypadki tężca przewlekłego lub już od początku tak łagodnego, że i przy leczeniu objawowem możemy korzystnie rokować. Zresztą zbyt mała liczba spostrzeżeń, w której stanowczo nie można wykluczyć korzystnego zbiegu okoliczności, nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków. W każdym razie tak poważny zabieg, jak otwarcie jamy czaszki, choćby w sposób Kochera wykonany, nie powinien być szablonowo w każdym przypadku stosowany, zwłaszcza, że tak, czy owak, wynik wątpliwy. A tembardziej wyczekująco wobec tej metody zachowywać się należy, że bardzo podobne doświadczenia F. Blumenthala i P. Jacoba *(Berliner klinische Wochenschrift* 1898, Nr. 49), podjęte zupełnie niezależnie od doświadczeń wspominanych autorów francuskich, dały wynik zupełnie ujemny. B. i J. wstrzykiwali zwierzętom z wywołanym tężcem surowicę pod oponę pajęczą, a potem po ogłoszeniu prac francuskich także i śródmózgowo, lecz zawsze z wynikiem zupełnie ujemnym.

V. Wyciągi.

Prof. Lewin. **Czy szczaw jest trucizną? Przyczynek do rozpoznawania otruć.** *(Deutsche medicin. Wochens.* 1899, Nr. 30). L. stwierdza, że nie posługując się ścisłą metodą i nie sprawdzając swych spostrzeżeń krytycznie, łatwo bardzo w zagadnieniach toksykologicznych zboczyć na zupełnie błędne tory. Zdarzyło się to właśnie, zdaniem L., Eichhorstowi, w opisie przypadku rzekomego otrucia szczawiem *(Deut. med. Wochens.* Nr. 28), w którym E. na podstawie niepewnych wywiadów odniósł zabójcze zapalenie nerek do działania tej rośliny, użytej w nadmiarze. Gdyby nawet wywiady mogły uchodzić za pewnik, to jeszcze wniosek Eichhorsta odpowiada osławionej zasadzie *post hoc, ergo propter hoc.* — L. wyjaśnia, że szczaw należy do rodziny roślin, odznaczającej się właśnie nieszkodliwością dla ustroju zwierzęcego *(Polygonaceae)*. Wiele gatunków tej rodziny należy nawet do roślin jadalnych; w szczególności szczaw jadanym bywa na całej kuli ziemskiej, zarówno przez dzikie, jak przez cywilizowane ludy. Kilka gatunków tej rodziny bywa używanych, jako niewinne *stomachica* i t. d. Jedynie tylko dwa gatunki, wielce od szczawiów się różniące: *polygonum hydropiper i p. hydropiperoides* zdają się mieć pewne własności szkodliwe. W literaturze weterynarskiej opisano dwa razy zachorzenie niektórych owiec ze stada i raz zachorzenie konia po spaszeniu łąk, na których między innemi znajdował się także w większej ilości szczaw. Te spostrzeżenia uprawniają co najwyżej do wniosku, że bardzo wielkie ilości szczawiu może mogą być szkodliwe, ale nigdy do wniosku, że szczaw jest trucizną, gdyż jest możliwe, a nawet prawdopodobne, że przyczyną zachorzenia zwierząt nie był szczaw, lecz inna jakaś roślina, na tej samej łące rosnąca. Przytem w przypadkach tych choroba objawiała się głównie zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego, a nie nerek. Przytoczony przez Eichhorsta przypadek Sucklinga niczego wreszcie także nie dowodzi, gdyż w przypadku tym chłopiec, rzekomo szczawiem otruty, napił się dopiero nazajutrz po najedzeniu się szczawiu około 120 grm. wody mydlanej, poczem zaraz padł, stracił przytomność i wkrótce zmarł, a sekcya nie wykazała nic szczególnego; prawdopodobniej więc należy tu myśleć o zatruciu wodą mydlaną. W przypadku zaś Eichhorsta już na drugi dzień po spożyciu szczawiu twarz chorego była obrzękła, a mocz zawierał 12‰ białka. Tak szybkie powstanie klinicznie dostrzegalnych objawów zapalenia nerek nie zdarza się prawie po żadnej truciznie, działającej wprost na nerki, zapalenie nerek musiało więc w tym przypadku istnieć już dawniej. — Wogóle więc nie można uważać szczawiu za szkodliwy, póki tego nie dowiodą ścisłe doświadczenia na zwierzętach. *C.*

Michaelis (z oddziału prof. Littena w Berlinie). **Nowy sposób barwienia preparatów krwi. (Universalfaerbemethode).** *(Deutsche medic. Wochenschrift* 1899, Nr. 30). Ponieważ dotychczas używane sposoby barwienia nie są wystarczające, zaczął autor, zachęcony przez Ehrlicha, szukać lepszego sposobu, któryby naraz dawał w obrazie drobnowidowym krwi wszystkie żądane szczegóły. Nawet bowiem wyborny trójbarwik Ehrlichowski nie barwi zupełnie ziarniny zasadochłonnej. Przy kolejnem barwieniu eozyną i błękitem metylenowym zatracają się znowu w obrazie drobnowidowym ziarenka obojętnochłonne. Barwienie zaś jednoczesne mięszaniną eozyny i błękitu posiada pewne strony ujemne, jak dotychczas zapomocą metod Chęcińskiego, Romanowski-Ziemann-Nochta. Również barwienie nowym barwikiem, uzyskanym przez Rosina, dotąd za mało jest wypróbowane.

Autor doszedł w końcu do sposobu, który równocześnie na jednym preparacie uwidacznia jądra i ziarniny obojętnoeozyno- i zasado-chłonna, oraz płytki krwi. Sposób ten jest następujący: Preparaty utrwala się w wyskoku bezwodnym przez ½ godziny (najwyżej do 24 godzin) lub przez ogrzanie na blasze miedzianej. Do barwienia sporządza się barwik z następujących rozczynów zasadniczych: I. wodny 1% rozczyn krystalicznego, chemicznie czystego, wolnego od chlorku cynku błękitu metylenowego. II. wodny 1% rozczyn eozyny. Woda przekroplona, której się używa do sporządzenia rozczynów, musi być bardzo świeża, nie zasadowa (jaką się łatwo staje, stojąc czas jakiś w naczyniu szklanem).

Z tych zasadniczych roztworów należy przysposobić następujące roztwory barwikowe: A. Roztworu zasadniczego I. 20·0, wyskoku bewodnego 20·0. B. Roztworu zasadniczego II. 12·0, Acetonu 28·0. Przed użyciem należy 1 cm³ z A. i tyleż B. zmięszać razem i w tej mięszaninie umieścić szkiełko z preparatem krwi w ten sposób, aby strona krwią pomazana, zwrócona była na dół. Preparat powinno się nieco zanurzyć, jeżeli pływa, tworzy się na nim osad. Czas barwienia od 1/2—10 minut. Kierować się należy wystąpieniem zabarwienia różowego, dostrzegalnego łatwo gołem okiem, w miejsce zabarwienia niebieskiego, jakie najpierw się pojawia. Roztwory świeże dają najlepsze obrazy.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Köppen A. **Objaw odry Bologniniego.** (*Centralblatt für innere Medicin* 1899, Nr. 26). Bolognini spostrzegał w czasie nagminnego wystąpienia odry w r. 1893 objaw, niezauważony dotąd przez nikogo. Mianowicie, jeżeli się chory położy na wznak i przygnie nogi w kolanach, to można wymacać przez powłoki brzuszne lekkie tarcie w głębi, na małej lub większej przestrzeni, niekiedy nawet nad całym brzuchem. Jeżeli się silniej ciśnie, lub dłużej maca, objaw może zniknąć. Na 200 chorych z odrą nie znalazł Bolognini tego objawu tylko w dwu przypadkach. Jest to objaw wczesny, bo pojawia się jeszcze przed osutką na błonie śluzowej gardła.

U zupełnie zdrowych nie zdarza się, przynajmniej Bolognini na 120 dzieci zdrowych znalazł go tylko u jednego dziecka, które przebyło niedawno odrę. Objaw ten posiadałby więc wcale pewne znaczenie rozpoznawcze. Powodem owego lekkiego tarcia ma być podług Bologniniego osutka na otrzewnej.

Tłomaczenie Bologniniego nie było bardzo przekonywające, ponieważ trudno pojąć, jak osutka na otrzewnej ma być przyczyną tarcia, a jeżeliby nawet tak było, dlaczego ta osutka ma trwać tak długo, że jeszcze u dzieci, po odrze chodzących już do szkoły, dało się tarcie wykazać. Dla sprawdzenia twierdzeń Bologniniego zaczął więc autor w czasie panującej odry baczną zwracać uwagę na objaw Bologniniego u wszystkich badanych dzieci. Na 24 przypadki przed wystąpieniem osutki znalazł K. ten objaw w 10; po wystąpieniu zaś osutki na 208 przypadków w 89. Pokazało się więc, że objaw ten jest w odrze dosyć częsty, ale zgoła nie stały.

Co zaś się tyczy tłomaczenia objawu, to przedewszystkiem nie jest to tarcie, ale trzeszczenie, jak gdyby powietrze rozgniatało się pomiędzy palcami. Przekonać się o tem można, jeżeli się położy palce spokojnie na miejscu, gdzie czuć trzeszczenie. Po chwili z drobnego trzeszczenia powstaje grubsze i jeszcze grubsze, aż wyczuć można, a nawet usłyszeć grubo-bańkowate szmery, zwyczajne kruczenie jelitowe. I to też jest istotą objawu Bologniniego. Przez zwolnione powłoki brzuszne obmacywa się jelita i to prawie wyłącznie jelita cienkie razem z ich zawartością. Żeby się lepiej jeszcze przekonać, że się ma do czynienia z ruchem treści w jelitach, badał autor dzieci z uwzględnieniem równoczesnej biegunki. Pokazało się, że biegunka poprzedza zazwyczaj osutkę, a wówczas właśnie objaw dał się wykazać, potem biegunka i objaw po kilku dniach znikały. Powodem szmeru była treść nieprawidłowa, płynna, obrzednia z domieszką powietrza rozdzielonego na drobną pianę i to daje objaw Bologniniego.

Objaw ten może wystąpić w zaburzeniach w przewodzie pokarmowym u dzieci, choć rzadziej, niż w odrze. Warunkiem jest treść jelit, zmięszana z pianą, przyczem stolec oddany może nie być pienisty lub płynny, ponieważ woda może się wessać w jelitach, a gaz odejść z wiatrami, i wówczas stolec będzie nawet prawidłowy. Drugim warunkiem objawu Bologniniego jest podatność powłok brzusznych. Wogóle zatem można powiedzieć, że objaw Bologniniego pojawia się często w odrze, nie jest jednak dla tej choroby znamiennym.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

VI. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

(Ciąg dalszy).

Dzień drugi Zjazdu.

Kol. Uhma (Lwów) przedstawia *nowy sposób barwienia dwoinek Neissera* (drukowane w Nrze 30 „Przeglądu lekarskiego“).

Kol. Prof. Trzebicky (Kraków) przedstawia żołądek z przypadku, w którym wykonano *gastroenterostomię sposobem Podresa*. Operowany umarł, a powodem śmierci było to, że nie wytworzyło się połączenie między żołądkiem a jelitem. Przypadek ten jest, zdaniem mowcy, wystarczającą przyczyną do zaniechania tego wprost zabójczego sposobu operacyjnego.

Kol. Rutkowski: *O gastroenterostomii.* Obszerny ten i wyczerpujący wykład o obecnym stanie gastroenterostomii ogłoszony będzie drukiem. Prelegent na podstawie statystyk zbiorowych, jako też zestawień poszczególnych operatorów, stwierdza znaczny odsetek śmiertelności po gastroenterostomii, a przechodząc poszczególne przyczyny śmierci wykazuje, że w znacznej części winną temu jest błędna technika operacyjna. Z dotychczasowych sposobów uważa mowca za jedynie tylko właściwe: sposób Rouxa i drugi sposób Wölflera, polegające na poprzecznem przecięciu jelita czczego, wszczepieniu odcinka odprowadzającego w I sposobie w tylną ścianę, w II-gim w przednią ścianę żołądka i połączeniu części doprowadzającej z odprowadzającą. Sposobowi Wölflera ze względów technicznych oddaje mowca pierwszeństwo. Sposobem tym operował mowca 9 przypadków raka odźwiernika z 1 przypadkiem śmiertelnym z powodu włóknikowego zapalenia płuc. Przebieg we wszystkich przypadkach był znakomity. Ze względów jednakowoż, że zabieg ten jest w niektórych przypadkach zbyt ciężkim w stosunku do sił chorego, że odpływ treści żołądkowej w pierwszych dniach po operacyi nie jest zupełnie dokładny, a więc i odżywianie chorego tak znacznie wyczerpanego nie może być zaraz po operacyi dostateczne, postanowił mowca zaradzić temu w sposób następujący: Gastroenterostomia I-szym sposobem Wölflera, jako zabieg dodatkowy. Gastrostomia sposobem Witzla, lub Kadera. Przez przetokę żołądkową wprowadza kol. R. sączek, przechodzący przez żołądek i otwór żołądkowo-jelitowy do odprowadzającego odcinka jelita czczego. Dren pozostawia przez dni dziesięć. W ten sposób wyklucza się niejako żołądek na pewien czas, sok żołądkowy odpływa obok drenu łatwo do jelita cienkiego, a forsowne odżywianie chorego stosuje się natychmiast po operacyi. Sączek układa znakomicie pętle jelita, przeszkadzając wytworzeniu się zagięcia w miejscu otworu łączącego żołądek z jelitem. W ten sposób operował kol. R. trzy przypadki, wszystkie z wynikiem pomyślnym. Przebieg pooperacyjny był znakomity, bez najmniejszych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Chorzy po operacyi ani razu nie wymiotowali.

Wykład ten przyjęto oklaskami.

W dyskusyi wspólnej nad obu wykładami (kol. Rutkowskiego i Prof. Trzebickyego) zabiera naprzód głos: Radca dworu profesor Rydygier zaznaczając, że statystyka zależy od materyału, jaki się do operacyi wybiera. Statystykę można sobie stwarzać sztucznie i dlatego na niej nie można nigdy wiele budować.

W przypadkach wrzodów odźwiernika wykonuje profesor R. w ostatnich czasach pylorektomię, bo chociaż operacya ta jest w ogólności cięższa od gastroenterostomii, to jednak daje w przypadkach wrzodów odźwiernika lepsze wyniki, niż w przypadkach nowotworów złośliwych, a dalej uwalnia się przez nią chorych na pewno od krwotoków żołądkowych. Co się tyczy techniki gastroenterostomii, to prof. R. operuje albo sposobem Wölflera albo sposobem Hackera, wyżej stawia jednak sposób Wölflera. Prof. R. zakłada 3 warstwy szwów: Do dwóch, zwykle używanych, dodaje osobny szew na błonę śluzową, a to aby uniknąć następowych zwężeń. Aby zaś uniknąć wytwarzania się ostrogi i jej następstw, radzi sobie prof. R. od jakiegoś czasu w ten sposób, że układa pętlę w sposób spadający. Ramię doprowadzające umieszcza wyżej, a ramię odprowadzające niżej i w tem położeniu utrzymuje pętlę zapomocą dwóch, przed właściwą operacyą założonych szwów. Sposobu tego, ogłoszonego w ostatnich czasach przez jednego z operatorów francuskich, używał prof. R. dość dawno i był z niego zadowolonym.

Kol. Doc. Barącz (Lwów) poleca przy gastroenterostomii szew płytkowy z brukwi. Płytki brukwiowe oddawały koledze Bączowi bardzo dobre usługi.

Kol. Doc. Bossowski odnośnie do przypadku Prof. Trzebickyego, w którym tenże wykonał gastroenterostomię sposobem Podresa, wskazuje na 3 przypadki Sokołowa (ogłoszone niedawno w „Centralblatt für Chirurgie"), w których podobnie jak w przypadku Prof. Trzebickyego nie przyszło do wytworzenia się połączenia między żołądkiem a jelitem. Przypadki te wystarczają, by operacyę Podresa wykluczyć z szeregu dozwolonych operacyj.

Kol. Krasowski mówi na podstawie przypadków gastroenterostomij operowanych na klinice Radcy Dworu Prof. Rydygiera o zaburzeniach, występujących po operacych, a polegających na ruchach antyperistaltycznych. Głównym objawem tych zaburzeń są wymioty żółciowe.

Kol. Doc. Kryński widział dobre wyniki po gastroenterostomii sposobem Kochera, pyta przeto kol. Rutkowskiego, czy próbował tego sposobu.

Kol. Rutkowski w odpowiedzi kol. Kryńskiemu stwierdza na podstawie literatury i własnego doświadczenia niekorzystne wyniki po operacyi sposobem Kochera. Nie wdając się we wskazania operacyjne przy wrzodach okrągłych odźwiernika, wyraża kol. R. przekonanie, że szew dwuwarstwowy, ciągły, w którym szew wewnętrzny obejmuje wszystkie trzy warstwy ścian żołądka i jelita, oddaje te pewne usługi, co i szew trzechpiętrowy. Zdaniem kol. R. sposób, stosowany przez Radcę Dworu Prof. Rydygiera celem uniknięcia wytworzenia się ostrogi i jej następstw nie jest pewny. Co do sposobów podanych przez Postnikowa, Bostianelliego, Souligouxa i Podresa, to nie mają one najmniejszego znaczenia, gdyż nie spełniają najważniejszego celu tej operacyi, t. j. możności natychmiastowego odżywiania chorych.

Na tem zakończono rozprawy o gastroenterostomii.

Kol. Krasowski podaje wyniki *leczenia wilka sposobem Hollaendera*. W przypadkach suchych wyniki te są dobre i nie ma nawrotów, w przypadkach wilgotnych u osobników limfatycznych nawroty są nader często. Mowca demonstruje postępowanie Hollaendera na odpowiednim chorym.

Na tem zamknięto posiedzenie przedpołudniowe drugiego dnia Zjazdu. (Dokończenie nast.)

VII. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie popołudniowe dnia 24-go maja.

Bumm przedstawił referat *»O gorączkach połogowych«*. (Wykład ten streszczony był w Nrze 28 „Przeglądu" z roku bieżącego str. 384).

W rozprawach zabiera głos pierwszy Döderlein. Różni autorowie różnie tłómaczą przyczyny gorączki połogowej. Ahlfeld n. p. przyjmuje zakażenie tylko za pośrednictwem rąk lub narzędzi, Fink zaś sądzi, że może się to stać bez ich pośrednictwa. Żeby się przekonać, do jakiego stopnia można ręce wyjałowić, przeprowadził D. doświadczenia z nadmanganezianem potasowym, jako jednym ze środków, który najgłębiej wsiąka w skórę. Po dokładnem oczyszczeniu rąk szczotką i t. d., nacierał je D. tak długo rozczynem tego środka, aż zupełnie zczerniały, poczem wykonawszy laparotomię przekonał się, że przy tem dłoń i spodnia powierzchnia palców prawie zupełnie zbielały wskutek starcia się powierzchownych warstw naskórka. Wnosząc stąd, że nie można rąk odkazić dość głęboko i uczynić zupełnie aseptycznemi, zaleca D. używanie rękawiczek gumowych *(Condon Handschuhe)*. Rękawiczki trykotowe okazały się zupełnie do tego celu nieodpowiednie. Zanieczyszczenia pola operacyjnego z powietrza niema się co obawiać. Żeby się jeszcze dokładniej przekonać, o ile rękami zanieczyszcza się pole operacyjne, zakładał D. po operacyi, trwającej 10 minut, hodowle z otrzewnej, powłok brzusznych i kikutów i znachodził mnóstwo różnych drobnoustrojów, w znacznej części jadowitych. Przy operacyi w gumowych rękawiczkach różnica była bardzo wielka. W ten sam sposób wykazał D. wyższość rękawiczek gumowych nad trykotowemi. Nadto stwierdził D. w 400 przypadkach porodów przy użyciu rękawiczek gumowych 2% gorączek połogowych, a przy operowaniu gołemi rękami 8%. Zaleca również bardzo gorąco tak przy operacyach chirurgicznych, jako też i przy porodach wyłącznie operować i badać położne w rękawiczkach gumowych. Przed wdzianiem rękawiczek należy ręce tak odkazić, jak gdyby się miało operować bez rękawiczek. Znajdujące się w pochwie jadowite drobnoustroje mogą, podobnie jak prątki błonicze w ustach zdrowych ludzi, być do pewnego czasu nieszkodliwe, trwa to jednak tylko dopóty, dopóki pewne zmiany w ustroju ludzkim nie wyzwolą ich własności chorobotwórczych.

Bumm zebrał podobne doświadczenia jak Döderlein. N. p. u osoby zmarłej po możliwie aseptycznie dokonanej operacyi zdołał on wykazać obecność paciorkowców, jako przyczynę zabójczego zakażenia. Badając doświadczalnie, o ile narzędzia zanieczyszczają się przy operacyi, przekonał się B., że zakażają się one tem silniej, im dłużej trwała operacya, pomimo tego, że przed operacyą wszystkie narzędzia i przybory były zupełnie jałowe. Wyjałowiony przed operacyą rozczyn solny dawał po operacyi 40 kolonij bakteryi z jednej kropli. Sądząc początkowo, że to zanieczyszczenie pochodzi z powietrza, pozostawiał B. płytki z pożywkami w sali operacyjnej, dla stwierdzenia, czy i ile drobnoustrojów na nich z powietrza osiędzie; okazało się jednak, że tej drogi zakażenia zupełnie niemożna brać w rachubę. Zanieczyszczenie narzędzi bakteryami wzrastało nietylko w miarę długości operacyi, lecz także w miarę wzrostu liczby operowanych kolejno chorych, bo po każdej operacyi liczba drobnoustrojów się zwiększała. Że źródło zakażenia było jedno i to samo, wskazuje ta okoliczność, że za każdym razem znajdował B. jedne i te same drobnoustroje. Doświadczenia dowiodły, że do zanieczyszczania pola operacyjnego i narzędzi przyczynia się najbardziej brud pod paznokciami. Po najstaranniejszem oczyszczeniu rąk i paznokci przeciągał B. czystą jedwabną nitkę po pod paznokcie i znalazł na niej jeszcze niezliczone mnóstwo bakteryj. Po odkażeniu rąk alkoholem dlatego nie znajdujemy bakteryj, ponieważ środek ten ścina powierzchowne warstwy naskórka i w ten sposób zamyka w głębszych jego warstwach drobnoustroje; gdy podczas operacyi powierzchowny naskórek zetrze się, bakterye obficie dostają się na pole operacyjne. Sublimat działa podobnie, jak alkohol, jak się o tem B. stosownemi doświadczeniami przekonał. Na całkowite wyjałowienie rąk którymkolwiek ze znanych środków nie należy więc wiele liczyć, a jedyną rękojmię aseptyki dają, zdaniem B., rękawiczki gumowe, przyczem jednak B. nie zarzuca sublimatu, jako środka odkażającego. Żeby utrzymać narzędzie chirurgiczne jałowo, powrócił B. do dawnego sposobu t. j. wkłada je w rozczyn karbolowy. Wacików przy operacyi używa nie mokrych, ale suchych.

Franz stwierdza, jako pewnik, że im częściej położnica jest badaną wewnętrznie, tem większe grozi jej niebezpieczeństwo zakażenia. F. u ciężarnych i rodzących w 70% nie znalazł żadnych szkodliwych drobnoustrojów. 80 razy znalazł paciorkowce. Gonokokki możemy zupełnie wyłączyć z szeregu przyczyn gorączki połogowej we właściwem słowa znaczeniu, aczkolwiek mogą one w tym czasie wywołać zapalenie jajowodów lub jajników. Do powstania gorączki połogowej potrzeba, zdaniem F., oprócz obecności bakteryj także zatrzymania się odchodów połogowych. To zatrzymanie się odchodów i następowe rozmnożenie się drobnoustrojów odgrywa rolę szczególnie w gorączkach takich położnic, które wcale nie były badane wewnętrznie.

Fehling wbrew twierdzeniu Ahlfelda, jakoby zakażenie następowało jedynie za pośrednictwem ręki lub narzędzia, miał sposobność spostrzegać niejednokrotnie ciężkie, a nawet śmiertelne przypadki gorączek u położnic, które wcale nie były badane. Twierdzenie niektórych autorów, że wszystkie zakażenia biorą swój początek z miejsca przyczepu łożyska, jest mylne; zakażenie może nastąpić również z innych miejsc, jak n. p. z szyjki macicy. Zakażenia niepodobna oddzielać od zatrucia *(intoxicatio)*. F. zauważył, że w czasie roku szkolnego, kiedy studenci badają, położnice o 10% częściej gorączkują, aniżeli w czasie feryj; pod tym względem Ahlfeld ma słuszność. Jednakże jedna trzecia położnic, zupełnie niebadanych, również gorączkuje. Gdy studenci badali położnice w rękawiczkach trykotowych, gorączkowało 27% badanych; przy badaniu bez rękawiczek gorączkowało tylko 22%. Przyczyną tego było prawdopodobnie to, że studenci przy użyciu rękawiczek nie starali się rąk swych tak dokładnie wyjaławiać, jak badając bez rękawiczek. Gumowe rękawiczki powinny służyć nie na to, żeby położnicy nie zanieczyścić, lecz na to, żeby zapobiedz zanieczyszczeniu rąk położnika. Wogóle jednak przez użycie rękawic błona śluzowa narządu rodnego łatwiej ulega uszkodzeniu i przez to zakażeniu, aniżeli przez badanie gołą ręką i z tej przyczyny F. nie zaleca powszechnego użycia rękawic w położnictwie.

Lindenthal zaprzecza twierdzeniu, jakoby prątek okrężnicy *(bacillus colli comm:)* mógł wywołać zakaźną odmę macicy *(Tympania uteri)*. L. wykrył w jelitach prątek bezpowietrzny, podobny do prątka Fraenkla, który jest zupełnie nieszkodliwy, jak długo

znajduje się w jelitach, dopiero, gdy dostanie się z nich na zewnątrz, staje się jadowitym. Prątek ten, tworzący wiele gazów, może się dostać do macicy przez naczynia chłonne, a rozmnożywszy się wywołać odmę.

Krönig. Alkohol i sublimat nie wystarczają do całkowitego wyjałowienia rąk. Gorączka połogowa jest to zatrucie (intoksykacya), a nie, jak Bumm twierdzi, zakażenie rany. Bakterye gnilne dostają się do otrzewnej przez naczynia chłonne i przez naczynia krwionośne. Gdyby zatrzymanie odchodów połogowych miało być przyczyną gorączki połogowej, w takim razie w każdym przypadku po przepłókaniu macicy gorączka powinnaby opaść, a jednak w pewnych przypadkach dzieje się wprost przeciwnie, po przepłókaniu macicy gorączka się wzmaga. Zdaniem K. zakażenie paciorkowcami nie jest tak groźne, jak to powszechnie sądzą. Są różne rodzaje paciorkowca, posiadające nader rozmaitą żywotność i jadowitość. Saprofity, jak długo znajdują się na powierzchni ciała, tak długo są nieszkodliwymi pasorzytami, gdy jednak dostaną się na odpowiedni grunt (ranę), wówczas stają się jadowitymi. To spostrzeżenie poucza, dlaczego nieraz doświadczenia bakteryologiczne nie zgadzają się ze spostrzeżeniami klinicznemi.

Schauta miał na 3500 porodów 8% śmiertelności, a z tego 6% z powodu gorączki połogowej; w klinice wynosi śmiertelność 0·105%. Każda położnica, która była badaną poza kliniką, uważaną jest za zakażoną, przyjmowaną na oddział zakaźny i badaną przez rękawiczki, żeby zapobiedz zakażeniu rąk; tych położnic nie pozwala S. badać studentom. Na klinice Prochownicka bada się każdą położnicę bakteryologicznie. Surowicę Marmorka stosuje się w tych przypadkach gorączki połogowej, w których badanie bakteryologiczne wykaże paciorkowce; dotychczas jednak surowica ta nie wydała skutków dodatnich. Przypuszczenia Hofmeiera, że wydzieliny pochwy zdrowej kobiety są zabójcze dla bakteryi, nie można uważać za rzecz pewną, bo gdyby tak było, to każda położnica, której nie badano wewnętrznie, musiałaby przebyć połóg bez gorączki: w rzeczywistości jest inaczej, jak tego dowodzi choćby przypadek Króniga, w którym położnica zupełnie nie była badaną, a jednak umarła na gorączkę połogową z powodu zakażenia paciorkowcami. (C. d. n.).

VIII. Korespondencye.

Suez, 23 czerwca 1899 r.

Dzienniki doniosły do kraju, że w Aleksandryi panuje dżuma; wiadomość ta chyba każdego niemile musiała dotknąć, gdyż z Aleksandryi i Egiptu bardzo już blisko do Europy i nietrudno, by straszna ta choroba nawiedziła ją znowu po kilku wiekach. Ponieważ, jak przypuszczam, zajmować będzie kolegów w kraju sposób ochrony przed zawleczeniem dżumy do Europy, chcę tą drogą przesłać kilka wiadomości o obecnym stanie zarazy i o środkach, podjętych przez międzynarodową komisyę sanitarną.

W Aleksandryi zaszły pierwsze przypadki dżumy 2-go maja, stwierdzono je jednak na pewno dopiero 18-go maja, zkąd zaś i jaką drogą przybyła, dotychczas nie rozstrzygnięto. Od tego czasu aż dotąd pojawia się po kilka przypadków na tydzień (do dziś 38, z których zmarło 15). Powiadają, że postać łagodna i mało zaraźliwa, a jednak przecież coraz to więcej zejść śmiertelnych. Po stwierdzeniu jakości choroby zabrano się bardzo energicznie do jej zwalczenia. Rząd wyznaczył na ten cel $1/2$ miliona franków. Z początku uznano tylko Aleksandryę za miejsce dotknięte dżumą i wyznaczono kwarantanę dla osób przybywających z Aleksandryi, obecnie jednak okazało się to niemożliwem do wykonania i zniesiono to rozporządzenie, tak że n. p. z Aleksandryi do Kairu, Suezu i t. d. można bez przeszkody się dostać. Ale za to, jakkolwiek w żadnem innem mieście prócz Aleksandryi nie było przypadku dżumy, cały Egipt jest w kwarantanie. Dzienniki, które donosiły, że zaszły przypadki dżumy w Kairze, Suezie, Ismaili i Port-Said, kłamią. Okręty, stykające się z Egiptem, podlegają kwarantanie w portach, w których chcą podróżnych wysadzić na ląd lub towar wyładować, jeżeli droga od wyjazdu z Egiptu trwała krócej, aniżeli dni dziesięć. Okręty biorą podróżnych tylko z Aleksandryi, przygotowane na odbycie kwarantany w portach, do których przybiją, natomiast z Suezu, Ismaili, Port-Said, żaden okręt podróżnych nie zabiera z wyjątkiem niektórych tylko okrętów angielskich, których droga do Londynu trwa dni 15 i okrętów francuskich, dla których w Marsylii nie zaprowadzono kwarantany, lecz tylko oględziny lekarskie. Z przejeżdżającemi przez kanał suezki okrętami stykamy się tylko my lekarze kwarantanowi.

Rewizya lekarska odbywa się w sposób następujący. Każdy okręt, przybywający od strony Morza Czerwonego, musi stanąć w porcie suezkim i wywiesza żółtą flagę na znak, że jeszcze nie było wizyty lekarskiej i że nie dostał t. zw. *libre pratique*. Dozoruje tego zresztą nasza służba sanitarna. Bezpośrednio po przybyciu okrętu udaje się lekarz na stacyjnej łodzi parowej i staje koło okrętu. Wtedy z okrętu spuszczają schody, a kapitan i lekarz okrętowy schodzą do łodzi i oddają t. zw. patenty zdrowia *(Bills of helth)*, imienny spis służby okrętowej i podróżnych i książkę, w której jest obowiązany spisywać najdrobniejsze szczegóły ze swej podróży. Nadto musi lekarz okrętowy, lub kapitan, jeżeli na okręcie niema lekarza, złożyć piśmienne oświadczenie, że na okręcie wszyscy zdrowi, że podczas całej podróży nie było przypadku choroby zakaźnej, że nikt nie umarł, lub jeśli umarł, na jaką chorobę. Wszystko to przegląda lekarz kwarantanowy i jeżeli niema jakiej przeszkody, schodzi na okręt. Gdyby na okręcie była dżuma, to taki okręt odsyła zaraz do źródeł Mojżesza. Winienem dodać, że okrętów przybywających z miejsc zadżumionych w nocy nie rewiduje się zaraz, lecz dopiero rano dnia następnego, a straż sanitarna czuwa, by nikt na okręt nie wsiadł i nikt okrętu nie opuszczał. Gdy okręt przybywa z miejsc, gdzie dżuma nie panuje, odbywa się wizytę na okręcie bądź w dzień, bądź w nocy w ten sposób, że po przysiędze kapitana, iż na okręcie ani chorych, ani umarłych niema, przelicza się służbę okrętową, przegląda podróżnych, poczem wydaje się patent zdrowia. Gdy okręt przybywa z miejsca zadżumionego, trzeba każdemu majtkowi zbadać gruczoły pachowe, pachwinowe i popatrzeć w twarz, tak samo postępuje się z podróżnemi trzeciej klasy, oszczędzając kobiet, a podróżnych klasy pierwszej i drugiej tylko się rachuje i zewnętrznie ogląda. Kiedy lekarz skończy wizytę i nie znajdzie nic podejrzanego, wtedy dopiero wolno okrętowi spuścić żółtą chorągiew i wtedy każdemu wolno wysiadać i wsiadać na okręt. Obecnie jednak, jak już wspomniałem, od czasu jak wprowadzono w Egipcie kwarantanę, przeważna ilość okrętów przechodzi przez kanał pod żółtą flagą, wskutek czego w Suezie nie może nikt wsiadać, ani też okręt nie może ładować towarów. Ponieważ przy przebywaniu kanału musi być na okręcie t. zw. pilot t. j. specyalista do kierowania okrętem podczas jazdy kanałem, przeto kompania kanałowa utrzymuje na osobnym, specyalnie do tego przygotowanym okręcie odpowiednią ilość takich odkażonych pilotów, nie stykających się z lądem, których przewozi się na odkażonej łodzi na okręt. Dwóch ludzi ze służby sanitarnej jedzie obok okrętu na łodzi parowej i strzeże okrętu przez całą drogę. Pilotów odkaża lekarz kwarantanowy i nadzoruje ich podczas pobytu na okręcie, na mieszkanie ich przeznaczonym. Jeżeli podróżny jaki chce z okrętu wysiąść do Suezu, może to tylko wtedy uczynić, jeżeli nie przybywa z miejsca nawiedzonego dżumą. Gdy przybywał z miejsca zadżumionego, jadąc przynajmniej dziesięć dni, mógł wysiąść bez przeszkody; jadąc krócej niż dni dziesięć, musiał odbywać kwarantanę u źródeł Mojżesza, aż dopełnił dni dziesięciu, przy czem, zanim dostał się do Suezu, on i jego rzeczy podlegały ścisłemu odkażeniu. Tak było do czasu wybuchu dżumy w Aleksandryi. Obecnie zaostrzono ten przepis o tyle, że każdy przybywający, jak również i rzeczy, wyniesione w Suezie na ląd z okrętu, przybywającego z okolic zadżumionych, choćby nawet podróż trwała cały miesiąc, muszą ulegać odkażeniu. Rozporządzenie to ma zapobiedz możliwemu przeniesieniu dżumy z okrętów do innych miast Egiptu. *Dr. Józef Batko.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 sierpnia.

— Wyszła z pod prasy III część »Słownictwa anatomicznego«, opracowanego przez ś. p. Dr. Stanisława Krysińskiego. Wydawcy, koll.: Markiewicz, Puławski, Sawicki i Śmiechowski zaznaczają w przedmowie, że część ta nie jest tak wykończoną, jakby tego rzecz wymagała, jednakże i w obecnej swej postaci może stać się cenną pomocą i punktem wyjścia w przyszłem opracowaniu słownictwa lekarskiego polskiego. Naszem zdaniem wydanie »zapisek słownikowych« ś. p. Krysińskiego było rzeczą konieczną już choćby z tego względu, że tłómacząc w bardzo wielu przypadkach dostatecznie, dlaczego autor w I i II części słownictwa użył tego, a nie innego miana, temsamem zwiększy liczbę zwolenników »Słownictwa« i w ten sposób przygotuje glebę dla przyszłego ujednostajnienia naszego języka lekarskiego, choćby on nawet nie zawsze kształtował się na zasadach »Słownictwa anatomicznego«.

— Niedawno zdrojowisko Iwonicz obchodziło jubileusz 25-letniej działalności Dr. Kl. Dębickiego; obecnie przygotowuje się uczczenie 40-letniej pracy lekarskiej Radcy ces. Dr. Aurelego Plecha w Truskawcu.

— Jak słychać, zamierza okręgowa Kasa chorych w Wiedniu, do której, oprócz przymusowo zapisanych robotników, należy bardzo wielu dobrowolnych uczestników, rozciągnąć prawo korzystania z pomocy lekarskiej i lekarstw także na rodziny obecnych członków Kasy. Zarządzenie takie, gdyby miało rzeczywiście dojść do skutku, byłoby, jak zgodnie podnoszą dzienniki lekarskie wiedeńskie, nadzwyczajną krzywdą i ostatecznym ciosem dla interesów ekonomicznych stanu lekarskiego w Wiedniu. Obecnie zaś, po rozwiązaniu się wiedeńskiej Izby lekarskiej wskutek znanego wyroku Najwyższego Trybunału, odmawiającego praw wyborczych do Izb lekarzom, nie przynależnym do gminy m. Wiednia, niema możności nawet wniesienia choćby gołosłownego protestu przeciw temu zamachowi na stan lekarski.

— Izba lekarska morawska rozesłała swego czasu do podwładnych sobie lekarzy kwestyonaryusz w sprawie wynagrodzeń w Kasach chorych. Odpowiedź nadesłało 277 lekarzy Kasy. Wyniki tych badań są bardzo smutne: okazało się bowiem, że na jednego lekarza przypada nieraz 1600 członków Kasy, nie licząc ich rodzin, mających w wielu Kasach prawo do pomocy lekarskiej; że odległość mieszkań chorych od mieszkania lekarza Kasy wynosi gdzieniegdzie aż do 16 kilometrów; co zaś najgorsze, że wynagrodzenia lekarzy są haniebnie niskie, np. 50 złr. za 200 członków Kasy, 56 złr. za 300, 180 złr. za 500, 740 złr. za 1518, wskutek czego wynosi pojedyncze wynagrodzenie nieraz 13—15 centów!! (U nas istnieją Kasy, gdzie wynagrodzenie za jedną wizytę lekarską wypada na 7—11 centów). Nieco korzystniejsze są stosunki lekarzy, wynagradzanych nie stałą płacą, ale od wizyty: w tych przypadkach wynosi zapłata za wizytę na Morawach od 15 do 60 centów.

— Lekarska kasa chorych w Wiedniu rozporządza po 6 latach istnienia majątkiem, wynoszącym 31.086 złr. Przez te 6 lat wypłacono 34.440 złr. odszkodowań chorym, a 2400 złr. kosztów pogrzebowych. Prawie wszystkie zakłady kąpielowe i zdrojowe przyznały członkom wiedeńskiej Kasy znaczne ulgi, choć znalazły się i takie, które ulg tych odmówiły, a między nimi zasługuje na napiętnowanie zarząd zdrojowy w Karlsbadzie, który radził nawet zwrócić się do »szpitali«. Oburzający ten postępek wywoła zapewne odpowiednie echo u ogółu lekarzy.

— W Cassel powstał strejk lekarzy powszechnej Kasy chorych z powodu nadmiernego obniżenia wynagrodzeń lekarskich. Do strejku hasło dali okuliści, poczem przyłączyli się do tego i inni lekarze.

— W pobliżu Kłajpedy otwarto 20 z. m. niemiecki zakład dla 12 trędowatych.

— Na cele sanitarne i szpitale wydało w r. z. miasto Petersburg z górą 3 miliony rubli, co stanowi przeszło $^1/_4$ sumy wydatków miejskich.

— 4—9 września b. r. odbędzie się w Brukseli międzynarodowa konferencya w sprawie zwalczania kiły i chorób wenerycznych. W liczbie sprawozdawców znajduje się jeden Polak, prof. Finger z Wiednia.

— 71 Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich mający się odbyć w Monachium 17—23 września b. r., podzielony będzie na 37 sekcyi, z których 20 lekarskich. Wszystkie sekcye lekarskie odbędą jedno wspólne posiedzenie dla obrad nad sprawozdaniem Prof. Marchanda i Prof. Rabla: »O stosunku anatomii patologicznej i patologii ogólnej do embryologii«.

— Z inicyatywy prof. Hlawy, jako przedstawiciela »Spolku lékařů českých i Dra Podlipnego, burmistrza miasta Pragi, rozpoczęto w Czechach działalność, skierowaną ku tworzeniu uzdrowisk dla suchotników.

— Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu 31 (30 VII—5. VIII 1899). Małżeństw 11 (6·83), urodzin 67 (41·61), skonów 49 (30·43). Stosunek dzieci ślubnych do nieślubnych u katolików 45:7, u izraelitów 7:7. Z płonicy zmarło 2, z czerwonki 1 dziecko.

— Zjazd w sprawie gruźlicy pozostawił po sobie oprócz innych dodatnich skutków, konkurs na popularną rozprawę na temat: »Gruźlica i jej zwalczanie«. Rozprawa ta ma obejmować 3—5 arkuszy druku; nagroda wynosi 4000 marek, a może być rozdzieloną na 2 po 2000 marek. Praca nagrodzona staje się własnością głównego niemieckiego komitetu, zajmującego się sprawą zakładów dla suchotników, który postara się o druk i jaknajszersze rozpowszechnienie nagrodzonej rozprawy. Prace konkursowe należy nadsyłać do dnia 4 grudnia b. r. pod adresem: Prof. B. Fraenkel (*Berlin, Bellevue Str. 4*), z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— Dotychczas panowało przekonanie, że prądy elektryczne o napięciu, niższem od 150 wolt, nie są dla życia ludzkiego niebezpieczne. Jednakże w ostatnich czasach ogłoszono nieszczęśliwe wypadki wskutek działania słabszych prądów, co skłoniło fizyologa, prof. Webera w Zurychu, do dokładnego zbadania tej sprawy drogą doświadczalną. Z badań tych okazało się, że już przy prądach o 50 woltach nie można bez cudzej pomocy oderwać kurczowo zaciśniętych rąk od dotkniętego przewodnika, a już przy prądach o 90 woltach istnieje niebezpieczeństwo dla życia, zwłaszcza jeśli ręce, chwytające drut, są wilgotne. Wobec tego należałoby już dla prądów elektrycznych o średniem napięciu zastosowywać te przepisy, jak dla prądów o napięciu wysokiem.

Mianowania i odznaczenia. Nadzw. prof. medycyny sądowej w Insbruku, Dr. Ipsen, mianowany profesorem zwyczajnym. Dr. Bloch mianowany prof. chirurgii w Kopenhadze. Dr. Rossoni mianowany prof. patologii lekarskiej w Rzymie.

Nekrologia. Zmarli: Dr Konrad Chmielewski, kownianin, wyzwoleniec moskiewskiego uniwersytetu. Po powrocie z Syberyi osiadł w r. 1869 w Warszawie, gdzie zdobył zaletami umysłu i serca wzięcie i uznanie. Po odbyciu za granicą specyalnych studyów wodolecznictwa, objął kierownictwo tej gałęzi w Zakładzie nałęczowskim. Od r. 1886 aż do śmierci pełnił obowiązki dyrektora Nałęczowa i nadał temu Zakładowi piętno osobiste, którego główną cechą była powaga zawodowa, prostota, wyrozumiałość i miłość bliźniego. Liczył lat 61.

Cześć pamięci zasłużonego obywatela i sumiennego lekarza.

Dr. Balbiani, prof. embryologii w „Collège de France«. Dr. Klotz, prof. ginekologii w Insbruku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 32: A. Zięciakiewicza: Typy oddechania w zastosowaniu do sztuki śpiewu. St. Pechkranca: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. J. Fajersztajna: Polymyositis primaria (c. d.). *Medycyna* Nr. 32. K. Stróżewskiego: Uraz, jako przyczyna cierpień układu nerwowego (dok.), K. Sacewicza: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego.

Redakcya otrzymała:

— L. Zembrzuski: Przyczynek do chirurgii pęcherzyka żółciowego. (Odbitka z *Medycyny*, 1899).

— Dr. K. Noiszewski: Anatomia czaszkojamu. *Petersburg*, 1899 rok.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Kasa chorych w *Schodnicy* rozpisuje konkurs na posadę drugiego lekarza Kasy. Płaca roczna 800 złr. — dodatek na mieszkanie, opał i światło 400 złr.

Podania do 15-go września b. r. przyjmuje Zarząd Kasy chorych.

Zakład wodoleczniczy
Dra KOŁĄCZKOWSKIEGO
w Szczawnicy 102

cały rok otwarty, przyjmuje do Pensyonatu po cenie od 3·50 złr. dziennie od osoby i wyżej za wszystko. Pewne leczenie, wygody i **doborowa kuchnia** zapewnione.

Południowo-tyrolska Arsenowo-żelezista woda

„MITTERBAD“

sprowadza jak to wykazano w Szpitalach przybytek hemoglobiny we krwi o 40 — 50%, znaczny przybytek ciałek czerwonych, wybitny przybytek na ciężarze ciała u leczących się.

Dawka: dwa, trzy razy dnia po 6 łyżeczek czystej wody.

Nienależy się obawiać ani biegunki, ani psucia zębów.

Przystępna cena pozwala na rozpowszechnienie tej wody.— Pić można w każdej porze roku.

Dostać można w aptekach. (71)

ZAKŁAD LECZNICZY
dla
NERWOWO i UMYSŁOWO CHORYCH

32 w Obernigk pod Wrocławiem Dra Lewalda.

Adres: Dr. Lewald, Obernigk.

Kufek'a maczka dla dzieci

ZAPOBIEGA i USUWA * POLECONA PRZEZ POWAGI LEKARSKIE Najlepszy dodatek do mleka!

wymioty, nieżyt jelit, rozwolnienia, zaparcie itd.

oceny lekarzy i próbki darmo i opłatnie 116

przez

WIEDEŃ fabrykę środków dyetetycznych WIEDEŃ
V/12. Stumperg 44/46. R. KUFEKE V/12. Stumperg 44/46.

Gips alabastrowy
do celów chirurgicznych

polecony przez Towarzystwo lekarskie krakowskie

wyrabia i sprzedaje 64

Fabryka gipsu M. Ameisena dawniej **Karol Czecz i Spółka w Płaszowie.**

Wyłączne zastępstwo dla Krakowa ma firma **Szarski i Syn** Rynek gł.

Sanguinal
i Sanguinalowe przetwory

Sanguinal, idealny, zwierzęcy przetwór żelazisty jest niedościgniony w skutkach leczniczych w błednicy i innych niedokrewnościach — w zołzach, krzywicy i w rekonwalescencyi; pobudza łaknienie i trawienie — nie obciąża żołądka.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Chinin. mur. 0.05.

Energiczny Roborans, zwłaszcza w rekonwalescencyi po chorobach zakaźnych, łatwo strawny i wsysalny. Zastępuje wybornie obciążające żołądek pigułki z żelazem i kw. mlek.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Extr. Rhei 0,05

pewny środek rozwalniający, sporządzony na polecenie znakomitych klinicystów.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Gwajacol. Carbon. 0,05

zadowalniają najwybredniejszych, znoszone bywają nawet przez słabe żołądki.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Kreosot. 0,05 i 0,10

Technicznie najdoskonalszy przetwór smołowy do leczenia gruźlicy płuc. Ścisła dawka. Bez zapachu.

Pilul. Sanguinal. Krewel cum Jod. pur. 0,004 = Tr. Jodi gtt. I.

Połączenie t nicznych i ściągających własności jodu z działaniem żelaza; w podrażnieniach żołądka, vomitus gravidarum, zołzach i t. d.



Baczyć należy na obok umieszczoną markę ochronną, którą opatrzone bywają wszystkie nasze fabrykaty.

Aptekarz Krewel i Sp.
Fabryka chem.-farmaceutycznych przetworów
Kolonia n. Renem. 31

SWOSZOWICE
pod Krakowem
zdrojowisko wód siarczanych,

przez największe powagi lekarskie polecane, siedm kilometrów od Krakowa oddalone, stacya kolei państwowej, z najwygodniejszą komunikacyą (pięć razy dziennie koleją i cztery razy omnibusami zakładowymi). — **Zakład otwarty od dnia 15 maja do dnia 15 września.**

Zakład posiada z komfortem urządzone mieszkania po cenach nader przystępnych i wszelkie wygody i uprzyjemnienia dla gości kąpielowych, jakoteż wyborną restauracyę.

Kąpiele siarczane, jakoteż mułowe z najlepszym skutkiem bywają stosowane i zalecane **w goścu stawowym i mięśniowym, w obrażeniach kości, w chorobach skóry, nerwów i w kile. Nad źródłem znajduje się wziewalnia, której stosowanie jest wskazanem w przewlekłych chorobach dróg oddechowych i w dusznicy.**

Zdroje swoszowickie co do siły i skuteczności dorównują wszelkim tego rodzaju źródłom zagranicznym.

Lekarz zakładowy, **Dr. Władysław Herz,** wykonuje **miesienie i elektryzowanie** według najnowszych prawideł sztuki lekarskiej. 148

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 26 Sierpnia 1899. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika w Krakowie.

O leczeniu chirurgicznem puchliny jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis* [1]).

Podał

Docent chirurgii Dr. Aleksander Bossowski

kierownik oddziału.

Postępowanie chirurgiczne wobec przesięków do jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis*) ograniczało się aż do ostatnich czasów na wypuszczeniu płynu wolnego z jamy brzusznej przez nakłócie, skoro ilość jego wzmogła się do tego stopnia, że ztąd wynikły nadmierny ucisk śródbrzuszny sprowadzał przykre i ciężkie przypadłości dla chorego. Symptomatyczny ten zabieg, mający przeto jedynie znaczenie chwilowej ulgi dla chorego, powtarzano też wielokrotnie zazwyczaj w coraz krótszych odstępach czasu, ilekroć powtórzyły się zaburzenia, idące w parze z ponownem nagromadzeniem się cieczy przesączynowej.

Jak znacznej liczby dosięgały nieraz nakłócia brzucha, za przykład posłużyć może chory Pütza [1]), u którego w przeciągu trzech lat wykonano 47 nakłóć jamy brzusznej i wypuszczono ogółem 1200 litrów cieczy przesączynowej.

Uznany dzisiaj powszechnie wpływ nader korzystny, — bo stwierdzony setkami spostrzeżeń, — jaki wywiera proste otwarcie jamy brzusznej na leczenie wysięków towarzyszących gruźlicy otrzewnej, nie przyniósł żadnej zmiany w działalności, a raczej bezwładności chirurgicznej wobec gromadzenia się przesączyny w przebiegu marskości wątroby, gdyż podstawowe tło tego objawu chorobowego, t. j. schorzenie wątroby jako takie w okresie puchliny brzusznej nie obudzało żadnej nadziei wyleczenia, a różnice pochodzenia jednej i drugiej postaci płynu wolnego w jamie brzusznej odsuwały daleko myśl jakiejkolwiek analogii w leczeniu. Wszak powszechnie rokowanie co do uleczalności wątroby marskiej nie jest pomyślne, a poszczególni autorowie, jak Hale White [2]) i inni, uważają nawet pojawienie się puchliny brzusznej w przebiegu tej choroby za zapowiedź blizkiego zgonu. A jednak nie brak i dawniej spostrzeżeń, które przemawiały za przyciehnięciem częstokroć na długo sprawy chorobowej w wątrobie, a nawet za zupełnem wyleczeniem mimo kilkoletniego trwania choroby i pojawienia się puchliny brzusznej.

I tak Strümpell wspomina o przypadku, uleczonym po sześcioletniem trwaniu marskości wątroby i 15 nakłóciach, dokonanych z powodu puchliny brzusznej.

Lauenstein [3]) przedstawił w Towarzystwie lekarskiem w Hamburgu chorego, u którego w przebiegu marskości wątroby wykonano 8 razy nakłócie brzucha, poczem puchlina brzuszna ustąpiła w zupełności, a wątroba i śledziona, badane po $2\frac{1}{2}$ latach, okazywały wielkość prawidłową. Równocześnie przytoczył Lauenstein drugi przypadek, leczony przezeń przed kilku laty w szpitalu portowym, w którym po zrobieniu trzechkrotnego nakłócia resztki puchliny brzusznej ustąpiły same przez się, a rozciągnięty przez kilka lat następnych nadzór nad chorym stwierdził trwały powrót do zdrowia. To też podnosząc zbawienny wpływ dokonanych nakłóć na przebieg marskości wątroby w obu przypadkach skłania się Lauenstein raczej do za częstych, niż zbyt rzadkich nakłóć.

Wielokrotne spostrzeżenia kliniczne świadczą, że samo otwarcie jamy brzusznej w przypadkach złośliwych guzów w brzuchu, nie dających się usunąć przez zamierzoną operacyę, wydaje nieraz ten szczęśliwy skutek, że doprowadza je do częściowego lub zupełnego zaniku, jak dowodzą przypadki Lawson Taita [4]), Mackenrodta [5]) i innych.

Niespodziewany również i nader pomyślny wpływ zauważył Raymond [6]) po laparotomii, wykonanej u kobiety 38-letniej w przypadku znacznego przerostu śledziony z równoczesnym obfitym przesiękiem do jamy brzusznej. Gdy poprzednie, kilkakrotne nakłócia brzucha nie powstrzymały ponownego gromadzenia się cieczy przesączynowej, wykonał Raymond laparatomię w zamiarze wyłuszczenia guza, sięgającego z lewego podżebrza aż poniżej pępka, który to guz uważał Raymond za nowotwór. Stwierdziwszy po otwarciu jamy brzusznej silne zrosty ustalające guz i właściwą jego przyrodę, t. j. przerost śledziony, zamknął jamę brzuszną i przez ten niedokończony zabieg operacyjny osiągnął tyle, że przerosła śledziona pomniejszyła się rychło, a puchlina brzuszna już więcej się nie pojawiła. Te zagadkowe i nieobliczone bądź co bądź wyniki wraz z ustalonem już doświadczeniem na punkcie uleczalności wysięków gruźliczych do jamy brzusznej, przemawiają bezsprzecznie za wybitnym odczynem otrzewnej na zabiegi operacyjne w niej dokonane, jak również za niewytłómaczonem bliżej oddziaływaniem prostego otwarcia jamy brzusznej na różnorodne tkanki chorobowe, rozrastające się w niej pod wpływem bodźców zapalnych, a nawet nowotworowych. Ściślejsze rozpatrywanie objawów klinicznych i zmian histologicznych w przypadkach marskości wątroby i wyróżnienie na tych podstawach dwóch głównych typów zasadniczych tej choroby, t. j. formy żylnej i żółciowej (Charcot, Hanot, Dieulafoy), między którymi to typami wydarzają się również formy pośrednie, tak zwane mięszane (Dieulafoy, Surre i inni), oddzielenie głównie przez autorów włoskich, De Renzi, Semmola i Cirelli z pośród postaci marskości żylnej dwóch odmian: wyskokowej i zimniczej, tej ostatniej mianowicie dostępniej-

[1]) Według odczytu, wygłoszonego na IX Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 1[illegible] i 19 lipca 1899 r.

szej uleczeniu, skierowały baczniejszą uwagę na całą sprawę chorobową i poszczególne jej objawy.

Równocześnie z wyodrębnieniem w marskości wątroby formy żółciowej *(cirrh. biliaris)* choroby *sui generis*, wyłaniają się poglądy, że w etyologii jej odgrywa główną albo przeważną rolę zakażenie dróg żółciowych. Zapatrywanie to, wyrażone między innemi w pracy Boineta [7]), opartej na podstawie objawów klinicznych i badania anatomicznego 7 przypadków, poparły wyniki poszukiwań Gilberta i Fourniera, którzy w przebiegu marskości wątroby wykazali w wątrobie i śledzionie prątek okrężnicowy *(bacill. coli)*.

Delagénière [8]), hołdując tym samym przekonaniom, podjął u 30-letniej alkoholistki z marskością wątroby i zaburzeniami w przewodzie pokarmowym laparotomię, śród której przyszył obniżoną, wielką wątrobę marską do łuku żebrowego i wykonał równocześnie cholecystostomię. Wypływająca w pierwszych dniach z przetoki worka żółciowego ciecz szklista, śluzowa, mętna zawierała prątek, podobny do prątka okrężnicowego *(bacter. coli)*, po kilku dniach przybrała dopiero cechy żółci, a niebawem okazała się wolną od drobnoustrojów. Przetoka woreczka żółciowego zamknęła się sama przez się po kilku tygodniach, a chora, badana po upływie roku, wróciła do zupełnego zdrowia i odbyła prawidłowy poród i połóg.

Z innego założenia, ugruntowanego na planie świadomym celu i w myśli poprawienia przez laparotomię stosunków anatomicznych krążenia krwi w żyle bramnej, zaburzonych w przebiegu marskości wątroby, wyszedł Talma [9]), który wkrótce potem ogłosił przypadek, dotyczący 9-letniego chłopca, u którego marskość wątroby rozwinęła się po przebytej ostrej chorobie z zajęciem nerek i wątroby, a towarzyszyło jej równoczesne powiększenie śledziony i znaczny przesięk nagromadzony w jamie brzusznej. Po pięciokrotnem nakłóciu brzucha, gdy puchlina brzuszna statecznie powracała, skłonił Talma chirurga v. Eiselsberga do wykonania laparotomii, śród której wszyto sieć i worek żółciowy w ranę brzuszną. Wynik operacyi był ten, że przesączyna brzuszna nie zebrała się więcej, ale wątroba pozostała wielka i twarda, a śledziona powiększyła się jeszcze znaczniej, tak, że po dwóch miesiącach dosięgła więzu Pouparta. Wówczas Narath przy powtórnej laparotomii zaszył śledzionę w kieszeń między skórą i mięśniami brzucha z tym skutkiem, że po sześciu tygodniach śledziona zmniejszyła się znacznie, a po dwóch latach chłopiec przedstawił się w stanie zupełnie zadawalniającym bez puchliny brzusznej z śledzioną i wątrobą małą, działającą prawidłowo. Żyły skórne oboczne już w 9 dni po pierwszej laparotomii silnie wypełnione krwią, rozwinęły się w gęstą sieć grubych naczyń, ciągnących się od blizny operacyjnej w okolicy wątroby i śledziony aż do przestworów międzyżebrowych.

Wobec osiągniętego wyniku uważa Talma zalecony przez siebie zabieg operacyjny za zupełnie usprawiedliwiony w razach utrudnionego przepływu krwi przez żyłę bramną, a to w celu wytworzenia krążenia obocznego z obejściem drogi przez żyłę bramną. Jako warunek konieczny do osiągnięcia wydatnego skutku z operacyi postawił jednak Talma utrzymaną jeszcze w komórkach wątrobowych zdolność do prawidłowej czynności i dlatego zaleca podjęcie operacyi we wczesnych okresach marskości wątroby.

Zajmujący ten przypadek Talmy pobudził w dalszym ciągu Tillmanna do wykonania doświadczeń na zwierzętach, aby rozstrzygnąć pytanie, czy możliwem jest wytworzenie należytego krążenia obocznego, jeśli żyła bramna jest zupełnie, lub prawie zupełnie zamknięta. Jakkolwiek bowiem znaną jest rzeczą, że prawidłowo już istnieją liczne połączenia między żyłą bramną i żyłą główną dolną, to jednak doświadczenie poucza, że połączenia te nie wystarczają zazwyczaj do wyrobienia się na trwałe należytego krążenia obocznego.

Wynik doświadczeń Tillmanna był ten, że zginęły wszystkie zwierzęta, u których podwiązał żyłę bramną, lub żyłę krezkową przed ujściem do niej żył żołądka i śledziony, nawet jeśli równocześnie przyszył sieć do przedniej ściany brzucha. Natomiast pies, któremu poprzednio wszył sieć między skórę i mięśnie brzuszne i przez podrażnienie otrzewnej wywołał zrosty między jelitem i otrzewną ścienną, a następnie dopiero przy wtórnej laparotomii podwiązał żyłę krezkową, przetrzymał zabieg operacyjny, a nawet przeżył podwiązanie żyły bramnej, którego dokonał Tillmann za trzecią laparotomią. Po wygojeniu się ran laparotomijnych stwierdzono znaczne rozwinięcie się szerokich żył podskórnych, przebiegających z dolnych części brzucha ku górze. Sekcya psa zabitego po 12 tygodniach wykazała, że żyła krezkowa zamieniła się w postronek łączno-tkankowy, a podwiązka nałożona na żyłę bramną wprawdzie leżała na miejscu pierwotnem, lecz nie zamykała zupełnie naczynia, gdyż pozostał jeszcze kanał grubości szpilki, a wątroba okazała silne nacieczenie tłuszczowe, występujące pod postacią wysp. Kończąc swoją rozprawę dodaje Tillmann, że wynik, jaki wydały powyższe doświadczenia, ma szczególnie ważne znaczenie dla zakrzepu żyły bramnej, którego rokowanie jest, jak wiadomo, bardzo niepomyślne.

W przypadkach marskości wątroby, jakoteż wobec guzów nie nadających się do operacyi, które, wywierając ucisk na żyłę bramną, stanowią przeszkodę dla krążenia w niej krwi, można spodziewać się skutku przez wytworzenie drogą operacyjną krążenia obocznego.

W ostatnich miesiącach ogłosił Neumann [11]) przypadek marskości wątroby z równoczesną puchliną brzuszną u 45-letniej kobiety, przywykłej do nadużywania napojów wyskokowych, u której, zachęcony wynikiem pomyślnym Talmy i rezultatami doświadczeń Tillmanna, wykonał laparotomię i zapomocą łyżeczki zeskrobał śródbłonek z otrzewnej ściennej po obu brzegach rany brzusznej i do powierzchni tak obranionych przymocował sieć. Już w 10 dni po operacyi zauważył on znaczne rozszerzenie żył około pępkowych, a w 5 miesięcy później badana chora czuła się zdrową, przybrała na tuszy i nie okazywała ani śladu puchliny brzusznej. Wątroba utrzymywała się jeszcze wielka i twarda. Sieć żylna około pępka rozwinęła się znacznie, pojedyncze żyły ciągną się aż do przestworów międzyżebrowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z pracowni chemicznej kliniki lekarskiej Prof. Dra Ant. Gluzińskiego we Lwowie.

Wpływ soli mineralnych na przemianę materyi w gorączce.

Podał
Dr. W. D. Moraczewski.

(Dokończenie).

Badanie wpływu soli miało na celu zmianę sprawy gorączkowej. Wyszliśmy z założenia, że jednym z powodów strat azotu w gorączce jest rozwodnienie ustroju. Ażeby zapobiedz wsiąkaniu wody w tkanki, dodawaliśmy takie ilości soli, które potrafiłyby koncentracyę organizmu utrzymać w równowadze i przez swą obecność we krwi wywołać raczej prąd wody z narządów do krwi, a nie odwrotnie. Wiemy z doświadczeń Grawitza, że podawanie soli kuchennej wywołuje rozwodnienie krwi, oczywiście kosztem wody tkanek. Z doświadczeń naszych odnieśliśmy wrażenie, że czasami udaje się rzeczywiście zmniejszyć ilość wydzielonego azotu, szczególnie jeżeli podajemy mięszaninę soli kuchennej i fosforanu wapna, czasami i sama sól kuchenna, albo chlorek potasu wpływa na zmniejszenie azotu. W każdym razie napotykaliśmy obok wyraźnego działania brak zupełny, albo zgoła powiększenie azotu. Nie trzeba zapominać, że sól kuchenna obok własności wysalania ma inne wpływy, które mniej są w tym razie korzystne. Obok przesiąkania w tkanki, może sól kuchenna działać drażniąco, mieć własności moczopędne itd. Wszystkie te wpływy nie przyczyniają się do prostoty wyników. Ilość moczu stale się powiększała, co z jednej strony zmniejszać musiało wodnistość tkanek, ale obok tego wywoływało większe straty azotu. Ilość tosforanów także stale bywała powiększona i tylko w tych przypadkach, w których podawaliśmy chlorek sodowy, fosfor dosięgał liczb, które w stosunku do azotu mieć powinien. Dowodzi to, że sól kuchenna zastępowała fosforany i pozwalała im opuszczać ustrój. Podobnie wpływała sól kuchenna na wydzielanie wapna. Ilekroć podawaliśmy sól, tyle razy sole wapniowe wydzielały się obficiej przez nerki i jelita. Wnosić stąd można, że sól kuchenna wypierała nie tylko fosforany, ale i sole wapniowe, a to dla swej zupełniejszej dyssocyacyi i większej ruchliwości jonów.

Obok środków, rozwadniających krew, mamy w solach srebra, rtęci itd., środki zgęszczające krew. Próby, dokonane z azotanem srebrowym, przekonały nas, że wydzielanie azotu pod wpływem srebra jest znacznie silniejsze, natomiast wydzielanie chlorków słabsze. Obok tego wpływa srebro na powiększenie ilości wapna. Na wydzielanie fosforu nie wpływa widocznie. Otóż zgęszczenie krwi, jeżeli sole srebra i w gorączce zgęszczająco działały, ma skutek wręcz przeciwny rozwodnieniu, które, jak mówiliśmy wyżej, wpływa na zmniejszenie wydzielenia azotu.

Godny uwagi wydaje nam się inny wpływ podawania soli kuchennej oto skrócenie rekonwalescencyi. Wiadomo, że po przełomie chlorek sodowy wydziela się obficiej, fosfor spada, sprawa ta jednak trwa bardzo długo. Tymczasem przy podawaniu soli kuchennej nie tylko fosforany spadają szybciej, bo w przeciągu trzech do czterech dni, ale i chlorki bardzo wcześnie zaczynają wydzielać się nadmiernie. Prawdopodobnie należy to przypisać dokładniejszemu przepłókaniu ustroju.

Wyraźniej, niż sole, wpływa na zmniejszenie azotu cukier. Doświadczenia Maya zgadzają się w zupełności z naszemi próbami. Cukier wpływa na zmniejszenie diurezy i tem samem obniża ilość azotu. Cukier nie pędzi moczu, jak sole; prawdopodobnie nie przechodzi w tkanki tak szybko i może dla tego dłużej utrzymuje wodę we krwi. Cukier ma ten sam wpływ, co sole, ale podczas gdy sole po pewnym czasie wsiąkają w tkanki i wyrównywają stężenie organizmu, znosząc różnicę, jaka powstała przez rozwodnienie krwi, to cukier, jako cząsteczka większa, zwolna, albo wcale do tkanek nie przechodzi, spala się we krwi i tym sposobem dłużej utrzymuje wodnistość krwi.

Do wniosku tego upoważniają nas doświadczenia botaników, np. Pfeffera, Overtona i innych, którzy wykazali nieprzenikliwość tkanek dla cukru mimo przenikliwości dla soli, alkoholu itp. W każdym razie pierwszą część twierdzenia, jako popartą doświadczeniem radzibyśmy utrzymać w całości. Druga jest przypuszczeniem, wymagającem sprawdzenia.

Nie próbowaliśmy wpływu tłuszczu na wydzielanie azotu, a to z tej przyczyny, że spalanie w gorączce tłuszczów nie dosięga. Tłuszcze podawane były przez zwolenników dosyć jednostronnych teoryi spalania w ustroju. Dla tych, którzy uwzględniają jedynie wartość kalorymetryczną pożywienia, oczywiście tłuszcz lepszy jest dwa razy od węglowodanów, bo daje 9 kaloryi, kiedy cukier daje tylko 4; ale nie należy zapominać, że gorączka usposabia do zatłuszczenia narządów, przy czem — mówiąc nawiasem — nie różni się od niedokrewności, w których ustrój również wodnieje, również zatrzymuje chlorki i również wydziela nadmiernie azot i fosfor. Jeżeli tedy sprawa gorączki, przy której spalanie jest wzmożone (Loewy), przy której spalają się białka silniej, niż zwykle jeżeli sprawa w rozwodnionym, rozcieńczonym ustroju doprowadza do tworzenia się nadmiernego tłuszczów, to wydaje mi się, że pożywienie, obfitujące w tłuszcze, byłoby zupełnie bezużyteczne. Bo przedewszystkiem uległby spaleniu tłuszcz, powstały nadmiernie w ustroju, gdyby sprawa gorączkowa mogła tłuszcze spalać. Wstręt, który czują gorączkujący do tłuszczu, jest niejako usprawiedliwiony.

Streszczając nasze wnioski możemy raz jeszcze potwierdzić spostrzeżenia Hösslina, Bussa, Leydena i innych, że dostarczenie jak największej ilości pożywienia wpływa dodatnio na wydzielanie azotu. Zarówno w czasie gorączki, jak w czasie bezgorączkowym obfitująca w azot żywność doprowadza w gorączce do stosunkowo małych strat, w czasie pogorączkowym do większych zysków. Dodawanie cukru do jadła zmniejsza również ilość wydzielonego azotu, oszczędza azot, pociąga jednak za sobą skąpe wydzielanie wody i przedłuża czas rekonwalescencyi. Sole mineralne wpływają na zmniejszenie azotu, szczególniej przy obfitującem w azot pożywieniu, wywołują bardzo znaczną diurezę i skracają przez to czas rekonwalescencyi. Chlorek sodu może zastąpić inne sole ustroju w gorączce i wywołuje silniejsze wydzielanie fosforanów, lekkich metali i wapna. Chlorek potasowy zachowuje się podobnie. Azotan srebra powoduje silniejsze wydzielanie azotu i wpływa głównie na wydzielanie wapna. Fosforany na równi z azotem pozostają w większej obfitości, niezależnie od pożywienia i dlatego wydzielają się szczodrzej.

Część fosforanów zatrzymywana bywa stale w gorączce i tylko wtedy wydzielają się fosforany zupełnie, jeżeli może je zastąpić należyta ilość chlorków. Sole wapniowe na równi z chlorkami nie wydzielają się nadmiernie w czasie gorączki, zatem w moczu i w kale znajdujemy ich zaledwie ślady, ponieważ zwykle krążące sole zostały wessane, a rozkład ustroju dostarcza przeważnie tylko fosforanów, nie zaś chlorków i wapna. Sole wapniowe ulegają szczególnemu zatrzymaniu na dzień przed przełomem. Stosunek wapna do fosforu w kale jest w czasie gorączki mniejszy, niż w czasie pogorączkowym. Po przełomie ilość fosforu i azotu się wzmaga, a ilość chlorków i wapna spada na czas krótki, poczem następuje spadanie pierwszych, a podnoszenie się drugich.

III. **Przyczynek do etyologii paraliżu postępowego** *(Dementia paralytica).*

Podał

Dr. Mieczysław Switalski.

(Dokończenie).

U chorych 4, 13, 56, 58, 65, 69, 74, 84, 90, 106, 108 wywiady wykazują uraz w głowę, którego doznali krótszy lub dłuższy czas przed początkiem choroby. I tak 7-miu chorych doznało go bardzo dawno, 5-ciu zaś w ostatnich latach. U jednego z nich pierwsze objawy paraliżu postępowego wystąpiły bezpośrednio po urazie. Podobne przypadki spotykamy podane w literaturze przez Mendla, Langego, Balla, Christiana Oebeckego, Aschera, Meyera, Krafft-Ebinga, Mechego i innych. Hirschl, który wśród 175 chorych wykazał uraz głowy 13 razy, nie przyznaje temu czynnikowi żadnego znaczenia, a to z tego powodu, że u jednych czas między urazem a początkiem choroby był zbyt długi, część zaś tych chorych przechodziła kiłę, co wedle autora wystarcza do powstania paraliżu. Christian, który zebrał 100 przypadków chorób umysłowych po urazie w głowę, wykazał między nimi 40-tu paralityków. Gudden jest zdania, że szczególnie paraliż, występujący w wieku młodym, jest następstwem urazu w głowę. O szkodliwym wpływie silnych wstrząśnień fizycznych, uderzeń w głowę, wątpić nie można. Swiadczą o tem liczne przypadki nerwic urazowych, nie licząc tych przypadków, gdzie po nich występują objawy lżejszej lub cięższej neurastenii. W przypadkach, gdzie uraz od początku paraliżu dzieli znaczny przeciąg czasu, trudno go uważać za przyczynę choroby; działa on w tych razach raczej jako czynnik, zmniejszający odporność układu nerwowego i robi go bardziej wrażliwym na inne szkodliwości. W przypadkach, gdzie choroba rozwija się bezpośrednio po urazie, mamy zupełne prawo przyjąć go za czynnik przyczynowy, n. p. u chorych nr. 4, 69.

Dalsze pytanie, nad którem wypada się zastanowić, jest: czy nadużywanie wyskoku wywoluje paraliż postępowy.

Niektórzy psychiatrzy, szczególnie francuscy, sądzą, że nadużywanie wyskoku przyczynia się do powstania paraliżu, inni natomiast przyznają mu pierwszorzędne znaczenie. Kaes podaje alkoholizm jako najważniejszą przyczynę paraliżu; na drugiem miejscu stawia obciążenie dziedziczne, na trzeciem kiłę, podczas gdy Gudden za najważniejszy czynnik uważa obciążenie, dalej dopiero alkoholizm. Znaczną doniosłość przyznają mu Meynert, Oebecke; małe odsetki wykazują Ziehen 17%, Westphal 3·4% Lange 17%; Hirschl odmawia mu wielkiego znaczenia. Joffroy uważa alkoholizm rodziców za ważniejszy czynnik etyologiczny młodzieńczego paraliżu postępowego, aniżeli kiłę. Z chorych, objętych w tablicy II, można u 11 wykazać nadużywanie wyskoku, co stanowi stosunkowo niewielki odsetek. Psychiatrzy, którzy odmawiają znaczenia w paraliżu postępowym nadużywaniu alkoholu, zwracają uwagę na tę okoliczność, że wśród tylu pijaków, których ma społeczeństwo, tylko tak mała liczba zapada na paraliż. Jakkolwiek twierdzenie to jest słuszne, nie można przeczyć, że wyskok jest szkodliwością, której znaczenia dla organizmu odmówić nie można. Ta ilość wyskoku, która u jednego działa trująco, u innego pozostaje bez wpływu. Dane wywiadowe, szczególnie tutaj, nie zawsze są prawdziwe i zależą od pojmowania, co jest nadużywanie alkoholu. Słusznie zauważyć można, że przodkowie nasi pili również, a może i więcej, aniżeli dzisiejsze pokolenia, a przecież w owych czasach paraliż nie był znany. Nie powinniśmy jednak zapominać, że pili oni napoje, które ilościowo zawierały znacznie mniej wyskoku, nie używali go w postaci tak zgęszczonej jak wódka, a co najważniejsza, napoje ich nie zawierały fuzlu, i to najwięcej ilości nieznaczne. Dla organizmu nie jest obojętnem, czy wprowadzając do niego pewną ilość wyskoku, wprowadzimy go w stanie rozcieńczonym, czy wprowadzając do niego pewną ilość wyskoku wprowadzimy go w stanie rozcieńczonym, czy też zgęszczonym. Jakkolwiek trudno twierdzić, żeby nadużywanie wyskoku wywoływało chorobę o której mowa, to nie ulega wątpliwości, że usposabia on układ nerwowy bardzo silnie do schorzenia i to nietylko u tego samego osobnika, ale i u jego potomstwa. Mniej jeszcze wiemy o działaniu kawy, herbaty, tytoniu i t. p. Że nie działają one dodatnio, nie ulega wątpliwości, są to jednak czynniki, których się w wywiadach nie uwzględnia. Nadużywanie morfiny jest za mało rozpowszechnione, żeby je można przyjąć za ważny czynnik etyologiczny. U dwóch chorych nr. 10 i 26 wiemy z wywiadów, że byli morfinistami. Pierwszy z nich przechodził kiłę, drugi jest dziedzicznie obciążonym. Nie można wątpić, że morfina wywarła tylko ujemny wpływ na układ nerwowy, a może nawet przyczyniła się do wywołania samej choroby.

Po chorobach zakaźnych niezbyt rzadko występują w okresie zdrowienia rozmaite psychozy w przeciwieństwie do paraliżu postępowego. Trudno zaś przypuścić, żeby dur brzuszny, zapalenie płuc, ospa i t. p. choroby, przebyte przed kilku laty, były powodem obecnej choroby. Od czasu kiedy w Europie rozpowszechniła się grypa, ogłoszono kilka przypadków, gdzie paraliż postępowy wystąpił bezpośrednio po niej. Należy tu raczej przypuścić, że chory, który dostał grypy, był już w początkowym okresie paraliżu postępowego, który rozpoznano dopiero po chorobie.

Nadmierną pracę fizyczną wymieniają również niektórzy, jako czynnik przyczynowy paraliżu. Nie można jej jednak uważać za czynnik działający bezpośrednio. Wysiłki fizyczne przy niedostatecznem odżywieniu tylko podkopują organizm i tą drogą działać mogą osłabiająco na jego część, t. j. układ nerwowy. Same jednak trudy fizyczne, choćby były najznaczniejsze, nie mogą wywołać paraliżu postępowego.

O wiele większe znaczenie przyznać musimy nadmiernej pracy umysłowej i urazom psychicznym; bodaj czy nie są one jednym z najważniejszych czynników w etyologii paraliżu. Czynność umysłowa jest wynikiem spraw życiowych kory mózgowej. Długi czas trwająca praca wywołuje wreszcie zmęczenie elementów korowych, co podmiotowo odczuwamy jako znużenie i senność, która jest niejako wskazówką, że układ nerwowy jest wyczerpany. W zwykłych warunkach zaprzestajemy wtenczas pracy. Jeżeli jednak czynności towarzyszy wzruszenie umysłowe, choćby tylko w postaci niezwykłego zajęcia się tą czynnością, to albo nie odczuwamy wtenczas zmęczenia, które rzeczywiście istnieje, albo staramy się je usunąć środkami podniecającymi, koniakiem, kawą, herbatą i t. p. Pracujemy dalej aż do wyczerpania, aż do uszkodzenia kory mózgowej, która jest podstawą naszych czynności umysłowych. Jeżeli się to częściej, albo nawet codziennie powtarza, to skutki znużenia nie mogą się wyrównać w czasie odpoczynku i przychodzi do stałego uszkodzenia kory mózgowej, które się objawia zwiększeniem pobudliwości sfery uczuciowej, upośledzeniem snu i zmniejszeniem czynności umysłowych. Otrzymujemy w ten sposób obraz kliniczny neurastenii z oznakami wrażliwości, upośledzeniem pamięci i t. p. i t. p. Nieznaczne te objawy ustępują po dostatecznym wypoczynku, ale stają się niebezpieczne, jeżeli praca wśród wspomnianych warunków trwa dalej.

Jeszcze może szkodliwiej działają silne wzruszenia umysłowe, wywołane wyobrażeniami niemiłej treści, jak żal, trwoga, gniew, zwątpienie. Wzruszeniom tym umysłowym towarzyszą zmiany w czynności serca, ciśnieniu krwi i oddechaniu. Przypatrzmy się tylko człowiekowi, który się przestraszył; przedewszystkiem uderzy nas bladość twarzy, wywołana nagłem zwężeniem się naczyń na powłokach zewnętrznych, które następuje również i w naczyniach mózgu. Przeciwieństwo do tego stanowi człowiek w afekcie gniewu, którego układ tętniczy mózgu jest krwią przepełniony, naczynia rozszerzone. Łatwo zrozumieć, że podobne różnice w ciśnieniu krwi nie mogą dodatnio wpływać na odżywienie mózgu, szczególnie jeżeli się często powtarzają. W podobny sposób działają troski i zmartwienia. Jakkolwiek nie wywołują one tak gwałtownych zaburzeń w krążeniu, działają jednak dłuższy czas, a nadto upośledzają sen, nie dozwalając znużonemu mózgowi wypocząć. W parze idzie upośledzone łaknienie, wpływające niekorzystnie na odżywienie ogólne, na mieszaninę krwi, i w ten sposób jedna szkodliwość wikła się z drugą.

Nie ulega wątpliwości, że różnice osobnicze są tu znaczne, tak co do samej wrażliwości na bodźce zewnętrzne, jak i co do oddziaływania na nie. Wzruszenia umysłowe działają szkodliwiej na ludzi wrażliwych, o znacznej pobudliwości naczyniowej, aniżeli u osobników biernych. Oprócz różnic osobniczych musimy także wziąść w rachubę i zawód osobnika. Nie każda czynność, nie każde zajęcie nastręcza równą ilość powodów do wzruszeń. I tak naprzykład zawód urzędnika kolejowego, oficera, finansisty jest bardziej umysłowo wytężającym i dającym powód do wzruszeń psychicznych, aniżeli zawód księdza, nauczyciela ludowego, albo wieśniaka i t. p. Niektórzy lekarze wspominają o znacznem wzmożeniu się paraliżu postępowego po wojnach. Musimy tutaj uwzględnić, oprócz znacznych wysiłków fizycznych, niedostatecznego snu, wpływów ciepłoty, wysiłki umysłowe z powodu odpowiedzialności, wrażenia odniesione w bitwach, obawę przed śmiercią, troskę i żal po utracie krewnych i przyjaciół.

Streszczając to, cośmy powyżej powiedzieli, przyjdziemy do przekonania, że na powstanie paraliżu postępowego składa się zwykle kilka szkodliwości.

Obciążenie dziedziczne jest ważnym czynnikiem w etyologii paraliżu, tak jak pewna wrodzona skłonność, polegająca na jakichś chemiczno-anatomicznych stosunkach w mózgu, których do dzisiaj nie znamy. Skłonność tę zwiększa jeszcze w bardzo znacznym stopniu przebyta kiła, która w przeważnej liczbie przypadków może sama wywołać schorzenie. Częściej jednak dołączają się jeszcze inne szkodliwości, a przedewszystkiem urazy psychiczne i wywołują w mózgu sprawę chorobową, dającą klinicznie obraz paraliżu postępowego.

Piśmiennictwo.

Adler: Tabes und progressive Paralyse in ihren Beziehungen zur Syphilis nebst einem terapeutischen Vorschlag (*Centrabl. f. Nerven und Psych.*, 1898). — Alzheimer: Die Paralysis progressiva der Entwickelungsjahre (*Neurolog. Centralbl.*, 1894). — Ascher: Beitrag zur Kenntnis des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse (*Allgem. Zeitschr f. Psych.*, T. 46, 1889). — Baillager: Sur la theorie de la paralysie generale (*Annales medico psychol.*, 1883). — Bechterew: Ueber Faserdegenerativ um verlängerten Marke bei der Dementia paralitica (*Centralbl. f. Nervenh. und Psych.*, 1898). — Binschwanger: Die Begrenzung der allgemeinen Paralyse (Ref.) i Demonstration zur pathologischen Anatomie der allgem. progressiven Paralyse (*Neurolog. Centralbl.*, 1894 i 1891). — Brie: Syphilis und Dementia paralitica (*Dissertation, Breslau*, 1886). — Camuset: Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique. (*Annales medico-psychol.*, 1891). — Christian: Recherches sur l'etiologie de la paralysie générale chez l'homme. (*Archives de neurol.* T. 14). — Tenże: Des traumatismes du crâne dans leurs raports avec aliénation mentale. (*Archives de neurol.*, 1889). Cuylits: Syphilis et paralysie générale; tamże: Sur menage et folie paralitique. (*Bul. de la soc. de med. ment. de Biolog.*, 1890). — Delaporte: Des relations de la paralysie générale et de la syphilis. (*Neurol. Centralbl.*, 1890, Ref.). — Dietz: Dementia paralitica und Lues. (*Allg. Zeitsch. für Psych.*, T. 43, 1883). — Erb: Die Aetiologie der Tabes. (*Volkmanns Saml.*, N. F., Nr. 53). — Erlicki: *Wykładg kliniczne o chorobach umysłowych*, Warszawa, 1897). — Evrad: Contribution a l'etude de l'etiologie de la paralysie générale. (*Thèse de Paris*, 1892). — Fournier: Les affection parasyphilitiques, Paris, 1894 — Goldstein: Ueber die Beziehung der progressiven Paralyse zur Syphilis. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. 42, 1886). — Gudden: Zur Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderes Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkomenden Fällen von Paralyse. (*Archiv f. Psych.*, 1894). — Greidenberg: Ueber allgem. progr. Paralyse der Irren bei Frauen. — Hartmann: Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. (*Archiv f. Psych*, T. XV). — Hirschl: Beitrag zur Kenntnis der progressiven Paralyse im jugendlichen Allter und im Senium. (*Wiener klin. Woch.*, 1895. Nr. 31, 32). — Tenże: Die Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Tamże*, Nr. 45). — Tenże: Die Aetiologie der progressiven Paralyse. (*Jahrb. f. Psych.*, T. 14). — Hongberg: Beiträge zur Kenntnis der Aetiologie der progressiven Paralyse mit Berücksichtigung der Syphilis. (*Zeitschr. f. Psych.*, T. 50, 1894. — Jung: Ueber Paralyse der Frauen. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, T. 35). — Kass: Beiträge zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse nebst einleitenden allgemeinen statistischen Bemerkungen. (*Allg. Zeitschr, f. Psych.*, T. 43. Koller: Beitrag zur Erblichkeit der Geisteskranheiten im Canton Zürich i t. d (*Arch. f. Psych.*, 1895. — Kraepelin: Psychiatrie, Leipzig, 1899. — Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart, 1897. — Tenże: Ueber Zunahme und Ursachen der progressiven Paralyse. (*Internat. klin. Runds.*, 1894, Nr. 36. — Tenże: Ueber die Zunahme der progressiven Paratyse im Hinblicke auf sociologische Factoren. (*Jahrbuch für Psych.*, T. 13. 1895). — Tenże: Die progressive allgemeine Paralyse. (*Nothnagels allgem. Pathol. u. Therapie*, T. IX, 2). Krypiakiewicz: Ueber Psychosen nach Influenza nebst Bemerkungen über einen Fall von progressiver Paralyse. (*Jahrb. f. Psych.*, 1892). Kundt: Statistisch-casuistische Mittheilung zur Kenntnis der progressiven Paralyse. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1894). — Lange: Bidrag til spörgsmålet om Aetiologien of den almin delige fremskridende Paralyse. (*Neurol. Centralbl.* 1883, Ref.). — Mendel: Syphilis und Dementia paralitica. (*Berl. klin. Woch.*, 1879, Nr. 36). — Tenże: Hereditäre Anlage und progressive Paralyse d. Irren (*Arch. f. Psych*, 1880). Tenże: Die progressive Paralyse, Berlin, 1888. — Tenże: Ueber Hirnbefunde bei der progressiven Paralyse der Irren. (*Berl. klin. Woch.*, 1883, Nr. 17). — Morel-Lavallée: Paralysie générale et syphilis. (*Revue de med.*, 1893). — Necke: Die sogenannten äusseren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer nebst einigen diese Krankheit betreffenden Punkten. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1899.

Nicoulau: De causes de la paralysie générale. (*Annales med. psychol.*, 1893). — Obersteiner: Die Beziehung der Syphilis zur Dementia paralytica. (*Wiener medic. Woch.*, 1883). — Oebecke: Zur Aetiologie der allgem. fortschreitenden Paralyse. (*Allg. Zeitschr, f. Psych.*, 1893). Raymond: Syphilis et paralysie générale. (*Bullet. med.*, 1892). — Richter: Meningitis spinalis syphilitia bei einem Paralityker. (*Neurolog. Centr.*, 1893, Ref.). — Savage: Ueber Verhältnis der allgemeinen Paralyse zur Syphilis. (*Neurol. Centr.*, 1887). — Schule: Hirnsyphilis und Dementia paralitica. (*Allg. Z. f. Psych.*, 1871). — Shdanow: Progressive Paralyse bei Frauen, ihre Aetiologie und Verlaufseigenthümlichkeiten. (*Neurol. Centr.*, 1893). Simerling: Statistisches zur Kenntnis der Lehre von progressiven Paralyse der Frauen. *Charite Annalen*, 1888). Snell: Ueber Verhältniss der Dementia paralitica zur Syphilis. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, T. 82). — Sokołowski: Raport de la syphilis et de la paralysie. (*Revue neurol.*, 1895, Ref.). — Specht: Die Mystik im Irresein, Wiesbaden, 1891. — Stark: Zur Frage der Zunahme der progressiven Paralyse. (*Arch. f. öffentl. Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen*, 1890). — Streitberg: Ueber die progressive Paralyse im jugendl. Alter. (*Neurol. Centr.*, 1895). — Tarnowsky: Ueber Syphilis maligna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, 1896) Vallon: Dementia paralitica nach Encephalopatia saturnina. (*Neurolog, Centr.*, 1892, Ref.). — Westphal: Ein fall von progressiver Paralyse bei einem 15 jährigen Mädchen mit anatomischem Befund. (*Charité Annal.*, 1893). — Tenże: Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. (*Tamże*). — Wollenberg: Statistisches und klinisches zur Kenntnis der paralitischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht. (*Archiv f. Psych.*, 1894). — Ziehen: Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen progressiver Paralyse und Syphilis. (*Neurol. Centr.*, 1887).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Friedrich (Lipsk) **Rhinologie, Laryngologie u. Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin.** *F. C. W. Vogel, Lipsk*, 1899.

Rozdrobnienie i rozdział pracy, wywołane przez szybki rozwój odrębnych gałęzi nauk lekarskich, mają wprawdzie pewne zalety, gdyż ułatwiają żywsze doskonalenie się tych gałęzi, jednakże mają także tę wielką wadę, że przyczyniają się do wytwarzania jednostronności. A jednak tylko lekarz ogólnie wykształcony może być dzielnym specyalistą, a nadowrót lekarz-praktyk nie może dziś obejść się bez niejakiego zapasu wiadomości z zakresu specyalnych gałęzi. Potrzeba ta wzajemnej wymiany zrodziła usiłowania, zdążające ku przywróceniu silniejszego związku różnych gałęzi nauk lekarskich pomiędzy sobą. Nie brakło też szczególnie prac, poświęconych stosunkowi laryngologii oraz otyatryi do ogólnej medycyny i *vice versa*, jak praca Loeriego (Budapeszt r. 1885), dotycząca stosunku chorób gardła, krtani i tchawicy do innych cierpień, jak wyczerpująca monografia Hauga (Monachium 1893) o stosunku chorób uszu do innych chorób, jak osobne rozdziały w zbiorowem dziele Heymanna (Berlin), omawiające cierpienia nosa, gardła i krtani w stosunku do ogólnych zaburzeń ustroju; od kilku lat wychodzą pod redakcyą Hauga (w Monachium) i Bresgena (w Frankfurcie n. M.), omawiane już przez nas na tem miejscu, odczyty, poświęcone związkowi chorób górnego odcinka dróg oddechowych i narządu słuchowego z innemi chorobami. U nas pierwszą w tym kierunku próbę uczynił Dr. Sokołowski w cennej pracy: „O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“ (*Odczyty kliniczne* 113, 114).

Wszystkie te prace przewyższa jednak zupełnością i rozmiarami dzieło Friedricha. Autor nietylko zebrał luźno w piśmiennictwie rozrzucone wiadomości, lecz uzupełniwszy je własnemi spostrzeżeniami, ułożył systematycznie i bardzo przeglądowo, przez co książka jego staje się wybornym poradnikiem dla każdego lekarza, bez względu na dział nauki, któremu się poświęcił. Nagromadzony przez siebie materyał opracował autor nader krytycznie, wyjaśniając spostrzeżenia trafnemi uwagami, a rozmaite teorye poddając sprawiedliwej ocenie, przyczem opierał się ściśle na podstawie danych anatomicznych, fizyologicznych i patalogicznych.

Na kaszel pochodzenia wrzekomo żołądkowego jakoteż na rzekomą zależność ropienia usznego od próchnicy zębów zapatruje się Friedrich sceptycznie, wykazując słabe strony spostrzeżeń, mających dowodzić tego związku. Roztrząsnąwszy krytycznie związek skurczu głośni z krzywicą, wyraża autor zdanie, że „*laryngospasmus* u dzieci jest wyrazem nadmiernej pobudliwości wszystkich mięśni oddechowych, która występuje często u dzieci w połączeniu z objawami kurczowymi przy usposobieniu krzywiczem na tle zaburzeń trawienia“ (str. 82). — Zaburzenia błędnikowe, pojawiające się w dnie w postaci zbioru objawów Ménierea wolałby F. odnieść do chorób naczyń, miażdżycy tętnic, prawie zawsze dnie towarzyszących (str. 32). *Ictus laryngis* omawia F. w związku z dną, otyłością i moczówką, podając równocześnie dokładny obraz tego przypadu, powstawanie zaś jego tłomaczy jak następuje: „Zdaje się rzeczą dowiedzioną, że napad często powstaje drogą n. krtaniowego górnego, jak o tem świadczy początek napadu z łechtaniem i pieczeniem w gardle; potem odruch przenosi się drogą deprymujących włókien n. błędnego na ośrodek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym, przez co obniża się parcie krwi, równocześnie bodziec przerzuca się na ośrodek tamujący czynność serca tak, że ona słabnie. Jako skutek sprowadzonej przez oba te czynniki w równy sposób niedokrewności mózgu ma następować bezprzytomność, właściwa wszystkim tym napadom“ (str. 94). Na pełne uznanie zasługuje to, że autor z naciskiem zwraca uwagę na zgubne następstwa, które może za sobą pociągnąć ropienie uszne po chorobach zakaźnych, np. po odrze, jeżeli się zawczasu nie zastosuje odpowiedniego leczenia, a to tem więcej, że zaniedbanie tej choroby zdarza się nietylko ze strony laików, ale nawet, i to niestety zbyt często, ze strony lekarzy. Statystyka wykazuje, że zaniedbanie i lekceważenie tak ważnej choroby przyczynia się niewątpliwie do zapełnienia zakładów dla głuchoniemych; a że niepoślednia część spada pod tym względem na lekarzy, to nie ulega niestety wątpliwości, jak o tem niejednokrotnie przekonać się mieliśmy sposobność.

Bardzo jasno i zajmująco omawia autor sposób powstania i rozwijania się zmian gruźliczych w górnym odcinku dróg oddechowych, wzajemny stosunek chorób nosa, gardła, krtani i ucha z chorobami płciowemi, zakaźnemi, ostremi i przewlekłemi, z chorobami nerek, skóry, narządu krążenia, nerwów i t. d.

Pomysłowe są wywody autora, dotyczące powstania pewnych postaci zaburzeń słuchowych wskutek zmian w rdzeniu. Na podstawie najnowszych zdobyczy nauki należy tę chorobę pojmować, jako cierpienie neuronów, którego główną cechą jest nadwerężenie układu, wychodzącego ze zwojów rdzeniowych. Między zwojami tymi a komórkami zwojowemi n. ślimakowego *(n. cochlearis)* istnieje powinowactwo embryologiczne, polegające na tem, że te ostatnie można uważać za utwory analogiczne do pierwszych (t. j. zwojów rdzeniowych), posunięte jednak bardziej ku obwodowi. Otóż w chorobach usznych przy wiądzie pacierzowym znachodzono najczęstsze zmiany anatomiczne w obwodowem rozgałęzieniu n. słuchowego; autor upatruje przyczyny zaburzeń słuchowych u dotkniętych wiądem rdzenia w usadowieniu się sprawy chorobowej w rozgałęzieniach n. ślimakowego, w zwoju ślimakowym *(Ganglion spirale)* etc., podobne jak Moxter tłomaczy zajęcie n. wzrokowego w wiądzie rdzenia pacierzowego. To samo zapatrywanie wypowiedział autor już przedtem na zgromadzeniu otologicznem w Dreznie. Udarowate *(apoplectiforme)* wystąpienie objawów Ménierea w wiądzie ma według tej teoryi polegać na zajęciu jąder n. słuchowego w rdzeniu przedłużonym. Przypad ten chciałby autor uważać za wiądowy przełom *(crise tabetique)* n. słuchowego i postawić na równi z przełomem krtaniowym i żołądkowym *(crise laryngée, gastrique)* (str. 281).

Podnieść należy również cenne uwagi autora, dotyczące zaburzeń krtani i narządu słuchowego w histeryi i podane przez niego trafne wskazówki dla rozpoznania różniczkowego; tu i owdzie wtrącił też autor wskazówki lecznicze, oparte na rozważeniu przyczyn powstania danej choroby, aczkolwiek, ściśle wziąwszy, nie należało to już do zakresu dzieła.

Z żalem musimy się wyrzec, ze względu na ramy sprawozdania, podania innych ustępów i myśli, w wysokim stopniu zajmujących. Mnogość ciekawych spostrzeżeń, zebranych bardzo starannie i umiejętnie i wszechstronnie wyjaśnionych, obfitość trafnych myśli i uwag czyni dzieło Friedricha bogatem źródłem, z którego każdy lekarz z przyjemnością i z pożytkiem czerpać będzie. To też dzieło to zasługuje na rozpowszechnienie w najszerszych kołach lekarskich.

Spira.

V. Wyciągi.

Pitha (z kliniki Prof. Pawlika): **W sprawie rozpoznawania i etyologii ropni jajników.** *(Rozprawy české Akademie* R. 7. Tr. 2. Cislo 28). Szczegóły spraw zapalnych jajników rozpoznać można tylko na okazach anatomicznych, wykazanych przy sekcyi lub operacyi. P., idąc za Sławiańskim, dzieli sprawy te na miąższowe i międzymiąższowe. O ropieniu mówi Sławiański tylko w sprawach międzymiąższowych, twierdząc, że mieszki giną przytem dopiero następowo. Nazwę zapalenia mieszkowego jajników *(oophoritis follicularis)* nadaje Sławiański międzymiąższowemu zapaleniu podścieliska z rozrostem tkanki łącznej i powstawaniem prosówkowych ropni międzymiąższowych, zlewających się następnie w większe jamki, wyścielone błoną ropotwórczą, a otoczone utrzymaną tkanką jajnikową. Najlepszy podział etyologiczny ropni jajników pochodzi od Olshausena, który dzieli je na ropnie pochodzenia połogowego i niepołogowe. Większość ropni jajnika, opisanych w literaturze, była w rzeczywistości zropiałymi torbielami jajnika. Dopiero zbadanie drogi, którą zakażenie z trąbki szerzy się na jajnik, wyjaśniło powstawanie ropni niepołogowych, najczęściej oczywiście rzeżączkowych, przez zakażenie mieszków Graafa za pośrednictwem jajowodów; stąd też francuscy autorowie nadają wszystkim ropieniom w częściach dodatkowych nazwę *Salpingooophoritis.* Pozzi sądzi, że do powstania rzeczywistego ropnia jajnika konieczne są pewne czynniki usposabiające; ropień taki powstaje tylko przy zakażeniu ciałka żółtego lub torbieli mieszkowych. Langer zaś doszedł na zasadzie badań Fränkla do przekonania, że większość przypadków pojedynczych ropni jajnika powstaje przez zropienie ciałek żółtych. Te ropnie, wychodzące z ciałek żółtych, są makro- i mikroskopowo znamienne, i niewątpliwie były już dawniejszym autorom znane, tylko błędnie tłómaczone (Sławiański). Zakażenie ciałka żółtego może powstać w połogu bądź bezpośrednio (przez jajowód), bądź pośrednio na drodze przerzutowej, w obu razach przez paciorkowce lub dwoinki rzeżączkowe. Ropnie niepołogowe mają swoje źródło albo w macicy, skąd zakażenie może się przenieść na jajnik podobnie jak przy ropniach połogowych, albo też w innych narządach, skąd zakażenie przenosi się do jajników drogą przerzutu.

Rozpoznanie jest zawsze bardzo trudne, nawet przy długiem i szczegółowem spostrzeganiu chorej. Nawet nakłócie próbne może sprawy nie wyjaśnić. W rozpoznaniu różniczkowem należy uwzględnić: ropienie przymaciczne i okołomaciczne, zropienie torbieli jajnikowych, ropienie w jajowodach *(pyosalpinx, pyooophorosalpinx).* Otorbiony ropień jajnika jest zawsze od sąsiednich narządów odgraniczony i dosyć ruchomy. Zapalenie przymaciczne różni się od niego postacią swoją i ścisłym związkiem z macicą i ścianą miednicy małej. Zapalenie okołomaciczne nie daje się dokładnie przy badaniu odgraniczyć, a stosunek nagromadzonej wypociny do ścian i krawędzi macicy jest zawsze przy badaniu niejasny, natomiast ropień jajnika łączy się z krawędzią macicy tylko za pośrednictwem więzadła jajnikowego *(lig. ovarii).* Zropiały torbiel jajnikowy różni się od rzeczywistego ropnia jajnika swoją wielkością. Najtrudniejsze jest rozróżnienie ropnia jajnika od otoku ropnego jajowodu *(pyosalpinx),* a powieść się ono może tylko wtenczas, gdy jajowód dokładnie wymacać się daje; w każdym jednak razie rozpoznanie ropnia jajnika nigdy nie może być pewnem, zawsze tylko prawdopodobnem.

Ropa w ropniu jajnikowym może zawierać drobnoustroje albo jadowite, albo osłabione, albo nawet być jałowa, jeżeli ropotwórcze bakterye obumarły i rozpadły się. Wykazywano dotąd najczęściej paciorkowce i dwoinki rzeżączkowe; w wyjątkowych przypadkach napotykano prątek okrężnicowy *(bact. coli),* gruźliczy i promienicę. W zropiałych skórzakach znajdowano też prątek durowy, który dostał się tu niewątpliwie drogą przerzutową, podobnie jak znaleziono kilkakrotnie dwoinki zapalenia płuc.

P. spostrzegał osobiście 6 przypadków ropni jajnikowych, z których w 5 istniały znamienne ropnie pojedyncze, wychodzące z ciałek żółtych, na co wskazywało już makroskopowe wejrzenie ściany, złożonej z 2 warstw, zewnętrznej włóknistej i wewnętrznej, przedstawiającej zwykły obraz zawartości *„corpus luteum“.* Drobnowid wykazywał w zewnętrznej warstwie włóknistej nacieki drobnokomórkowe wzdłuż naczyń, na granicy zewnętrznej i wewnętrznej warstwy ściany ropnia rozlany naciek, stanowiący podstawę t. zw. błony ropotwórczej. Błona ta złożona jest jakby z rzekomych brodawek, opatrzonych naczyniami włosowatemi, nieposiadających właściwego podścieliska, a złożonych z samych komórek, które przypominały komórki tkanki ziarninowej; obraz drobnowidowy w całości przemawiał za powstaniem tej błony z *„membrana granulosa corporis lutei“.* Ostatni, szósty, przypadek był to *„pyooophorosalpinx“.*

Badania bakteryologiczne ropy wykazały 2 razy obecność dwoinek rzeżączkowych, raz dwoinki zapalenia płuc, 3 razy ropa była jałowa.

P. dochodzi do wniosku, że zakażenie ropne mieszków Graafa wydarza się najczęściej w czasie przemiany ich w ciałka żółte i następuje albo w chwili dojrzewania, albo po pęknięciu mieszków. Pojedyncze ropnie jajnikowe powstają więc rzeczywiście najczęściej z ciałek żółtych, zgodnie z tem co utrzymuje Langer. Natomiast powstawanie ropni w tkance międzymiąższowej zdaje się być wyjątkowe, wbrew twierdzeniu Sławiańskiego. Właśnie wręcz przeciwnie, niż sądził Sławiański, jest ogniskowe zapalenie miąższowe (w mieszku Graaffa, względnie w ciałku żółtem) najczęstszem, a tkanka międzymiąższowa bierze w zapaleniu udział tylko następowo. Prawdopodobnie podobnie rzecz się ma także i w krwotocznem zapaleniu *(Oophoritis haemorrhagica),* którego źródło Sł. upatruje w podścielisku, natomiast P. również we właściwym miąższu.

W 3 swoich przypadkach stwierdził P. zupełny brak jakichkolwiek zmian w macicy, jajowodach i drugim jajniku, jakoteż na otrzewnej. Dowodzi to, że mogą istnieć ropnie jajnikowe bez zmian w reszcie narządu płciowego, powstałe przez przerzut z innych narządów ustroju. Takie samoistne jajnikowe ropnie stanowią całkiem odrębną grupę, a badanie drobnowidowe dowodzi, że powstają one we właściwym miąższu jajnika, w fizyologicznych jego składnikach, a nie, jak sądzili Pozzi i Böer, w torbielach, które są już zjawiskiem patologicznem.

Z.

Ref. Prof. Dr. Vogl. **Orzeczenie c. k. najwyższej rady zdrowia w sprawie handlu tak zw. przetworami organoterapeutycznemi.** *(Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 41, 1899). Dążność chemicznego przemysłu do wyszukiwania coraz to nowych środków leczniczych była powodem, iż zaczęto środki lecznicze pochodzenia zwierzęcego stosować do leczenia ludzi. Tym sposobem powrócono do dawnej medycyny. Pierwszym, który tę starą organo-terapię odnowił, był Brown-Sequard, zaleciwszy wstrzykiwanie soku jąder, a za tem poszło leczenie gruczołem tarczykowym. Odtąd chemiczny przemysł rzucił się nietylko na gruczołowe, lecz wogóle na wszystkie możliwe narządy zwierzęce i stworzył modną organo-terapię czyli t. zw. leczenie sokami tkanek ustrojowych. Z początku przyrządzano tylko wyciągi i to wedle podania fabryki Knoll et Comp. w następujący sposób: pod dozorem lekarza wyjmowano z zwierząt odpowiednie narządy, oczyszczano, oddzielano części niepotrzebne i rozdrabniano na drobne kawałeczki. Wogóle 100 gramów narządu mię-

szano z 200 gramami gliceryny, rozcieńczano wodę przekroploną do $^1/_3$ części ciężaru całej ilości, gotowano przy 38°, a po 48 godzinach przesączano. Sposób ten stosowania wyciągów zapomocą wstrzykiwań podskórnych okazał się niezbyt korzystnym, dlatego zaczęto wyrabiać przetwory narządów zwierzęcych, mogące być zadawane wewnętrznie, a więc w formie proszków, kołaczyków i t. d. Co się tyczy skutków leczniczych tej organo-terapii, to wyniki leczenia gruczołem tarczykowym i jego przetworami stwierdzono przy nadmiernej otyłości, przy obrzęku śluzakowym i *cachexia strumipriva*. Gatunków przetworów gruczołu tarczykowego jest tyle, co fabrykantów przetworów organo-terapeutycznych. Do dziś dnia nie jest udowodnione, co jest właściwym leczniczym składnikiem tego gruczołu, i tak Notkin zalicza go do enzymów i nazywa thyreoidyną, Fränkel nazywa tę istotę thyreoantytoksyną, a Baumann wykrył substancyę, zawierającą jod i nazwał ją jodothyriną vel thyrojodyną. Dotychczas cała modna organo-terapia jest bardzo wątpliwą i niepewną i przeważnie opartą na poddawaniu, a jedynie leczeniu gruczołem tarczykowym, względnie jodothyriną możnaby przypisać pewne działanie. Przypadki ciężkiego schorzenia, opisane przez Eulenburga, i śmierci, opisane przez Lewina i Stabla, dają do zrozumienia, że leczenie gruczołem tarczykowym nie jest obojętne. Objawy, towarzyszące temu leczeniu, jakoteż spostrzegane niekiedy objawy zatrucia *(thyreoidismus)* świadczą, że przy tym sposobie leczenia zachodzą silne zaburzenia przemiany materyi: zwiększenie spalania, rozpadu białka, wytwarzania bezwodnika węglowego, zwiększenie wydzielania moczu, zmniejszenie ciężaru ciała, przyspieszenie tętna do 160 na minutę, podwyższenie ciepłoty ciała, bicie serca, napady dusznicy bolesnej, bezsenność, bóle głowy, wymioty, biegunka, drgawki, białkomocz, cukromocz, zaburzenia psychiczne, a nawet napady szałowe. Wadą całej organoterapii jest to, że nie można tożsamości i jakości tych przetworów rozpoznać i sprawdzić, nie można nawet wykazać, czy nie pochodzą z już rozkładających się lub schorzałych części zwierzęcych, a więc, czy nie zawierają szkodliwych, a nawet wprost trujących składników. Przy stosowaniu organoterapii musimy co do jakości przetworu spuścić się na fabrykanta, lecz za skutki po zastosowaniu tego lub owego przetworu odpowiada mimo to lekarz. To też środki te powinny być pobierane tylko z sumiennych fabryk i pracowni, wykluczone być powinny z sprzedaży doraźnej, a wydawane tylko za przepisem lekarskim, jako środki w działaniu niepewne i klinicznie nie wypróbowane.

Dr. Bolesław Komorowski.

Hofmann A. (z kliniki lekarskiej w Halli prof. Webera). **Znaczenie żelaza w tworzeniu krwi i przyczynek do poznania istoty błednicy.** *(Münch. medic. Wochenschrift* 1899, Nr. 29). Rozmaici badacze (Macallum, Hall, Gaule, Hochhaus i Quincke) dowiedli zapomocą doświadczeń na zwierzętach, że żelazo, wprowadzone do ustroju jako lek, rzeczywiście zostaje wessane; mianowicie wchłania żelazo kiszka cienka, a wydala je prawdopodobnie kiszka gruba. Honigmann sprawdził te wyniki na człowieku, który posiadał przetokę kiszki cienkiej. Autor już dawniej doszedł do podobnych wyników, robiąc spostrzeżenia na ludziach i zwierzętach.

Natomiast dotychczas nie jest wcale rozstrzygnięte zagadnienie, w jaki sposób działa żelazo?

Do doświadczeń w tym kierunku użył autor królików i to większą liczbę (98). Dla porównania czynił badania na królikach ze sztuczną niedokrewnością, z których jednym podawał żelazo, a drugim nie, dalej na królikach zupełnie zdrowych, z których tak samo jednym podawał żelazo, a innym go nie dawał. Badał dokładnie narządy krwiotwórcze lub uchodzące za takie, a więc szpik, śledzionę, gruczoły chłonne, a także wątrobę, nerki, kiszkę cienką i grubą. Obok tego obliczał ilość ciałek czerwonych i zawartość hemoglobiny, badał preparaty krwi na szkiełkach nakrywkowych. Żelazo podawał w różnych postaciach, najczęściej *ferr. sacch. solubile*, też *ferr. reduct.* i *liquor ferr. albuminat.*, oprócz tego próbował innych przetworów żelezistych i hemoglobinowych, aby się dowiedzieć, czy przypadkiem nie uda się wykryć odmiennego sposobu wessania żelaza pod względem jakościowym lub ilościowym przy podawaniu któregoś z tych przetworów.

Wyniki tych badań dadzą się krótko streścić w sposób następujący: Żelazo w każdej postaci, czyto czyste, czy feratyna, zostaje wessane w dwunastnicy, a następnie związane w połączenie z białkiem, krąży we krwi, przenoszone w ciałkach białych. Wskutek tego nie może ono zatruć ustroju; następnie gromadzi się w wątrobie, śledzionie, a głównie w szpiku kostnym. Tutaj też w szpiku nagromadzają się komórki, obładowane żelazem, wskutek zwolnionego krążenia w miąższu szpiku, a także w gęstej siatce naczyniowej pomiędzy miąższem. Po utracie krwi tylko szpik okazuje czynność odrodźczą (regeneracyjną), miąższ jego przerasta znacznie. — Odnowa czerwonych ciałek krwi u zwierząt żywionych żelazem odbywa się o wiele szybciej. Nawet u zupełnie zdrowych zwierząt można wywołać przez podawanie żelaza zwiększenie ilości ciałek czerwonych krwi w krążeniu, przyczem jednak szpik kostny nie okazuje wzmożonej czynności, lecz tylko zawiera obficiej tłuszcz. Odnowa hemoglobiny spaźnia się nieco w stosunku do ilości ciałek czerwonych, nie można też wywołać wzmożonego wytwarzania się hemoglobiny w niestosunku do ilości ciałek przez podawanie żelaza, lecz zawsze odnowa hemoglobiny i ciałek postępuje mniej więcej równomiernie, a nawet hemoglobiny bywa mniej. — Żelazo przyspiesza więc dojrzewanie ciałek czerwonych krwi, które z jądrzastych stają się bezjądrowemi i wchodzą do krążenia.

Badania rozmaitych nowych przetworów żelaza (jak: *Ferratyna* Schmiedeberga, „*Eisenpeptonatessenz* Pizzala, *Manganeisenpeptonessenz* Gude, *Eisensomatose* Beyer, *Sanguinalpillen* Krewel, *Haemalbumin* Dahmen, *Haemol* Kobert, *Haemoglobintabletten* Radlauer, *Haemoglobinzeltchen* Pfeuffer, *Haematogen* Hommel“) wykazało, że żelazo tych przetworów taksamo ulega wessaniu, jak i żelazo czyste; jednakże ponieważ przetwory hemoglobinowe zawierają mało żelaza, więc i ustrój mało go z nich wchłania. Z tego powodu wszystkie te przetwory żelaza są zbędne, a przetwory hemoglobiny nawet bezzasadne, ponieważ działanie żelaza zależy tylko od ilości wessanego żelaza.

Żelazo podnieca czynność fizyologiczną szpiku kostnego, a w błednicy jest prawie niezawodnym lekiem. Z tego też powodu można głębiej wejrzeć w istotę błednicy. Polega ona najprawdopodobniej na zmniejszonej sprawności narządów krwiotwórczych, czyli szpiku kostnego, a może ona być albo tylko przejściową, występującą w okresie pokwitania, albo też stałą, zależną od niedokształtu szpiku, z czem się zazwyczaj łączy w przypadkach ciężkich niedokształt układu naczyniowego i narządu płciowego, opisywany już przez Virchowa. Ta słabość narządu krwiotwórczego objawia się wytworzeniem ciałek czerwonych, ubogich w barwik i ze zmianami w kształcie.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Prof. Eichhorst. **Ostre, śmiercią zakończone zapalenie nerek wskutek zatrucia szczawiem.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 28). Szczaw *(Sauerampfer, rumex acetosa)* jest uważany pospolicie za nieszkodliwy; stanowi on ulubiony przysmak dzieci, objadających się nim na wiosnę nieraz prawie bez miary. Dorośli również nie gardzą w dniu upalnym orzeźwiającym smakiem listków szczawiu, a w wielu rodzinach zupa szczawiowa jest wielce ceniona. (Wszystko to dzieje się także i u nas, tylko może w wyższym stopniu. *Przyp. spr.)*. Nikt nie myśli nawet o tem, że orzeźwiający swój smak zawdzięcza szczaw silnie trującemu kwasowi szczawiowemu, zawartemu w nim w znacznych ilościach; a przecież może on wywołać zatrucie, choć — dziwnym trafem — przypadków takiego zatrucia opisano dotąd nader mało.

Eichhorst opisuje własny przypadek, dotyczący 12-letniego chłopca, który w kilka godzin po objedzeniu się surowym szczawiem zachorował, a piątego dnia bezprzytomny,

z oddechem typu Cheyne-Stokesa i napadami drgawek przyniesiony został na klinikę, gdzie stwierdzono krwotoczne zapalenie nerek. Stan ten utrzymywał się aż do śmierci, która nastąpiła w 9 dniu choroby. Sekcya, dokonana przez prof. Ribberta, wykazała oprócz obrzęku płuc i drobnych wybroczyn na błonach surowiczych, nieżyt jelit i ostre krwotoczne zapalenie nerek, dla gołego oka niezbyt wybitne.

Podręczniki toksykologii nie wspominają nic o zatruciach szczawiem, jeden tylko Kobert przytacza przypadek Sucklinga z roku 1886 i to uważając go za wątpliwy; chociaż zgoła niesłusznie, jak to wynika z podanego przez Sucklinga opisu przypadku i sekcyi, oraz ze wzmianki o ciężkiej chorobie towarzysza zmarłego 5-letniego chłopaka, który równocześnie z nim najadł się szczawiu. — Podobnież o jednym przypadku wspomina Taylor w wydaniu swej toksykologii z roku 1847. — Wobec tak skąpego piśmiennictwa o zatruciu szczawiem u ludzi, nie bez znaczenia jest opis podobnego zatrucia u konia, podany przez Michelsa w r. 1870, a świadczący, że nawet dla tak wielkich zwierząt spożywanie szczawiu może być zgubne. — Rzadkość zatruć szczawiem zdaje się wskazywać, że siła trująca tej rośliny jest niezawsze jednaka, może zależnie od miejsca i pory roku. Pod tym względem niewiele wiadomo, choć botanik Hoffmann podaje, że najwięcej kwasu szczawiowego zawiera szczaw, rosnący na miejscach suchych.

Co do sposobu działania szczawiu, to E. przypuszcza, że w jego przypadku najważniejszą rolę odgrywał wolny kwas szczawiowy, zawarty w roślinie, który zadziałał wprost na nerki, wessany z przewodu pokarmowego. *C.*

Jaeger. **Uwagi epidemiologiczne i bakteryologiczne o zapaleniu opon mózgowordzeniowych.** *(Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 29). Dawniej uważano za przyczynę nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych Fraenklowskie dwoinki zapalenia płuc, obecnie jednak należy, zdaniem J., swoistej przyczyny zapalenia opon upatrywać wyłącznie w *meningococcus intracellularis* Weichselbauma, którego J. wykazał w 17 przypadkach, przedstawiających wszystkie przejścia od postaci nagminnej do odosobnionych na pozór przypadków zapalenia opon. Zdaniem J. można *meningococcus* łatwo odróżnić od dwoinek Fraenkla, natomiast trudniejszem jest rozróżnić go od gronkowców. Ważnym szczegółem jest, że drobnoustrój, wykryty przez Weichselbauma, można niekiedy wykazać w śluzie z nosa ludzi zdrowych, oraz w mieszkaniach; że mimoto nie często pojawia się nagminne zapalenie opon, należy, zdaniem J., przypisać małemu usposobieniu ustroju ludzkiego do tego rodzaju zakażenia. *S.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Klingmüller badał działanie wprowadzonej przez Winternitza jodipiny (połącz. jodu z olejkiem sezamowym) i przychodzi do wniosku, że jest zupełnie nietrującą, a podawana podskórnie w 25% rozczynie (5—10 cm.^{3} na dawkę) stanowi niejako złożony zapas jodu w ustroju, który go pomału przerabia tak, że nawet w 2—3 tygodnie po ostatniem wstrzykiwaniu jeszcze wydzielanie jodu z ustroju wykazać można. Przytem podnosi K. tę zaletę jodipiny, że działa energiczniej, niż jod przez usta podawany, nie sprowadza przypadów żołądkowych i łatwo daje się dawkować. *(Berl. kl. Woch.* 1899. 25). *F. K.*

Meyer otrzymał bardzo dobre wyniki po używaniu itrolu i aktolu *(Arg. citric. et lactic.)*, w postaci proszku na rany, w rozczynach 1:2000 do wymywań; wewnętrznie podawał *Arg. solubile Créde* 0·5:200 z białkiem, wreszcie do wcierań przy kile stosował maść srebrową Crédego. Autor przypisuje przetworom srebra dwa przymioty: 1) że przy stosowaniu tych przetworów rany szybko się goją, a 2) że przetwory srebra mają wielką zdolność ograniczania spraw zapalnych. *(Deut. militärzt. Zt.* 1899. 33). *F. K.*

Naftalan zyskuje przez swą różnorodność przymiotów coraz szersze uznanie. Zilamund, opisując otrzymane wyniki przy różnych chorobach, nie godzi się wprawdzie z Rosenbaumem, który, pierwszy ten przetwór zalecając, za cudowny go prawie uznaje, sławi jednak dobitnie korzyści stosowania. Obok znanych własności przeciwgnilnych i przeciwzapalnych zachwala działanie jego w opatrunku ustalającym przy ostrym gośćcu stawowym, dalej jako środka pokrywającego szybko przyskórkiem wrzody różnego rodzaju, wreszcie jako przetworu, sprowadzającego wessanie i łagodzącego ból. Opisuje również przypadki oparzelin 1 i 2 stopnia, wyprysków ostrych i przewlekłych, łuszczycy, wszystkie ustępujące pod działaniem naftalanu, który ma i tę doniosłą własność, że choć dłuższy czas używany, nie drażni ani skóry, ani nerek. *F. K.*

Protargol zdaje się być, jak widać z ogłaszanych prac, w coraz powszechniejszem użyciu, bo wedle zdania różnych autorów ze wszech miar na to zasługuje. Świeżo znowu ogłasza Brandl *(Kl. th. Woch.*, 1899. 22) około 100 przypadków różnych rzeżączek, leczonych protargolem w postaci wstrzykiwań $^1/_4$—$^1/_2$% rozczynów lub też głębokich przepłókiwań, wreszcie i wkraplań 5 do 10% rozczynu. Wyniki były nader szybkie i pomyślne. Podobnie używa go z bardzo dobrym skutkiem Hochstätter *(Gyogyazat* 1899. 14) i Panichi *(La Sett. Med.* LIII.) także u kobiet. Savor *(Beit. z. Geb. u. Gyn.* II. T. 99) unikał u kobiet na klinice Prof. Chrobaka zakażenia przy cewnikowaniu, przepłókując pęcherz 50—100 grm. $^1/_5$% rozczynu protargolu. Wszyscy godzą się na to, że protargol jest silnym środkiem przeciwgnilnym, zabijającym szybko gonokoki, niesprawiającym przytem nigdy bólu lub pieczenia, niedrażniącym w żadnym razie błony śluzowej, a chociaż nie ma własności ściągających, daje się używać dla swych własności nawet w przypadkach ostrych, przez co skraca znacznie czas leczenia. *F. K.*

Guajacyl *(Calc. guajacolmonosulfonic.)* jest szarym proszkiem, łatwo rozpuszczalnym w wodzie i wyskoku, który wedle Andrégo i Followella działa podobnie do guajakolu, jako nieszkodliwy środek znieczulający i to w postaci wstrzykiwań 5—10% rozcz. wodnego. Nadaje się on do użytku w dentystyce i w małych zabiegach chirurgicznych. Znieczulenie występuje w 5—6 minut po wstrzyknięciu i jest zazwyczaj zupełne; przytem środek ten działa przeciwgnilnie, a nie trująco. *(W. kl. W.* 1899, 27). *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie z dnia 14 czerwca 1899 r.

Przewodniczący: kol. Czyżewicz. Obecnych członków 12, gości 3.

1. Kol. Kośmiński przedstawia przypadek wrodzonego naczyniaka w okolicy pępka u noworodka. Naczyniak ten przedstawia się jako guzek wielkości dużego talara, o powierzchni nie zupełnie gładkiej, razem ze skórą poruszalny. Gdy dziecko krzyczy, guzek powiększa się wyraźnie. Nie ma zatem wątpliwości, że guzek ten jest naczyniakiem, należy się jednak obawiać, czy z czasem nie nabierze on cech złośliwości i dlatego zamierza K. wnet go wyciąć.

Kol. Wehr podziela także obawy co do złośliwości tego nowotworu i radzi go wnet doszczętnie usunąć.

2. Kol. Kośmiński omawia przypadek przeszczepienia się raka części pochwowej macicy na wargę sromową większą, powstały w miejscu naddarcia wargi sromowej przez wziernik podczas całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. W trzy miesiące po operacyi wystąpił na wardze sromowej w miejscu, które podczas operacyi zostało naddartem, guzek wielkości grochu, o powierzchni nierównej i broczącej. Guzek ten wycięto, a badanie drobnowidowe wykazało w nim taką samą budowę nowotworową, jak w części pochwowej macicy. K. przytacza podobne przypadki opisane przez Hessego, Kaltenbacha, Fischera, Hofmeiera, Pfannenstiela, Lebensbauma, Niebergalla i in. i okazuje drobnowidowe preparaty z części pochwowej i guzka wargi sromowej.

Kol. Wehr wspomina, że próbę przeszczepiania raka wykonał dwa razy z dodatnim wynikiem, zwraca jednak uwagę, że zachodzą tu nieraz pomyłki i nie mamy do czynienia z przeszczepieniem się, lecz z przerzutem, powstałym drogą naczyń limfatycznych.

3. Kol. Ackermann omawia zajmujący przypadek z kazuistyki cięcia cesarskiego: Ciąża w 8-mym miesiącu, powikłana olbrzymim guzem, zajmującym miednicę małą i dużą; w miesiąc później nie czekając na wystąpienie czynności porodowej wykonał A. cięcie cesarskie sposobem Porro; następnie wyłuszczył guz ważący 11 kilogramów, usadowiony pozaotrzewnowo; jamę przez to wytworzoną wytamponował gazą jodoformową; brzegi otrzewnej wszył razem z kikutem macicy w dolny kąt rany brzusznej. Przebieg pooperacyjny z początku korzystny, 13-go dnia występują objawy *peritonitis*, której chora w 4 dni później uległa. Sekcya wykazała świeże zapalenie otrzewnej w okolicy wyrostka robaczkowego, owrzodzenia w jelicie grubem i stłuszczenie serca. Badanie drobnowidowe guza wykazało w nim utkanie mięsaka, wychodzącego z gruczołów pozaotrzewnowych (*Sarcoma glandularum retroperiton*).

4. Kol. Barącz okazuje preparat *torsio omenti intraabdominalis*, uzyskany zapomocą herniolaparotomii i zwraca uwagę na rzadkość okręcania się sieci, gdyż w literaturze spotkał się tylko z jednym podobnym przypadkiem, opisanym w roku 1882 przez Obersta.

W dyskusyi nad mechanizmem powstawania skrętu sieci zabierają głos koledzy: Wehr, Mars, Sielski i Kadyi.

5. Kol. Solowij zdaje krótko sprawę ze zjazdu towarzystwa ginekologicznego niemieckiego, odbytego w Berlinie w maju b. r., podnosząc niektóre godne uwagi szczegóły.

Sekretarz: *Dr. Sołowij.*

VIII. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

(Ciąg dalszy).

Dzień drugi Zjazdu.

Posiedzenie popołudniowe rozpoczyna Radca Dworu Profesor Rydygier okazaniem *Stołu-ekstenzyjnego Schedego*. Stół ten oddaje znakomite usługi w leczeniu garbów sposobem Calota, oraz przy zakładaniu opatrunków ustalających w cierpieniach kończyn, jak zapalenia, wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego itd.

Kol. Karchezy (Lwów) podaje wyniki badań nad *wstrzykiwaniem żelatyny przed operacyą, jako środkiem zapobiegającym krwotokom podczas operacyi*. Z badań tych wynika, że krzepliwość krwi po wstrzyknięciu żelatyny w pierwszych godzinach rzeczywiście się zwiększa; po upływie kilkunastu godzin działanie żelatyny ustaje i występuje krwawienie z mniejszych niepodwiązanych naczyń. (Wykład w całości drukowanym będzie w „Przeglądzie lekarskim“).

W dyskusyi podnoszą koll. Pruszyński (Warszawa) i Grosglik (Warszawa), że wartoby przeprowadzić w tym kierunku szczegółowe doświadczenia na zwierzętach.

Kol. Urbanik: *O ranach postrzałowych wątroby*. (Wykład ten ukazał się w „Przeglądzie lekarskim“).

W dyskusyi podnosi kol. Doc. Wehr szczegół, na który kol. Urbanik zwrócił uwagę, a który kol. W. potwierdza, mianowicie, że obok znacznego krwotoku wewnętrznego, może przez rany zewnętrzne ani kropla krwi się nie wydostawać. Podobnie może zdarzać się w ranach postrzałowych serca.

Kol. Doc. Barącz: *Torsia omenti intra abdominalis*. Prelegent przedstawia jako unikat okaz, uzyskany przy operacyi przepukliny pachwinowej uwięzłej. Okaz ten przedstawia podwójny skręt sieci: jeden skręt w worku przepuklinowym, drugi wysoko w jamie brzusznej. W dyskusyi zaznacza kol. Doc. Wehr, że nie jest to unikat, gdyż zna z literatury pięć podobnych przypadków. Kol. Rutkowski zaś podaje, że operował przypadek zupełnie podobny do przypadku kol. Barącza.

Kol. Doc. Barącz: *O sposobie zamknięcia jelita i nowym sposobie łączenia resekowanych końców*. Kol. B. dodaje do podanego w jednym z ostatnich zeszytów *Centralblatt für Chirurgie* szwu kapciuchowego ulepszenie, polegające na podwiązywaniu resekowanych końców jelita grubszą podwiązką, wpochwieniu kikuta i zakładaniu warstwy ciągłego szwu Lamberta na wpochwionym kikucie. Między tak zamkniętymi odcinkami jelita wytwarza kol. B. połączenie zapomocą płytek z brukwi. Sposób ten objaśnia mówca na okazach z psów, u których przeprowadzał w tym kierunku doświadczenia. Wpochwiony kikut powinien być ile możności jak najmniejszy.

W dyskusyi podnosi kol. Rutkowski, że sposobu tego używa od kilku miesięcy z tą odmianą, że końce resekowanego jelita zmiażdża przed założeniem podwiązki kleszczami Doyena, a to celem otrzymania jak najmniejszego wpochwionego kikuta.

Kol. Droba: *Gruźlica kości i stawów pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym*. (Praca ta ukaże się wkrótce w *Przeglądzie lekarskim*).

Wykład przyjęto ogólnymi oklaskami.

Kol. Grosglik: *O leczeniu przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottiniego*. Prelegent przytacza historye chorób chorych, operowanych sposobem Bottiniego. Po operacyi nie było nigdy krwawienia, ani wybitniejszych wzniesień ciepłoty. Jako wadę sposobu Bottiniego podnosi kol. G. okoliczność, że często się nóż zagina. Cewnika na stałe kol. G. nie zakłada, z wyjątkiem tych przypadków, w których mocz się rozkłada w pęcherzu. Sposób Bottiniego uważa kol. G. za najlepszy ze stósowanych dziś w przeroście gruczołu krokowego zabiegów.

W dyskusyi zabierają głos: Radca Dworu Prof. Rydygier, koll. Rutkowski, Doc. Kryński. Radca Dworu Prof. Rydygier odnosi część dobrych wyników sposobu Bottiniego do tego, że się przed operacyą leczy pęcherz.

Kol. Rutkowski zapytuje prelegenta, jak długi czas przepala gruczoł krokowy, zaznaczając, że czas przepalania gra bardzo ważną rolę i to z dwóch względów: 1) Przepalając powoli i długo unika się zagięć noża, które prelegent podnosił, jako wadę sposobu Bott. Jedynie przy powolnem przepalaniu zyskuje się głęboki i szeroki rowek dla odpływu moczu. Uwagi swoje opiera kol. Rutkowski głównie na jednym z operowanych przez siebie przypadków, w którym wykonano najpierw »*Sectio alta*« i na tem samem posiedzeniu pod kontrolą wzroku użyto przyrządu Bottiniego. Nadto przedstawia kol. Rutkowski gruczoł krokowy zachowany w formalinie z przypadku, w którym zastósowano sposób Bottiniego. Chory zmarł z powodu zmian w nerkach. Płat środkowy (wzgl. spoidło tylne) gruczołu krokowego przepalony był w tym przypadku niemal w zupełności przez całą swoją grubość.

Kol. Doc. Kryński podnosi, że kol. Grosglik nie uwzględnił w swoim wykładzie dokładniej stanu gruczołu krokowego i zaznacza, że stosownie do obecnie panujących poglądów, sposób Bottiniego oddaje dobre usługi tylko w przypadkach przerostu tak zw. płatu środkowego gruczołu.

Radca Dworu Prof. Rydygier powątpiewa, czy przepołowienie gruczołu w przedstawionym przez kol. Rutkowskiego okazie pochodzi od przepalenia.

Kol. Rutkowski udowadnia na okazie, że wątpliwości pod tym względem niema, zresztą powołuje się na kol. Doc. Ciechanowskiego, który robił sekcyę i kilku kolegom pokazywał świeży jeszcze preparat, na którym stosunki te przedstawiały się zupełnie jasno.

Kol. Doc. Wehr podnosi, że i z przedstawionego okazu dojść można, iż rzeczywiście przepołowienie pochodzi od przepalenia.

Kol. Grosglik wykłada: »*O wartości urotropiny w cierpieniach pęcherza*«, dochodząc do wniosku, że urotropina powstrzymuje rozwój drobnoustrojów w moczu, że mocz w przypadkach zakażenia mięszanego staje się po pewnym czasie czystym, że jednakowoż działanie urotropiny nie jest stałe, gdyż po odstawieniu urotropiny stan pierwotny wraca bardzo prędko.

Kol. Doc. Bossowski zdał sprawę z *przepuklin mózgowych*, spostrzeganych przez siebie w ciągu ostatnich trzech lat w oddziale chirurgicznym szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Pomijając 2 przypadki *meningocele spuria*, które były wadami nabytemi po urazie, spostrzegał mówca 5 przypadków *cephalocele* wrodzonej, a to 2 u dziewcząt, 3 u chłopców. Z tych było: 2 *Kenencephalocele*, obie u dziewcząt, a) *occipitalis* wielkości przepołowionego jaja strusiego, b) *naso-frotalis* wielkości jaja kurzego: 1. *cyst.-encephalocele sincipitalis* w okolicy gładzinki, wielkości orzecha włoskiego u chłopca; 1. *meningocele naso-ethmoidalis* na granicy między chrzęstną a kostną częścią nosa, złożona z trzech drobnych guzków wielkości grochu u chłopca; 1. *Exencephalia* w połączeniu z *cranio* i *rachischisis* u płodu płci męskiej, który zmarł w kilkanaście godzin po urodzeniu (preparat odnośny znajduje się w zbiorach zakładu anatomii patologicznej). Prócz przypadku ostatniego, który był tylko przedmiotem spostrzegania i z wyjątkiem *meningocele naso-ethmoidalis*, leczonej przez nakłócie i ucisk, leczenie pozostałych *cephalocele* zasadzało się na doszczętnem wycięciu guza. Jest to zresztą sposób, od chwili wprowadzania antyseptyki przeważnie panujący, ze względu, że chirurgia nowoczesna

uważa przepukliny mózgowe za wady, dające się porównać z nowotworami i dlatego leczy je podobnie, jak nowotwory.

Wyniki operacyjne, jakie prelegent osiągnął, są pomyślne, bo w trzech przypadkach, leczonych przez wycięcie guza, nastąpiło wyleczenie, czwarty leczony przez nakłócie i ucisk po upływie tygodnia uchylił się od leczenia i dalszej obserwacyi.

Do pokrycia bramy przepuklinowej użył kol. B. w 2 przypadkach okostnej z najbliższego sąsiedztwa otworu, w trzecim zespoił nad bramą szwem tylko opony i płaty skórne, przyczem zwraca uwagę, że według zdania Bergmanna niema potrzeby spieszyć się z zamknięciem plastycznem lub heteroplastycznem ubytku w czaszce, gdyż z biegiem czasu prawdopodobnie sam się zmniejszy. Zaznaczywszy, że Bergmann wyklucza od operacyi jedynie te postacie przepuklin mózgowych, które cechują się: 1) znacznem spłaszczeniem i pomniejszeniem czaszki; 2) wychodzące z czaszki poniżej guza potylicznego przez otwór, sięgający aż do wielkiego otworu potylicznego *(foramen magnum)* i nadto połączone z rozszczepem górnych kręgów szyjnych; 3) przypadki z równoczesnem wybitnem wodogłowiem; 4) przypadki pawikłane innemi wadami rozwojowemi, które same przez się nie rokują utrzymania dziecka przy życiu. — Podnosi prelegent zagadnienie, w jakim okresie wieku należy operować przepukliny u dzieci, zważywszy, że statystyka, zestawiona dotąd, wykazuje zaledwo 5—7% żyjących z wyleczonych zrazu szczęśliwie przez zabieg operacyjny, podczas gdy reszta pomyślnie operowanych ginie zwykle później z powodu wodogłowia. Zgodnie z zapatrywaniem Rydygiera, wyrażonem w pracy Hermana, należałoby raczej odczekać, aż dziecko przekroczy pierwsze 10 lat życia i uchowa się umysłowo i fizycznie dobrze rozwinięte, bo wówczas rokowanie *quo ad valetudinem completam* będzie znacznie lepsze. Wiek dzieci operowanych przez prelegenta wahał się między 2 a 15 miesiącami życia.

W dyskusyi zapytuje kol. Doc. Schramm, czy w przypadku prelegenta rozchodziło się rzeczywiście o tkankę mózgową. Kol. Doc. Bossowski odpowiada, że obecność tkanki mózgowej stwierdzono zapomocą drobnowidu. (Dokończenie nastąpi).

IX. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

6 posiedzenie, dnia 13 kwietnia.

1) Schrötter *jun.* (z Wiednia) podaje krótką wiadomość o przypadku *ropnia gazowego* w ścianie brzusznej.

2) Kraus, A. Kossler i W. Scholz (z Gradcu). *O zawartości tlenu we krwi ludzkiej w stanach chorobowych.* Do ilościowego oznaczenia oksyhemoglobiny we krwi posługiwali się autorowie metodą spektrofotometryczną z pomocą przyrządu Glana. Oznaczali współczynniki wygaśnienia *(Extinktionskoëfficienten)* w drugim pasie absorbcyjnym oksyhemoglobiny w przerwie pomiędzy długościami fal 547—538 μμ. Krew rozcieńczali przy tem sto do stopięćdziesiąt razy; współczynniki wygaśnienia obliczali następnie zawsze w stosunku rozcieńczenia 1:100. Najważniejszym wynikiem 22 doświadczeń na ludziach zdrowych i niedokrewnych było, że zdolność przyjmowania tlenu we krwi ludzi niedokrewnych maleje równolegle z zawartością hemoglobiny, mierzonej współczynnikiem wygaśnienia. Zdolność przyjmowania tlenu obliczona na 1 grm. hemoglobiny wynosiła średnio 1·37 cm^3, a liczba ta zbliża się do liczby podanej przez Hüfnera dla krwi zwierząt, która wynosi 1·34 cm^3.

3) Noorden (z Frankfurtu n. M.). *Leczenie dyetetyczne przewlekłych chorób nerkowych.* (Patrz sprawozdanie w *Przeglądzie lek.* 1899, Nr. 22, str. 304).

Ewald (z Berlina) zaznacza w dyskusyi, że trzyma się podobnych zasad w leczeniu marskości nerek już od dawna z korzystnym wynikiem. Jest on również tego zdania, że rodzaj mięsa i białka w pożywieniu wogóle nie wpływa na ilość wydzielanego azotu. Ograniczenie ilości płynów zmniejsza pracę chorych nerek.

4) Peterson (z Heidelbergi): *O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w łagodnych schorzeniach żołądka.* Na podstawie 77 operacyj, wykonanych w klinice heidelberskiej, dochodzi P. do następujących wniosków:

1) Bezwzględnem wskazaniem było zwężenie odźwiernika z ciężką niedomogą ruchową żołądka; 57 przypadków, z których w 40 przyczyną był wrzód żołądka, w 8 kamica żółciowa, w 4 nadżerki i t. d. 2) Wskazanie względne stanowiły bóle żołądka *(gastralgia)*, uporczywe wymioty, a w tych przypadkach przyczyną był wrzód żołądka 15 razy, kamica żółciowa 2 razy. 3) Niebezpieczne krwotoki żołądkowe zachodziły w 6 przypadkach. — Z tych 77 przypadków ośm, czyli 11%, zakończyło się śmiercią. Wogóle śmiertelność przed r. 1895 wynosiła 22%, od tego czasu 2·3%. Do tego polepszenia przyczyniły się liczne czynniki, przedewszystkiem udoskonalenie sposobów operacyjnych i samej techniki operacyjnej. Gastroenterostomia daje lepsze wyniki, aniżeli wycięcie odźwiernika. Po operacyi sprawność żołądka znakomicie się poprawia, rozstrzeń żołądka ustępuje, czynność ruchowa wraca do stanu prawidłowego, wolny HCl obniża się, a kwas mlekowy znika. Nieraz dostaje się żółć w małych ilościach do żołądka. W miejscu połączenia, wytworzonego sztucznie pomiędzy żołądkiem a jelitami, tworzy się często zwieracz nowy, podobny do odźwiernika.

W rozprawach Ewald, dziękując chirurgom za czynny udział w Zjeździe internistów, co obu gałęziom nauki tylko na korzyść wyjść może: przedstawia w krótkości na szeregu spostrzeżeń obraz, tak zwanej przez siebie *appendicitis larvata*, leżącej również na pograniczu medycyny wewnętrznej i chirurgii. Należą tutaj takie przypadki, które nie przedstawiają klasycznego obrazu zapalenia okątniczego *(perityphlitis, skolikoiditis* podług Nothnagla), lecz odznaczają się przebiegiem długim, trwającym latami, a objawami swymi wskazywać się zdają raczej na chorobę żołądka, wątroby, nerek lub jelit (kolka z wiatrów, nieprawidłowy stolec z domieszką krwi lub śluzu i t. p.), w których wreszcie wywiady nie wykazują dawniej przebytego zapalenia wyrostka. Zazwyczaj chorych takich leczy się bezskutecznie najrozmaitszymi sposobami wewnętrznymi, a w końcu uznaje się ich za neurasteników, histeryków lub nieuleczalnych. Jeżeli u takich chorych uda się w końcu wybadać wyrostek robaczkowy zgrubiały i bolesny, to można przystąpić do operacyi po przeprowadzeniu nadzwyczaj ścisłego rozpoznania różniczkowego, przyczem u kobiet pamiętać należy o wykluczeniu spraw, wychodzących z przydatków macicy *(adnexa)*. Tylko operacyą można usunąć rozmaite dolegliwości i sprowadzić trwałe uleczenie. Mówca od roku 1894 miał 7 takich przypadków, są one więc stosunkowo rzadkie. We wszystkich przypadkach operacya potwierdziła w zupełności rozpoznanie.

5) R. Schütz (z Wiesbadenu). *Rozpoznanie różniczkowe wrzodu żołądka.* Pewne sprawy, toczące się w kiszce grubej, jak nieżyt i zapalenie, dalej zmiany w ułożeniu lub nawet ciężkie zaparcie stolca, a także ogólne opadnięcie trzew brzusznych mogą łudząco naśladować obraz wrzodu żołądka. Tem bardziej możliwa jest pomyłka rozpoznawcza, iż trudno odróżnić ból przy ucisku, pochodzący z żołądka, od bólu z kiszki grubej. Przeto w tych przypadkach, w których rozpoznania wrzodu nie poparł krwotok, należy w każdym razie wykluczyć zajęcie kiszki grubej, a więc obejrzeć stolec. Oczywiście, wykazanie zmniejszenia lub braku wolnego HCl jest w rozpoznawaniu wielce pomocnem.

6) Escherich (z Gradcu). *Przyczynek do wiadomości o prątku okrężniczym (bacterium coli).* Obecnie nazwa *bacterium coli* oznacza gromadę prątków krótkich, pokrewnych sobie postacią i zachowaniem się w hodowli, a odznaczających się następującemi własnościami: brakiem zarodników, odbarwianiem się sposobem Grama, własnościami chorobotwórczemi u zwierząt i silnem rozszczepianiem białka i cukru. To rozszczepianie wywołują w rozmaitym stopniu różne odmiany *bacterium coli*, co można uważać za przystósowanie się czynnościowe prątków do środowiska, w którem żyją, a co również da się użyć do podziału prątków okrężnicowych na odmiany, czyli rozmaite rasy tego prątka.

Znajdujące się w prawidłowym stolcu osesków w czystej prawie hodowli prątki okrężnicowe mogą należeć do jednej lub do kilku odmian tego prątka. Aby rozstrzygnąć to zagadnienie, trzeba się uciec do aglutynacyi zapomocą swoistej surowicy świnek morskich, uodpornionych sztucznie względem pewnej odmiany prątka okrężnicowego. Dr. Smith, przeprowadziwszy na tej zasadzie badania w klinice mowcy, doszedł do wniosku, że w przewodzie pokarmowym każdego człowieka znajduje się odmienna rasa prątka okrężnicowego, właściwa tylko dla tego osobnika. Tak przynajmniej należy sądzić z tej okoliczności, że u pewnego osobnika wywołuje aglutynacyę tylko odpowiednia surowica świńki morskiej, nie okazująca tego działania u innych osobników, u których znowu aglutynacyę wywołują inne surowice, u każdego odrębna.

Doświadczenia te dotyczyły stolców osesków. Oprócz tego pokazało się, że prątki okrężnicowe barwią się rozmaicie sposobem Grama, względnie Weigerta. Przyczyna tego nie jest dotąd dokładnie wyjaśniona.

Nawet prątek okrężnicowy, znajdujący się w stolcu prawidłowym, wywołuje u zwierząt zatrucie. Zdaje się atoli, że prątek okrężnicowy, żyjący w pewnym ustroju, jest tak doń dostósowany, że dla tego jednego ustroju nie jest trujący. Tylko w niektórych chorobowych stanach kiszki grubej można zauważyć wpływ trujący surowicy, podczas kiedy w stanie prawidłowym odczyn ten jest ujemny. Objawy tej sprawy chorobowej kiszki grubej, nazwanej: *colitis contagiosa* lub *colicolitis*, są podobne do objawów zapalenia kiszki grubej. Ze stolca, zmięszanego z krwią i ropą w przypadkach prostych wyhodować można jedynie prątek okrężnicowy, a można też otrzymać dodatnią próbę Gruber-Widala aż do stosunku 1:200. Z podobieństwa do duru można wnosić, że prątek okrężnicowy odgrywa w tej chorobie rolę przyczynową. W przyszłości należy jeszcze rozstrzygnąć, czy te przypadki wchodzą w zakres czerwonki i czy wywołujący je prątek okrężnicowy jest tym samym, co prątek czerwonki, opisany już dawniej przez innych autorów. (C. d. n.)

X. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

I.

Zachęcony przykładem kolegów, którzy, poświęcając czas tu spędzany pracom specyalnym, równocześnie przesyłali „Przeglądowi" korespondencye, zmierzające do zapoznania czytelników z ogólnym stanem nauk lekarskich we Francyi, stosunkami lekarskimi ogólniejszej natury, pragnę i ja poruszyć podobny przedmiot. A chcąc poniekąd uzupełnić wiadomości, przez nich podane, mam zamiar zwrócić uwagę na organizacyę publicznej służby zdrowia we Francyi, oraz opisać niektóre instytucye i urządzenia, pozostające pod nadzorem organów tej służby.

Kreśląc zarys organizacyi publicznej służby zdrowia, jest rzeczą trudną, jeśli nie niemożliwą, przeprowadzać porównania z naszymi stosunkami. Odmienne stosunki geograficzne kraju, odmienne stosunki społeczne, odmienna forma rządu i sposób administracyi wpłynęły na to, że z jednej strony spotykamy się tu z wieloma urządzeniami, jakich my nie posiadamy, z drugiej zaś brak tu wielu u nas istniejących urządzeń.

Jeśli u nas, domagając się odrębnego ministerstwa sanitarnego, a co za tem idzie ogólnej reformy publicznej służby zdrowia, mamy zupełną słuszność, to pragniemy tylko poprawy wadliwych stosunków, mimo to możemy być jeszcze bardzo zadowoleni z obecnego stanu rzeczy u nas w porównaniu z tem, co istnieje we Francyi. Przecież u nas i dzisiaj lekarz powiatowy przy dobrych chęciach może w sprawach powierzonych jego pieczy zrobić, jeśli nie wszystko, to w każdym razie bardzo wiele, chociażby dlatego, że naprzód wszystko, co dotyczy higieny publicznej i zdrowotności powiatu, łatwo dochodzi do jego wiadomości, a on stanowi najpoważniejszy w tych sprawach czynnik, stanowczo orzekający, powtóre dlatego, że urzędowe jego dochody, zapewniając skromny byt, pozostawiają mu tem samem dosyć czasu do sumiennego spełniania obowiązków urzędowych. Również i zakres działania naszych lekarzy gminnych i okręgowych jest tego rodzaju, że przy poczuciu obowiązków obywatelskich nie tak trudno z zadania się wywiązać. Brak egzekutywy, na który narzekamy, przy takcie w praktyce niebardzo się daje uczuć wobec tego, że posiadamy niezłe ustawy sanitarne, ograniczające dostatecznie wolność osobistą jednostek ze względu na dobro ogółu.

We Francyi lekarzy powiatowych, okręgowych i gminnych w naszem pojęciu właściwie niema, a ich czynności rozdzielone są pomiędzy liczne czynniki. I tak istnieją tu: lekarze chorób nagminnych, lekarze inspektorowie szkół, lekarze wyłącznie dla szczepienia ospy, lekarze przeznaczeni do czuwania nad dziećmi, zajętemi w fabrykach, lekarzy ubogich i t. d. i t. d. Temu podziałowi czynności w zasadzie możnaby nie mieć nic do zarzucenia, gdyby nie jeden wzgląd praktyczny: mianowicie, wynagrodzenie za czynności jest zazwyczaj ryczałtowe i prawie zawsze nadzwyczaj nizkie; skutkiem tego odnośny lekarz wszystkie swe siły wytęża dla pozyskania o ile możności jak najliczniejszej klienteli, a stanowisko urzędowe uważa za synekurę, która mu ułatwia tylko zetknięcie się z publicznością i rozszerzenie przez to praktyki lekarskiej. W administracyi panuje nadzwyczaj wielka niejednolitość, rozmaite okręgi różnie się rządzą, a nowy bardzo dobry zresztą projekt ustawy sanitarnej, zaprowadzającej ład w tych stosunkach, od lat paru leży w komisyi parlamentarnej jedynie dlatego, że posłowie socyalistyczni dopatrzyli się w niektórych ustępach zamachu na wolność osobistą wolnego obywatela rzeczypospolitej, a szacunek dla tej wolności (w teoryi!) jest tu posunięty do przesady.

Sprawy sanitarne całego państwa leżą w zakresie działania trzech ministerstw, a mianowicie: ministerstwu handlu i przemysłu przypada w udziale czuwanie nad zdrowotnością wszelkiego rodzaju lokali publicznych, fabryk, warsztatów i t. p., jak również nad małoletnimi robotnikami, zatrudnionymi w przemyśle; ministerstwo rolnictwa zajmuje się sprawami, dotyczącemi epizoocyj i innych chorób zwierzęcych; w końcu ministerstwo spraw wewnętrznych kieruje wszystkiemi innemi sprawami. Jemu podległa jest „*Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques*", podzielona na liczne sekcye, a pozostająca w stosunkach z akademią lekarską, której rady zasięga w sprawach wątpliwych, a dotyczących ogólnego dobra kraju pod względem higienicznym. Ministerstwa: oświaty, robót publicznych, wojny, marynarki same wykonują nadzór pod względem sanitarnym nad instytucyami sobie podległemi. Bezpośrednio z jednem z wymienionych ministerstw w sprawach sanitarnych znosi się prefekt departamentu [1]). Do pomocy w tych sprawach ma sobie dodaną (jedynie jako organ doradczy) t. zw. „*Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département*", której członków (w liczbie 7 do 15, zależnie od uznania min. spr. wewn.) sam mianuje na przeciąg 4 lat. Podobne rady znajdują się w każdym okręgu, a zajmują się następującemi sprawami: Zdrowotnością lokali publicznych i mieszkań; chorobami epidemicznemi i endemicznemi; epizoocyami i innemi chorobami zwierząt; propagandą szczepienia ospy; organizacyą pomocy lekarskiej dla ubogich; poprawą stosunków sanitarnych ludności robotniczej i rolniczej; zaopatrzeniem i należytem pomieszczeniem dzieci opuszczonych i moralnie zaniedbanych; zdrowotnością pokarmów i napojów; ulepszeniami miejsc kąpielowych i zdrojowisk; statystyką ze względu na śmiertelność i jej przyczyny; i wreszcie sprawami budowy gmachów publicznych, jak: szkoły, więzienia, koszary i t. p., zakładania wodociągów i kanałów. Departamentalne rady zdrowia wydają swoje orzeczenia we wszystkich sprawach, dotyczących higieny publicznej, poruczonych im przez prefekta i w sprawach, dotyczących równocześnie kilku okręgów lub całego departamentu. Prefekt według swego uznania i po zasięgnięciu w tym kierunku zdania rady departamentalnej ma prawo w stolicy (*chef-lieu*) kantonu utworzyć t. zw. komisyę zdrowia i poruczyć jej sprawę sanitarną okręgu. Rady zdrowia zbierają się co najmniej co 3 miesiące i prócz tego na wezwania odnośnych władz. Jeżeli członek rady nieusprawiedliwi swej nieobecności na 3 z rzędu posiedzeniach, traci swój urząd.

Jak dotąd ustawa nigdzie wyraźnie nie określa stanowiska lekarza; prefekt ma prawo utworzyć rady zdrowia: departamentalną i okręgowe również dobrze z inżynierów, adwokatów, a nawet kupców i ludzi innych zawodów niż

[1]) Francya podzielona jest na 86 departamentów. Każdy departament składa się z kilku okręgów (*Arrondissements*), te znów dzielą się na kantony (*canton*), złożone z kilku, względnie kilkunastu gmin. Naczelnikiem departamentu jest prefekt, okręgiem kieruje podprefekt, obaj są urzędnikami państwowymi, mianowanymi przez rząd. Naczelnika gminy (*maire*) wybiera rada gminna z swego łona. Kierownikiem kantonu jest mer jednej z gmin w skład kantonu wchodzących. Gmina ta nosi wówczas miano: *chef-lieu de canton*:

z lekarzy, byleby umiał dostatecznie uzasadnić wybór przed swą zwierzchnością. W praktyce jednak rzecz przedstawia się wcale korzystnie; w radach zdrowia bowiem zasiadają jako członkowie obok inżynierów, chemików, weterynarzy i t. p. i lekarze, jeżeli nie w większości, to w każdym razie w liczbie zadawalniającej. Lekarz występuje tu w roli czynnej dopiero, że się tak wyrażę, „na placu boju“, to jest tam, gdzie się żadną miarą innym zawodem zastąpić nie da i ogranicza się wtedy do udzielenia porady lekarskiej, do wydania zlecenia i do złożenia sprawozdania; władze zaś administracyjne mogą to sprawozdanie spożytkować, albo wrzucić go do kosza, dopilnować wykonania zlecenia, ale je i zawiesić, lub nawet wydać rozporządzenie wprost przeciwne. O prawie egzekutywy tem bardziej mowy tu być nie może, że lekarz tylko w bardzo rzadkich przypadkach bywa stałym urzędnikiem państwowym.

Niepodobna wyliczać wszystkich okoliczności, wśród których władze z kompetencyi lekarza korzystają; trzebaby w tym celu przetłómaczyć znaczną ilość postanowień ustawy i rozliczne instrukcye. Pozwalam sobie więc tylko przypomnieć, że, jak zauważyłem, czynności lekarskie urzędowe nie gromadzą się zazwyczaj w jednych rękach i wymienię kilka z nich, bardziej zajmujących.

W razie wybuchu epidemii w pewnej okolicy, prefekt, powiadomiony przez merów odnośnych gmin, wysyła jednego lub kilku lekarzy, *ad hoc* mianowanych przez siebie. Ci leczą chorych, polecają odkażenie i pozostają zazwyczaj na miejscu aż do wygaśnięcia epidemii, poczem składają sprawozdanie. Jeżeli lekarze epidemii mianowani są na dłuższy przeciąg czasu, a nie są członkami rady zdrowia, to zasiadają w niej z urzędu z głosem doradczym. Lekarze ci otrzymują wynagrodzenie w wysokości zależnej od dokonanych czynności.

Co do szczepienia ospy, niema tu przymusu ustawowego w tem znaczeniu, jak u nas; ponieważ jednak na każdym kroku, czy to dla przyjęcia do szkoły, czy do jakiegokolwiek urzędu, czy do wojska należy się wykazać świadectwem szczepienia, względnie rewakcynacyi, więc w rzeczywistości ludność sama zazwyczaj dokłada starania w tym kierunku, a ze strony władz napotyka na wszelkie możliwe ułatwienia. Krowiankę rozdają zakłady rządowe zgłaszającym się lekarzom bezpłatnie. W każdym departamencie znajduje się pewna ilość lekarzy, wynagradzanych czy to ryczałtowo, czy odpowiednio do podjętych czynności. Są oni obowiązani w miejscowościach okręgu im przydzielonego dokonywać raz do roku szczepienia ospy. O dniu swego przybycia powiadamiają na pewien czas naprzód mera, który obowiązany jest tę wiadomość w odpowiedni sposób ogłosić. W ośm dni potem następują oględziny i powtórne szczepienie w przypadkach ujemnych.

Lekarze inspektorzy szkolni, mianowani przez prefekta na trzy lata, są obowiązani co pewien przeciąg czasu zwiedzać szkoły im przydzielone, zwracać uwagę na zdrowotność i czystość budynków, badać dzieci, których wejrzenie ze względu na stan zdrowia wydaje się podejrzany, jak również te, które nauczyciel, względnie nauczycielka, wskaże jako chore, a następnie zdać sprawę i wykazać usterki, których naprawa leży w zakresie władz administracyjnych.

Tak zwani „*Médecins cantonaux*“ są lekarzami biednych w ścisłem tego słowa znaczeniu. Otrzymują oni 600 fr. rocznego wynagrodzenia i prócz tego 1 fr. za wizytę, czy to u siebie w domu, czy w mieszkaniu chorego; w tym ostatnim przypadku, jeżeli chory mieszka w innej gminie, dolicza jeszcze lekarz wezwany 0·75 fr. za kilometr odległości. W każdej miejscowości mer rokrocznie sporządza spis ubogich i wydaje im odpowiednie blankiety, które lekarz wypełnia. Ubogi dostaje równocześnie spis lekarzy kantonalnych, z pomiędzy których wolno mu wybrać tego, do którego ma większe zaufanie. Lekarstwa otrzymują chorzy na koszt gminy. Instytucyi lekarzy kantonalnych, nadzwyczaj pożytecznej, to tylko możnaby zarzucić, że istnieje ona tylko w niewielu departamentach wschodniej Francyi i Algierze; reszta departamentów nie posiada lekarzy kantonalnych.

Obłąkani, pozostający w domach prywatnych i dzieci do lat dwu, w szczególności zaś dzieci opuszczone (podrzutki), pozostają pod szczególniejszą opieką władz, a osobni lekarze są obowiązani do czuwania nad nimi, do odwiedzania ich co pewien czas i do składania sprawozdań ze swych czynności.

Do tego doliczyćby należało cały szereg innych, mniej lub więcej ważnych czynności urzędowych. W tym jednak kierunku panuje w administracyi ogromna niejednolitość; prawie każdy departament inaczej się rządzi, dlatego ograniczam się tylko do zaznaczenia, że prefektura, jakkolwiek ma prawa zwierzchnicze nad całym departamentem, rozciąga głównie swą opiekę pod względem sanitarnym na gminy wiejskie i małe miasteczka.

XI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Namiestnictwo lwowskie rozesłało do podwładnych władz politycznych następujący okólnik:

„Jedną z głównych przyczyn rozszerzenia epidemii ospy i duru plamistego w kraju jest niezaprzeczenie znoszenie się z osobami, pochodzącemi z gmin, a względnie z pomieszkań zarażonych — na jarmarkach, odpustach i przy tłumnych wędrówkach robotników. Gdy w najbliższej przyszłości takie gromadzenie się w wielkiej ilości następować będzie częściej, niż kiedyindziej, przeto z okolicznością tą szczególniej liczyć się należy, a celem możliwego powstrzymania szerzenia się wspomnianych zaraźliwych chorób należy wydać odpowiednie zarządzenia.

W pierwszym rzędzie wskazanem jest ściśle sprawdzić wszelkie zaszłe przypadki chorobowe, następnie odpowiednio je odgraniczyć i dla otoczenia nieszkodliwymi uczynić. Jeżeli to się uda, ale w sposób zupełnie niewątpliwy, odpadnie potrzeba zakazu tygodniowych targów, czy jarmarków, tudzież odpustów, przez co z jednej strony uniknie się utrudnień dla ludności, szukającej zarobku, tudzież stworzenia pewnego rodzaju klęski publicznej, a z drugiej strony nie odbierze się możności odwiedzania miejsc pielgrzymki.

Gdyby jednak w jakiej miejscowości dur plamisty albo nagminna ospa były nieco rozszerzone, albo gdyby istniało uzasadnione podejrzenie, że władze zatajają przypadki choroby, wtedy należy mieszkańcom tej miejscowości zakazać odwiedzania targów, tudzież missyj odpustowych. Jeżeli w miejscu, gdzie ma się odbyć jarmark lub odpust, stwierdzono kilka przypadków ospy lub duru plamistego, a miejscowości te nie mogą być dokładnie odosobnione, to przez cały czas trwania epidemii należy zakazać odbywania takich zgromadzeń. O każdem zarządzeniu tego rodzaju ma starosta (względnie prezydent miasta) bezzwłocznie zdać sprawę namiestnictwu.

Wykonanie poczynionych zarządzeń, ażeby osoby z silniej zarazą dotkniętych okolic, albo miejscowości izolowanych, nie mogły brać udziału we wspomnianych zgromadzeniach, należy poruczyć zwierzchnościom gminnym; te zaś należy z naciskiem wezwać do ścisłego czuwania, ażeby nie przekraczano tego zakazu. Równocześnie jednak należy te zwierzchności gminne pouczyć, że najpewniejszym środkiem powstrzymania chorób zaraźliwych jest pielęgnowanie czystości w miejscu i zaopatrzenie ludności w obfitą i dobrą wodę do picia. Wtedy bowiem choroby zaraźliwe, nawet w razie ich zawleczenia, nie znajdą w miejscu sprzyjających warunków do rozwoju i skończy się zatem na kilku sporadycznych przypadkach.

C. k. urzędowemu lekarzowi należy polecić, aby przy każdej sposobności działał wę wskazanym kierunku“.

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 sierpnia.

* Walka z gruźlicą weszła w ostatnich czasach na porządek dzienny bieżących spraw społecznych. Walka ta ma dwa cele: podać rękę ratunku tym, którzy rzadko już wracają do zupełnego zdrowia, oraz zatamować drogę szerzeniu się gruźlicy wśród ludności zdrowej. Gruźlica jest groźną dla całego ogółu ludności, więc z łona ogółu wyjść powinno hasło do walki z nią, oraz zapoczątkowanie szeregu czynów ofiarnych, które umożebniłyby ziszczenie wielkich i kosztownych zamiarów ku ochronie zdrowia publicznego.

Umieszczanie chorych gruźliczych w zakładach odosobnionych i odpowiednio położonych, a to tak dla ich leczenia, jak i odosobnienia, jest uznanem dziś za najradykalniejszy środek do zwalczania gruźlicy, jako klęski społecznej. We wszystkich krajach Europy szczerze i skutecznie zakrzątnięto się koło tej ważnej sprawy, a i nasze społeczeństwo nie pozostało bezczynnem. Jak w tylu innych okolicznościach analogicznych, tak i w tem dziele poświęcenia, Warszawa, gromadząc fundusze na budowę zakładu, świeci przykładem ofiarności, w czem lekarze przodują. Spółka akcyjna przygotowuje budowę zakładu dla chorych gruźliczych w Zakopanem, na wzór Görbersdorfu lub Davos. Z najwyższą radością dowiedzieliśmy się, że lwowska kasa chorych zamierza, przy pomocy innych Kas, wystawić własny zakład.

Czem więcej typów lecznic dla chorych gruźliczych, tem ce zamierzony łatwiej się osiągnie. Na społeczeństwo spada święty obowiązek zaopiekowania się tymi wydziedziczonymi, którzy nietylko są chorzy, lecz i w tym stopniu ubodzy, że mogą korzystać z zakładów tylko bezpłatnych, jak dziś bezpłatnie korzystają ze szpitali krajowych. Aż nadto dobrze wiemy, że Wydział krajowy nie szczędzi grosza na cele szpitalne, a wiemy także, że na razie budżet jego nie zniósłby ciężarów nowej inwestycyi; społeczeństwo zatem nie powinno oglądać się na Wydział krajowy, lecz ze swego łona powołać do życia stowarzyszenie dla walki z gruźlicą, mające głównie na oku gromadzenie funduszów, niezbędnych do stwarzania zakładów dla chorych gruźliczych. Kto zna nasze małe zasoby pieniężne i ten niepojęty brak we wszystkich naszych zbiorowych usiłowaniach wpływów groszowych, ten nie będzie się łudzić, ażeby wielkie to dzieło samoochrony prędko się ziścić mogło; lecz raz rozpocząć trzeba, a czem prędzej, tem lepiej.

* Pogrzeb lekarza jest często najwierniejszem, bo już bezstronnem, ocenieniem jego działalności zawodowej. Donoszą nam z Nałęczowa, że oddanie ostatnich posług nieodżałowanemu dyrektorowi tamtejszego zakładu, ś. p. Dr. K. Chmielewskiemu, odbyło się wśród szczerego i głębokiego żalu wdzięcznej ludności. Nie mnogość wieńców, lecz te napisy na wstęgach: »Dobremu opiekunowi chorych«, »Zacnemu obywatelowi kraju«, »Naszemu zacnemu dobrodziejowi«, »Od biedaków, którym swą dobrocią łzy ocierał«, »Ukochanemu koledze«, »Zacnemu człowiekowi«, — od »służby«, od »kelnerów zakładowych«, od »straży ochotniczej«, od »orkiestry« itd. itd., czyż nie stwierdzają one, że z tego świata zeszedł człowiek dobrej woli, idealnych zasad, wzniośle pojmujący zadanie życia ludzkiego? Nad grobem z lekarzy przemówił Dr. A. Puławski, a wzniosła ta mowa może być wyrazem uczuć i myśli wszystkich lekarzy polskich. Cześć pamięci zasłużonego!

* Kiedy dżuma wybuchła w Bombaju, Virchow wyraził przekonanie, że bicz ten nie zagraża Europie, a to tak ze względu na klimat nasz, jak i na słabą rozszerzalność zarazy. Co do klimatu, to nie zmienił się on tak dalece od 100 lat, ażeby zarazek dżumy nie mógł się już dziś w nim plenić; a wszakże jeszcze w r. 1838 epidemia dżumy grasowała na półwyspie bałkańskim. Rozszerzalność dżumy jest w istocie słaba, ale wobec tegoczesnych wzmożonych środków komunikacyjnych nie należy na niej zbytnio polegać; a jako dowód, że słowa Virchowa były optymistyczne, jest pojawienie się przed paru miesiącami dżumy w Aleksandryi, a obecnie w Portugalii, gdzie ją zawlókł okręt, przybywający z Indyi. Rząd portugalski początkowo zatajał tę sprawę; obecnie ogłasza, że dotychczas wydarzyło się w Oporto 39 przypadków dżumy, z których 13 było śmiertelnych.

* Paryski »Conseil d'hygiène« pracuje nad wykryciem źródła, które przyniosło stolicy Francyi epidemię duru brzusznego. Liczba zasłabnięć na dur wynosiła w trzecim tygodniu lipcowym 64 przypadków, w czwartym 104, a w pierwszym sierpniowym 213.

* Rada powiatowa w Gorlicach uchwaliła nadać posadę dyrektora tamtejszego szpitala Drowi S. Krasowskiemu ze Lwowa.

* Wydział krajowy mianował Dr. M. Sołtysika prymaryuszem szpitala w Husiatynie.

* Staraniem łódzkiego chrześciańskiego Towarz. Dobroczynności ma powstać w Łodzi szpital dla obłąkanych na 100 łóżek. Do komitetu budowy szpitala weszli następujący lekarze: Jokiel, Jonszer, Lover Rząd i Tochterman.

— Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu XXXII (6—12 VIII). Małżeństw było 7 (4·35), urodzin 41 (25·46), skonów 45 (27.95). Umarło z gruźlicy osób 16, z krztuśca 2, z płonicy 2, z cholery dziecięcej — 7.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Cannieu mianowany został prof. anatomii w Bordeaux, w miejsce zmarłego Boucharda. Do. Rohmer objął posadę prof. i kierownika kliniki okulistycznej w Nancy. Profesorem chirurgii w żeńskim Instytucie lekar. w Petersburgu mianowany został Dr. Delicyn, katedrę zaś szczegółowej patologii i terapii obejmuje Dr. Wołkow. Dr. Bursze Emil mianowany został miejscowym lekarzem ewangielickiego szpitala w Warszawie, a Dr. Teszner — lekarzem szpitala starozakonnych.

Nekrologia. W Hejdelbergu zmarł w 88 r. życia Robert Wilhelm Bunsen, wielkich zasług i sławy uczony. Urodził się w roku 1811; w 1833 habilitował się jako docent; w r. 1856 mianowany został profesorem zwyczajnym politechniki w Kasselu. Następnie piastował katedrę chemii w Marburgu, Wrocławiu i Heidelbergu. Od r. 1889 usunął się w zacisze pracowni prywatnej. Badania jego w roku 1866 w Islandyi rzuciły nowe światło na wulkany. Bunsenowi świat zawdzięcza wynalezienie palnika gazowego, stosu galwanicznego (jego imienia), światła magnezyowego. Wraz z Kirchhoffem unieśmiertelnił się odkryciem w r. 1860 analizy spektralnej, która poprowadziła umysł ludzki do dalszych odkryć, jak wykrycie rubidu i cesu, wyodrębnionych przez tegoż Bunsena. Pozostawił wielką liczbę prac pierwszorzędnej wartości, które mu zapewniły niespożytą wdzięczność ludzką i wieczną chwałę.

W Gorlicach zmarł w 48 r. życia Dr. Eugeniusz Neumann, wzięty lekarz. Dr. Stanisław Arciszewski, emeryt, zakończył życie w Nowym Dworze. Dr. Józef Kiciński zmarł w Odesie, w 71 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 15: Wojciechowskiego J.: Hydrargyrum colloidale v. hyrgol w cierpieniach przymiotowych. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 33: Dr. Brudzińskiego: Epidemia różyczki. Zięciakiewicza A.: Typy oddechania w zastosowaniu do sztuki śpiewu (dok.). Pechkranca St.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. J. Fajersztajna: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie* Nr. 33: E. W. Zielińskiego: S. p. Józef Majer (wspomnienie pośmiertne). Arnsteina F.: Kilka słów o leczeniu balneoterapeutycznem w chorobach serca. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Doc. dr. Stan. Braun: Przyczynek do nauki o ciąży zamacicznej. Kraków, 1899.

— Prof. dr. Aleks. Rosner: W sprawie etyologii złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych. Kraków, 1899.

— Dr. Ign. Lemberger: Skład chemiczny »Troponu« i jego wartość odżywcza ze stanowiska teoretycznego. Kraków, 1899.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 9083/pr

W celu obsadzenia dwu posad c. k. *koncypistów sanitarnych* z systemizowanymi poborami X. klasy rangi w galic. służbie zdrowia rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 10 września b. r. — Kandydaci winni wnieść swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi po myśli rozporządzenia ministeryalnego z 21 marca 1843, dz. p. p. Nr. 37, oraz w dowody znajomości języków krajowych do Prezydyum c. k. Namiestnictwa w wyznaczonym terminie, a mianowicie kompetenci będący w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, a inni za pośrednictwem właściwych c. k. Starostw, we Lwowie zaś i w Krakowie za pośrednictwem miejscowej c. k. Dyrekcyi policyi.

Powiatowa Kasa dla chorych w *Lisku* ogłasza konkurs na posadę lekarza na okręg sądowy Lisko, z terminem wnoszenia podań do 15 września b. r. — Jako wynagrodzenie obowiązuje się kasa płacić 20% od przepisanych opłat kasowych w okręgu Liskim, gwarantując za roczny dochód 500 złr. — Kandydaci z praktyką szpitalną mają pierwszeństwo. — Miasto powiatowe Lisko liczy przeszło 5 tysięcy mieszkańców, a ma obecnie tylko dwóch lekarzy, wobec tego trzeci lekarz może liczyć na dobre powodzenie.

Kasa chorych w *Schodnicy* rozpisuje konkurs na posadę drugiego lekarza Kasy. Płaca roczna 800 złr. — dodatek na mieszkanie, opał i światło 400 złr.

Podania do 15-go września b. r. przyjmuje Zarząd Kasy chorych.

Wygodne środki do urządzenia
kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu
12—23—1 **i w każdej porze roku.**



Mattoniego sól borow.
(wyciąg suchy)
w skrzynkach po 1 kilogr.
Mattoniego ług borow.
(wyciąg płynny)
w flaszkach po 2 kilogr.
Od wielu lat
wypróbowane w:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawn. i w celu ułatwienia wessania wypocin.

HENRYK MATTONI
Wiedeń, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl

Południowo-tyrolska Arsenowo-żelezista woda

„MITTERBAD"

sprowadza jak to wykazano w Szpitalach przybytek hemoglobiny we krwi o 40 — 50%, znaczny przybytek ciałek czerwonych, wybitny przybytek na ciężarze ciała u leczących się.

Dawka: dwa, trzy razy dnia po 6 łyżeczek
czystej wody.

Nienależy się obawiać ani biegunki, ani psucia zębów.

Przystępna cena pozwala na rozpowszechnienie tej wody.— Pić można w każdej porze roku.

Dostać można w aptekach. (71)

Zakład klimatyczny i wodoleczniczy Schreiberhau

w Górach Olbrzymich (Riesengeb.)

wspaniałe, górami osłonione położenie — 710 mtr. nad p. m. — Otoczony na kilka mil ciągnącym się lasem szpilkowym; z powodu jednostajnej i łagodnej ciepłoty nadaje się także do leczenia w zimie, przez cały rok bywa uczęszczany. Wskazany: **w chorobach nerwowych, krwi, kobiecych, dnie, gośccu i wszelkich cierpieniach przewlocznych. Stosowane bywa: leczenie wodą, mięsienie, gimnastyka lecznicza, elektryczność, leczenie dyetetyczne** i t. d. nadto **kąpiele borowinowe — solankowe — jodłowe i igliwiowe. Ogrzewanie centralne.**

Wspaniałe deptaki osłonione i ogrzewane. 17
Wiadomość i prospekt przez **Dra Assmanna.**

Gips alabastrowy

do celów chirurgicznych

polecony przez Towarzystwo lekarskie krakowskie
wyrabia i sprzedaje 64

Fabryka gipsu M. Ameisena dawniej **Karol Czecz i Spółka w Płaszowie.**

Wyłączne zastępstwo dla Krakowa ma firma Szarski i Syn Rynek gł.

W niedokrewności, blednicy, ogólnem osłabieniu, tudzież w rekonwalescencyi,

pod kontrolą Komisyi przemysłowej Tow. lek. krakowskiego, zaleca się tem, że, jak świadczą liczne uznania lekarskich powag, woda ta, w przeciwieństwie do wód żelazistych naturalnych, znoszoną bywa nawet przez chorych z osłabionym przewodem pokarmowym. Mimo tego zawiera ona znaczną ilość środka czynnego, przyswaja się łatwo, a przy piciu nie szkodzi zupełnie zębom.



POLECONA PRZEZ TOW. LEK. KRAK.
mocniejsza dla
DOROSŁYCH
słabsza dla
DZIECI.
SPORZĄDZANA W NASZYM ZAKŁADZIE

67 b) K. Rzą̨ca i Chmurski, Kraków, ul. św. Gertrudy 4.

ŻEGIESTÓW

w Galicyi nad Popradem
stacya pocztowa, kolejowa i telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa żelazista, skuteczna w chorobach kobiecych i anemii. Lekarz zdrojowy **Dr. Edward Brühl.**

Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września.

Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i **popradowe.**

Woda Żegiestowska znajduje się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych 130

LUDWIK KNAPIŃSKI

Kraków, ulica Sławkowska, Nr. 4.

dostawca narzędzi chirurgicznych dla c. k. klinik Uniwersytetu Jagiellońskiego maszyn ortopedycznych, bandaży.

Pierwsza w Galicyi fabryka narzędzi chirurgicznych,

popierana przez Szan. komisyę przemysłową Tow. lek. krak., **odznaczona wielkiemi medalami srebrnemi** za staranny wyrób narzędzi odpowiadających wszelkim wymaganiom, tak co do trwałości jakoteż dokładności, poleca swój bogato zaopatrzony skład. **Ceny przystępne — przy większych zamówieniach rabat.** Wysyłka na prowincyę odwrotnie. 65—x—16

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 zlr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 2 Września 1899. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurginznej Radcy Dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przedoperacyjne wstrzykiwanie żelatyny, jako środka zapobiegającego krwotokowi podczas operacyi [1].

Podał
Dr. Eugeniusz Karchesy
c. i k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

Lancereaux, badając działanie roczczynów żelatyny, wstrzykniętych do jamy otrzewnowej na krzepliwość krwi, doszedł do następnych wyników. Krew zwierzęcia, wypuszczona z tętnicy dogłowowej, krzepnie po upływie 3 minut. Jeżeli jednak przedtem wstrzyknięto do jamy brzusznej roczczyn żelatyny, a dopiero w godzinę potem badano zachowanie się krwi, to sprawa krzepnięcia występowała już po upływie 1 minuty. Krzepliwość była więc po wstrzyknięciu żelatyny znacznie większą. W późniejszych doświadczeniach na ludziach stosował Lancereaux w celach leczniczych podskórne wstrzykiwania 1%—5% roczczynów żelatyny, w przeciętnej ilości 200 gramów, w przypadkach tętniaków, a szczególnie tętniaków tętnicy głównej. Wstrzykiwania te miały wywoływać tworzenie się skrzepów w tych miejscach, gdzie obieg krwi był powolniejszy, a zmiany w ścianach naczyń do tego usposabiały; warunki te istniały właśnie w samych tętniakach.

W swoich przypadkach nie spostrzegał Lancereaux ani miejscowych, ani też ogólnych niebezpiecznych działań ubocznych. A zwłaszcza z drugiemi liczyć się musimy z tego względu, że przy wzmożonej krzepliwości krwi mogłoby przyjść łatwo do zaburzeń w krążeniu włosowatem płuc, nerek, mózgu lub też innych narządów. Myślę głównie o zatorach i zakrzepach.

Przy tych zabiegach operacyjnych, gdzie już z góry spodziewamy się obfitszego krwotoku miąższowego, byłoby dla chorego rzeczą bardzo korzystną, gdyby się nam powiodło krwotok zmniejszyć lub usunąć. Zachęcony przeto przez mojego obecnego szefa i uzyskawszy pozwolenie do wyzyskania w tym celu chorych klinicznych, za co mu i tu serdecznie dziękuję, wykonałem w pięciu przypadkach próby; uprzedzam jednak, że wyniki tych prób zawiódły po części nasze oczekiwania. Postępowaliśmy zaś tak: Na godzinę przed rozpoczęciem operacyi wstrzykiwaliśmy w tkankę podskórną zewnętrznej strony uda, po dokładnem oczyszczeniu skóry, 200 gramów 2% roczczynu żelatyny w wodzie słonej fizyologicznej. Roczczyn żelatyny był dokładnie wyjałowiony i aż do chwili użycia przechowywany w lodowni.

[1]) Według wykładu na IX Zjeździe chirurgów w Krakowie.

Wstrzykiwano za pomocą strzykawki 50-gramowej, ogrzawszy żelatynę do + 38 C. zapomocą wstawienia kolbki do gorącej wody. Samo wstrzykiwanie było mało bolesne, skóra w miejscu wstrzyknięcia mocno się wypuklała. Każdą strzykawkę wbijaliśmy w świeże miejsce, nieco oddalone od poprzedniego, żeby ciecz wstrzykniętą rozdzielić na jak największej przestrzeni i przyspieszyć przez to wchłanianie. Na miejsce nakłóć i na wywołany sztuczny obrzęk zakładaliśmy natychmiast opatrunek wysychający z płynu Burowa i ściągali go mocno opaską kalikotową. Zabiegi te miały przyspieszyć wessanie roczczynu żelatyny.

Dokładnie po upływie godziny przystępowaliśmy do uśpienia, a następnie do operacyi; można więc przyjąć, że pierwsze cięcia prowadzono po upływie 5 kwadransów. Po wypreparowaniu mięśni spostrzegaliśmy, że miały połysk woskowy, odmienny od tego, jaki okazują w prawidłowych warunkach. Przecięte tętnice i żyły krwawiły równie silnie, jak zwykle, jednak z naczyń najmniejszego kalibru i z naczyń włosowatych krwotok był stanowczo mniejszy, pole operacyjne pokrywało się szybko wiotkimi skrzepami.

Że żelatyna już wtedy w znacznej ilości przeszła do obiegu krwi, mogliśmy się przekonać z rozbioru moczu, wypuszczonego cewkiem bezpośrednio po ukończeniu operacyi. Mocz ten, wypuszczony w dwie godziny po wstrzyknięciu, zawierał znaczną ilość substancyi mucynowatej, a w dwóch przypadkach także ślad białka. Natomiast mocz, oddany bezpośrednio przed wstrzyknięciem żelatyny, wykazywał składniki prawidłowe. Niezwyczajny ten skład moczu utrzymywał się przez dwa dni, takiego więc czasu było potrzeba do wydalenia wszystkiej żelatyny i do usunięcia przez nią wywołanych zmian.

Unikając rozwlekłości, przytaczam tylko jeden rozbiór moczu w przypadku wola, operowanego dnia 13 lipca r. b. W moczu z dnia 13 lipca znajduje się w znacznej ilości istota mucynowata; w tym przypadku połączenie białka z kwasem chondroid-siarkowym lub też nukleinowym; po strąceniu tej substancyi znajduje się jeszcze wolne białko. Mocz z dnia następnego posiada skład podobny, substancyi mucynowatej znacznie mniej, białka niema. W obu moczach brak peptonu, albumozy i globuliny. W moczu z dnia 15-go lipca składniki prawidłowe.

Ponieważ więc w żadnym przypadku nie znaleźliśmy peptonu w moczu, natomiast wykazać można było istotę mucynowatą, wnosimy, że żelatyna przechodzi do krążenia niezmieniona, a nieprzeobrażona w pepton, jak sądzili Laborde, Gley i Camus i tem samem przychylamy się do zdania Lancereaux.

Z przebiegu pooperacyjnego można o dalszem działaniu roczczynu żelatyny wysnuć niejakie wnioski. W przy-

padku pierwszym, wola wielkości pomarańczy, operowanego sposobem Socina, w 6 godzin po operacyi, przy której krwawienie było naprawdę mniejsze, wystąpił, pomimo dokładnie przylegającego opatrunku, silny krwotok pooperacyjny. Wypływająca krew przesączyła się przez gruby opatrunek, a silniejszy ucisk, przez nałożenie świeżych płatów waty i przez silniejsze ściągnięcie, pozostał bez skutku. Musiano więc ranę otworzyć i reszty torebki obszyć gęsto jedwabiem.

W przypadku operacyi tłuszczaka wielkości głowy dziecka wytworzył się pomimo dokładnie założonego opatrunku krwiak, który dopiero po upływie 10 dni bez dalszych powikłań uległ wessaniu.

W dwu przypadkach wycięcia sutka, zajętego rakiem, z wyłuszczeniem gruczołów podpachowych wraz z tkanką łączną, powięziami i powierzchownemi warstwami mięśnia piersiowego większego, krwawienie miąższowe było w czasie operacyi mniejsze jak zwykle; pod pachą jednak nagromadziła się następnie krew czarna i płynna, a skóra w sąsiedztwie rany była miejscami zielonkowato zabarwiona z powodu wessania barwika krwi, wylanej między tkanki.

W pierwszej zatem chwili żelatyna rzeczywiście sprowadza łatwe krzepnięcie krwi, sądząc jednak z dalszego przebiegu, działanie to wkrótce przemija, skrzepy utworzone rozpuszczają się i występuje krwotok mniej lub więcej znaczny między uszkodzone tkanki. Temu krótkotrwałemu działaniu zawdzięczamy jednak prawdopodobnie, że nie występują żadne powikłania ze strony płuc, mózgu lub nerek.

W dalszym przebiegu pooperacyjnym zauważyliśmy występowanie w pierwszym tygodniu stanu podgorączkowego. Ponieważ przy zmianie pierwszego opatrunku po pięciu dniach nie znaleźliśmy nigdy ani obrzęku zapalnego, ani też ropienia, rana goiła się doraźnie, a powikłań ze strony płuc i innych narządów nie było, musimy więc przyjąć, że wessanie większej ilości krwi wylanej wywoływało to podwyższenie ciepłoty. Że żelatyna, jako taka, w tej ilości podskórnie wstrzyknięta, podwyższenia ciepłoty nie wywołuje, przekonaliśmy się na klinice wewnętrznej, gdzie stosowano wstrzykiwania żelatyny w leczeniu tętniaków aorty.

Z objawów miejscowych wymienić wypada, że zabieg sam jest mało bolesnym. Obrzęk już po upływie 6 godzin znikał, utrzymywało się natomiast miękie trzeszczenie i bolesność na ucisk przez dwa dni. Zaczerwienienia skóry, stwardnień lub podwyższonej ciepłoty w miejscu wstrzyknięcia, nigdy nie zauważyliśmy.

Praktyczna wartość tego środka przy zabiegach chirurgicznych u ludzi z prawidłowym składem krwi nie jest zatem znaczna. Podwiązując dokładnie najdrobniejsze naczynia i bez żelatyny dużo krwi nie stracimy i nie potrzebujemy się obawiać krwotoku następowego. Stosując żelatynę, musimy założyć silniejszy i elastycznie uciskający opatrunek, ażeby krew nie tak łatwo się wylewała. Co do ilości rozczynu żelatyny, którą można wstrzyknąć, ostatnie doświadczenie u chorej, ważącej 25 klg., u której skutek bezpośredni był najwydatniejszy, przemawiałoby za tem, że u ludzi dorosłych bez wad organicznych można by wstrzykiwać podskórnie do 400 gramów 2% rozczynu w celu spotęgowania działania.

Z powodu krótkotrwałego wpływu podskórnych wstrzykiwań żelatyny nie zdaje się być pewnem jej działanie w krwotokach płucnych u gruźliczych, w krwotokach z kiszek w przebiegu duru, przy wrzodzie okrągłym żołądka, pomimo, że Curschmann w Lipsku zalecał ten zabieg w podobnych przypadkach. Również jest wątpliwem, czy sposób ten dałby się zastosować w przypadkach ginekologicznych, n. p. w przypadku krwotoku w przebiegu ciąży zamacicznej.

Teoretycznie możnaby przypuścić, że zabieg ten dałby się zastosować z korzyścią przy większych operacych u krwawców, gdyż silnie uciskający opatrunek mógłby zmniejszyć lub usunąć krwawienie następowe. Przy małych operacyach zbytecznem jest wstrzykiwanie podskórne żelatyny nawet u krwawców, gdyż wiadomo, że rany cięte u takich osobników nie krwawią bardziej, niż u innych. Nie wiemy zresztą, jak żelatyna na krew krwawców działa; możemy wprawdzie przypuszczać, że tak, jak u ludzi prawidłowych; może jednak skutek byłby widoczniejszym, podobnie jak wpływ środków przeciwgorączkowych u ludzi prawidłowych jest mały, a bardzo zaś jest widocznym u ludzi gorączkujących. W każdym razie możnaby próbować u krwawców wstrzykiwań podskórnych żelatyny przed operacyami, nie wyrzekając się nadziei powodzenia.

Opis przypadków:

1) Jan Dyda, lat 23; wól (*struma parenchymatosa*) wielkości pomarańczy, operowany sposobem Socina dnia 26 kwietnia b. r. Pacyent słabo rozwinięty, wygląda na chłopca 14-letniego. W czasie operacyi nieznaczne krwawienie; w sześć godzin potem bardzo silny krwotok pooperacyjny. Ranę otwarto i resztki torebki obszyto gęsto jedwabiem. Ciepłota: 26 kwietnia wieczorem 36·1, silny zapad. 27. IV. rano 36·4, w. 37·9. — 28. IV. r. 37·3, w. 37·8. — 29. IV. r. 37·4, w. 37·9. — 30. IV. r. 37·9, w. 38·7. — 1 maja r. 39·5, w. 40·2. — 2. V. r. 39·3, w. 40·4. — 3. V. r. 38·3, w. 39·7. — 4. V. r. 39·7, w. *Exitus*. Ilość i jakość tętna odpowiednio do ciepłoty zmienna; znaczny zapad sił, wymioty żółciowe, ostatniego dnia nieprzytomny.

Sekcya wykazała: Ogólna niedokrewność, zwyrodnienie miąższowe nerek, wątroby, serca, nieznaczny obrzęk śledziony, obrzęk kęp Payera w jelitach wielkich. Rana zagojona doraźnie, ropienia nigdzie nie było. Przypuszczając dur brzuszny, założono hodowle, jednak z wynikiem ujemnym.

2. Udie Zwerdling, lat 45, osoba bardzo otyła. Rak sutka w wewnętrznym dolnym odcinku, gruczoły pachowe zajęte. 1 lipca operacya w uśpieniu chloroformowem. Krwawienie miąższowe mniejsze, niż zwykle, mięśnie mają połysk woskowy, tworzą się liczne wiotkie skrzepy. Przebieg pooperacyjny podgorączkowy, ciepłota wieczorem nie przekracza +37·5 C.; piątego dnia wieczorem nagle 39·1; powikłań ze strony płuc niema. 6 lipca zmiana opatrunku. Obrzęku zapalnego lub ropienia niema, z pod pachy, po wyjęciu setonu, wypływa około dwóch łyżek czarnej, płynnej krwi. Skóra miejscami w okolicy rany sino zabarwiona. Stan podgorączkowy wieczorem utrzymywał się do 10 dnia po operacyi. 12 lipca rana zagojona doraźnie, ziarniny zdrowe w miejscu setonu, ropienia nie było.

3) Chaja Fuchs, lat 32, osoba szczupła. Rak sutka w zewnętrznym dolnym odcinku, gruczoły pod pachą zajęte. 30 czerwca operacya w uśpieniu chloroformowem. Krwawienie nieznaczne, zresztą te same objawy, co w przypadku poprzednim. Ciepłota wieczorna wahała się między + 37·1 a 37·6; 5 lipca zmiana opatrunku, obrzęku lub ropienia niema. Z pod pachy wylało się nieco czarnej, płynnej krwi. 7 lipca stan bezgorączkowy. — 14 lipca rana zgojona doraźnie, pod pachą w miejscu setonu ziarnina.

4) Józef Wojciechowski, lat 41. Tłuszczak pośladka wielkości głowy dziecka. 1 lipca operacya w miejscowem znieczuleniu sposobem Schleicha. Krwawienie bardzo małe. Pomimo braku powikłań podwyższenie ciepłoty ciała, która wahała się wieczorami między +37·3 a 38·3; rano prawidłowa. 6 lipca zmiana opatrunku. Ropienia, ani nacieku zapalnego niema. Skóra na pośladku sino zabarwiona, w miejscu rana nieco wzniesiona, przy ucisku wypłynęło z dolnego brzegu rany nieco krwi płynnej, czarnej. 10 lipca rana zagojona doraźnie,

krwiak prawie zupełnie wessany, tylko miejscami można jeszcze wyczuć miękie trzeszczenie (*crepitatio*) podskórne.

5) Marya Kływiak, lat 12. Wól (*struma parenchymatosa*) obustronny, po każdej stronie wielkości jaja gęsiego, płat środkowy powiększony. 13 lipca operacya sposobem Kochera w uśpieniu chloroformowem; wyjęcie płata prawego i resekcya środkowego. W tym przypadku było krwawienie nieznaczne, pomimo niezwykle silnego unaczynienia wola. Krwawienia pooperacyjnego nie było. Ciepłota wieczorna wahała się między + 37·4 a + 37·7, pomimo że nie było żadnych objawów ze strony rany, ani też żadnych powikłań. 18 lipca zmiana opatrunku, rana zagojona doraźnie, seton, wyjęty z dolnego kąta rany, suchy. 26 lipca została wypisana jako wyleczona.

W tym ostatnim przypadku, pomimo że chora ważyła zaledwie 25 klg., wstrzyknęliśmy 200 grm. rozczynu 2%; skutek był też najwidoczniejszy. Ponieważ tedy w stosunku do poprzednich otrzymała ta chora podwójną dawkę, możnaby więc u ludzi dorosłych bez wad organicznych stosować wstrzykiwania w większej ilości do 300 lub 400 grm. 2% rozczynu w celu wywołania widocznego skutku.

Piśmiennictwo.

A. Dastre et N. Floresco: Sur l'action coagulante de la gélatine sur le sang (*G. R. Societe de Biologie* 29 Fevrier 1896). — 2) Lancereaux et Paulesco: Du traitement des anévrismes par des injections sous-cutanees d'une solution gélatineux. (*Bull. de l'Academie de Médicine de Paris 1897*). — 3) Lancereaux et Paulesco: Nouvelle methode du traitement des anévrismes. (*Journal de Médicine 1898*. 1. Octobre. — 4) Camus et Gley: A propos de l'action coagulante de la gelatine sur le sang. (*Comp. rend. d. l. Soc. d. Biologie 1898* Nr. 35). 5) Teofil Zalewski: Wpływ wstrzykiwań peptonu do żyły. (*Akademia umiejętności, Kraków, 1897*).

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika w Krakowie.

O leczeniu chirurgicznem puchliny jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby (*Cirrhosis hepatis*).

Podał

Docent chirurgii Dr. Aleksander Bossowski

kierownik oddziału.

(Dokończenie).

Po pojawieniu się pierwszej wzmianki o wyżej przytoczonym przypadku Delagéniéra, postanowiłem u chorej z wybitną marskością wątroby, leczonej w szpitalu św. Ludwika, u której znaczna puchlina brzuszna w ilości 8 litrów usunięta w lipcu przez nakłócie, wkrótce ponownie się rozwinęła, wykonać laparatomię i cholecystostomię, naśladując wiernie postępowanie obrane przez Delagéniéra.

Przypadek mój dotyczył dziewczynki E. S., lat 10 liczącej, której dzieje choroby są następne:

Wywiady wskazują, że do 9-go roku życia była zupełnie zdrowa. Przed rokiem zauważono, że obwód brzucha wzrasta z każdym niemal dniem więcej. Od czasu do czasu zatrzymywał się mocz i stolec; uczucie duszności i brak apetytu trwają od kilku miesięcy. Rodzice dziecka zmarli na gruźlicę.

Stan obecny: d. 7. IV 1898. Budowa i odżywienie miernie dobre. Ciężar 29 kilogr. Narządy klatki piersiowej nie wykazują zmian. Brzuch silnie wzdęty mierzy w największym odwodzie 87 ctm. Skóra brzucha mocno napięta, połyskująca, okazuje liczne, porozszerzane żyły, przebiegające od pachwin do dolnych odcinków klatki piersiowej. Pępek wypuklony w guz wielkości jabłka, którego zawartość stanowi płyn i jelito, dające się łatwo odprowadzić do jamy brzusznej. Przy obmacaniu czuje się wyraźne chełbotanie w całym brzuchu. Wątroba rozmiarów dużych, brzeg jej twardy sięga na 4 palce niżej łuku żebrowego i przechodzi 5 ctm. po za linię środkową. Żółtaczki niema. Stłumienie wypukowe śledziony powiększone. Mocz i kał nie okazują zmian, barwa ich prawidłowa. Ilość moczu na dobę waha się między 650 a 930 sz. c. Ciepłota ciała prawidłowa.

Po bezskutecznem leczeniu wewnętrznem przy podawaniu kalomelu i diuretyny, po których to środkach 24 godzinna ilość moczu zwiększyła się do 1000—1200 sz. c., przy czem waga ciała utrzymywała się na tej samej wysokości, a obwód brzucha bardzo nieznacznie się pomniejszył, wobec znacznej sinicy na twarzy i utrudnionego oddechu, wykonałem d. 27 lipca nakłócie w linii środkowej, poniżej pępka, po którem wypłynęło około 8 litrów płynu opalizującego, lekko-mętnego, o ciężarze gatunkowym 1·012 i zawartości białka 2·5 *pro mille*. Z chwilą opróżnienia jamy brzusznej z przesączyny sinica twarzy ustąpiła, a badanie, obecnie ułatwione, wykazało wątrobę znacznie powiększoną, o brzegu zaokrąglonym, twardym, śledzionę również powiększoną, macalną.

Rychło jednak zauważono ponowne gromadzenie się przesączyny w jamie brzusznej, tak, że w dwa miesiące po nakłóciu obwód brzucha przez pępek wynosił 90 ctm. i dawne zaburzenia u chorej się ponowiły. To też chorą, leczoną dotąd w oddziale wewnętrznym szpitala św. Ludwika, przeniesiono do oddziału chirurgicznego, gdzie d. 29. IX. 1898 wykonałem laparotomię i typową cholecystostomię cięciem po stronie prawej brzucha na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Otrzewna ścienna okazała się gładką i lśniącą, powłoka wątroby gruba i biaława. Worek żółciowy o ścianach znacznie zgrubiałych połączony był z okrężnicą poprzeczną silnymi zrostami, które podwiązano i przecięto. Po otwarciu worka wydobyła się z niego skąpa ilość cieczy śluzowej, ciągnącej się, blado-żółto zabarwionej. Z jamy brzusznej odpłynęła obfita ilość przesączyny, mającej te same cechy, jak przy nakłóciu, wykonanem przed 2 miesiącami.

D. 6. X. Rana zgojona doraźnie. Z przetoki wydobywa się mierna ilość przeźroczystej, zielonkawo-żółtej cieczy. Żyły przebiegające po prawej stronie brzucha wyraźnie rozszerzone. Brzuch płaski, badanie nie wykazuje płynu wolnego w jamie brzusznej.

W następnych tygodniach obwód brzucha zwolna począł wzrastać, tak, że w listopadzie wymiar przez pępek wynosił 74 ctm. W tym czasie chora zapadła na ospiankę i przeniesiona została do oddziału zakaźnego, skąd w połowie grudnia wróciła do oddziału chirurgicznego. Dokonywane od czasu do czasu pomiary świadczyły o statecznem, chociaż powolnem, zwiększaniu się puchliny brzusznej, przyczem jednak wyglądanie chorej i trawienie były dobre, stolce prawidłowe pod względem ubarwienia i zbitości. Sinicy na twarzy brak. Z przetoki woreczka żółciowego wypływała stale żółć w miernych ilościach, ciemniej lub jasno-żółto-zielono zabarwiona.

3. III. 1899, a zatem po upływie przeszło 5 miesięcy od wykonania laparotomii, przy wymiarze brzucha w obwodzie największym 86 ctm., wykonano nakłócie, poczem odpłynęło około 5 litrów cieczy przesączynowej, a pomiary brzucha, podjęte bezpośrednio po zupełnem opróżnieniu jamy brzusznej, wykazały największy obwód brzucha 67·5 ctm. Wątroba wielka, o brzegu twardym, sięga na 4 palce niżej łuku żebrowego.

Okres wolny od puchliny brzusznej był krótki, niebawem bowiem płyn wolny w jamie brzusznej zbierał się ponownie, tak, że w czerwcu 1899 r. największy obwód brzucha mierzył 80 ctm.

20. VI. 1899 r. Wypuszczono zapomocą nakłócia 3900 sz. c. płynu z jamy brzusznej.

Zważywszy, że w późniejszych okresach marskości wątroby gromadzenie się przesączyny jest coraz szybsze, tak, że w miarę dalszego przebiegu choroby zachodzi potrzeba coraz częstszych nakłóć, również ze względu na to, że u dzieci, jak dowodzą liczne spostrzeżenia, rozwój sprawy chorobowej jest nierównie żywszy i rokowanie tem samem znacznie gorsze, nie można zaprzeczyć, że laparotomia i przymocowanie worka żółciowego do ściany brzusznej wywarły pewien wpływ korzystny u mojej chorej.

Powtarzając wiernie zabieg Delagénièrea zanim znaną mi była praca Talmy, co dopiero właśnie ogłoszona, dodałem do laparotomii cholecystotomię, pozbyłem się jednak rychło myśli, aby założenie przetoki żółciowej miało tu jakieś swoiste znaczenie, bo pominąwszy niektóre wyjątkowe przypadki, wpływać może ona korzystnie jedynie przez wy-

tworzenie zrostów woreczka z otrzewną ścienną i przez zawieszenie wątroby, które nie jest bez wartości tam, gdzie przepływ krwi przez wątrobę jest utrudniony.

Dlaczego jednak wynik ostateczny w moim przypadku nie dorównał przypadkom pomyślnym Talmy i innych, wyjaśniają mi po części stosunki anatomo-patologiczne, jakie napotkałem u operowanej. Worek żółciowy połączony był z okrężnicą poprzeczną silnymi, zbitymi zrostami, które musiałem rozdzielić, a ściana samego worka była zgrubiała, a zatem mniej przydatna do wytworzenia takich właśnie wiotkich przyczepów, w których jedynie można oczekiwać silnego rozwoju naczyń. To też najprawdopodobniej zrosty, jakie spowodował zabieg operacyjny między workiem żółciowym a otrzewną ścienną, zrazu miękkie i dość dobrze unaczynione, z biegiem czasu zmieniły się w tkankę bliznowatą, bardzo ubogą w naczynia, a ztąd skutek operacyi, zrazu więcej obiecujący (najbliższe nakłócie w 5 miesięcy po operacyi), później został udaremniony. Że operacya nie zdołała wytworzyć należytych dróg obocznych dla odprowadzenia krwi z obszarów żyły bramnej, świadczy również ta okoliczność, iż u chorej mojej nie przyszło do rozwinięcia się sieci z wybitnie grubych żył przebiegających od blizny operacyjnej, jak to miało miejsce w przypadku Talmy. Istniejąca już przed zabiegiem operacyjnym siatka żylna w bocznych częściach brzucha uległa u mojej chorej tylko nieznacznemu rozszerzeniu, natomiast w samej skórze w pobliżu przetoki woreczka żółciowego rozwinęła się z biegiem czasu siatka, złożona z drobniutkich naczyń włosowatych.

To też, aby dojść do stanowczych wniosków w moim przypadku, zamierzam ponowić wkrótce laparotomię i sprowadzić rozległe przyczepy pomiędzy siecią wielką a otrzewną ścienną, którędy krew, wlewająca się do żyły bramnej, mogłaby znaleźć swobodne drogi oboczne. Równocześnie posłuży laparotomia do zamknięcia przetoki worka żółciowego, dotąd jeszcze czynnej.

Czy ponowny zabieg operacyjny lepszym będzie uwieńczony skutkiem, przesądzać z góry trudno; nieliczne, dotąd osiągnięte wyniki dodatnie, wprawdzie nie rozstrzygają jeszcze stanowczo, czy skutek operacyi okaże się trwały, w każdym jednak razie działają zachęcająco, zwłaszcza odkąd sprawa leczenia przesięków jamy brzusznej, dotąd obracająca się w granicach prostych niespodzianek, wynikłych z niedokończonych operacyj brzusznych, nabrała pewnej podstawy i doczekała się wytkniętego kierunku w naszem działaniu przez obmyślany z planem projekt Talmy i eksperymenta Tillmanna na zwierzętach.

Nader liczne spostrzeżenia, zebrane na rozległem polu chirurgii brzucha, przemawiają również niezbicie za tworzeniem się nowych naczyń, biegnących śladem zrostów śródotrzewnowych, a dochodzących często znacznej grubości. W przypadku, opisanym przez Freunda [12]), obok innych zrostów ogromnego włókniaka macicy z narządami brzusznymi, połączenie między guzem a lewym płatem wątroby stanowiły li tylko same naczynia żylne małego kalibru w liczbie 8, wnikające z brzegu wątroby do włókniaka, którędy krążenie krwi szukało sobie niewątpliwie dróg obocznych. Przykładów podobnych przytoczyć można wiele, a dowodzą one wymownie, zarówno jak doświadczenia Tillmanna, że właściwe cechy otrzewnej brzucha i narządów brzusznych nadają się do pośrednictwa w naprawianiu zaburzeń krążenia żylnego w narządach brzusznych.

Jeżeli ośmieliłem się w gronie Szanownych Panów omówić w krótkości poczętą dopiero sprawę leczenia przesięków jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby i przedstawić równocześnie mój przypadek, na którym znać dotychczas tylko usiłowania bez osiągnięcia wydatnego skutku, to dzieje się to jedynie w tym celu, aby zwrócić uwagę Panów na objaw chorobowy z punktu chirurgicznego do niedawna zupełnie zaniedbany, o który, według zdania samych internistów, rozbijają się bezskutecznie wszelkie środki wewnętrzne. To też pragnieniem mojem jest skłonić Panów do dalszych prób i spostrzeżeń klinicznych, bo one tylko zdołają rozwiązać nasuwające się każdemu pytanie, czy na drodze wskazanej przez Talmę, co do leczenia puchliny brzusznej w przebiegu marskości wątroby, można liczyć na zupełne lub względnie tylko korzystne wyniki.

Gdy po oddaniu powyższego artykułu do druku operowałem chorą ponownie w dniu 9 września 1899 r. według nakreślonego pierwej planu, pozwalam sobie dołączyć jeszcze krótkie sprawozdanie z przebiegu dokonanej operacyi i obecnego stanu chorej.

Zgodnie z przewidywaniem, wyrażonem poprzednio, znalazłem po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej zbite zrosty rozległe, łączące z jednej strony ścianę brzuszną z okrężnicą poprzeczną i jelitem cienkiem, z drugiej zaś strony obejmujące worek żółciowy, jelito i wątrobę tak, że dotarcie do przetoki żółciowej i oddzielenie worka żółciowego od ściany brzusznej napotykało na wielkie trudności i przeszkody. Cały płat prawy wątroby okryty szeroką warstwą twardych zrostów nie był dostępny dla oka, lewy przedstawiał te same cechy, jak przy laparotomii poprzedniej. Po utorowaniu dostatecznej drogi do przetoki worka żółciowego i obranieniu jej brzegów, zamknięto szwem otwór i zapuszczono worek żółciowy w głąb jamy brzusznej, wprowadzając także równocześnie wązki pasek gazy jodoformowej przez kanał, odpowiadający dawnej przetoce w powłokach brzusznych.

Obok zrostów szerokich i zbitych zauważono również nieliczne, cienkie postronki, składające się głównie z żył i skąpej ilości wiotkiej tkanki, które wnikały w otrzewnę ścienną tuż obok linii środkowej brzucha, a które odpowiadały rozdzielonej na strzępy sieci wielkiej, przyrośniętej częściowo do przedniej ściany brzucha, wreszcie zaś skurczonej w mały zwitek, ułożony poniżej okrężnicy poprzecznej.

Oszczędzając starannie te połączenia żylne, zdrapano skrobaczką śródbłonek otrzewnej na lewo od linii cięcia i w dolnych częściach brzucha, aby przez to wywołać zrosty między jelitami i otrzewną ścienną.

Przebieg pooperacyjny wolny był zupełnie od zaburzeń.

W dniu 12-tym zdjęto pierwszy opatrunek i znaleziono ranę środkową brzucha zgojoną przez rychłozrost. W miejscu dawnej przetoki worka żółciowego znachodził się kanał krótki, żywo ziarninujący, który w kilka dni później wypełnił się w zupełności. Wybitniejszego rozszerzenia żył skórnych w otoczeniu blizny operacyjnej nie zauważono.

W jamie brzusznej stwierdzono resztki cieczy przesączynowej, która dotąd, t. j. w trzecim tygodniu po operacyi, nie gromadzi się w znaczniejszej ilości.

Piśmiennictwo:

1) Pütz: Seltener Fall von Hydrops ascites infolge von Lebercirrhose. Deutsch. med. Woch. 1896. Vereinsbeil. Nr. 5. — 2) Hale White: The cause and prognosis of ascites etc. Guy's hospital. reports 1893. — 3) Lauenstein: Ueber die Behandlung des Ascites infolge von Lebercirrhose. Deutsch. med. Woch. 1895. Vereinsbeil. Nr. 13. — 4) Lawson Tait: The surgery of the liver. Edinb. med. Journ. 1889. — 5) Mackenrodt: Diskussion über den Vortrag von Gusserow. Centrbl. f. Gynäkol. 1892. — 6) Raymond: Hypertrophie considerable de la rate avec ascite. Centrbl. für Chir. 1893 Nr. 23. — 7) Boinet: Sur l'origine infectieuse de la cirrhose etc. Arch. génér. de méd. 1898. — 8) Delagénière: Cirrhose du foie et hépatoptose. Centrbl. für Chirurg. 1898 Nr. 30. — Talma: Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena porta. Berl. klin. Woch. 1898 Nr. 38. — 10) Tillmann: Ueber die chirurg. Behandlung des Ascites. Deutsch. med. Woch. 1899 Nr. 18. — 11) Neumann: Zur Frage der operativ. Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose: Deut. med. Woch. 1899 Nr. 26. — 12) Freund: Ueber Leber u. Gallenblasenadhäsionen bei Geschwülsten etc. Deutsch. med. Wochenschrift 1898 Nr. 18.

Z powodu artykułu Dra Rafała Spiry: „O sztucznem mechanicznem i organicznem zamknięciu stałego suchego przedziurawienia błony bębenkowej“ (Przegląd lekarski Nr. 29, 30, 31 b. r.) otrzymujemy następujące uwagi:

Pomijając tę część pracy Dra Spiry, w której autor przytacza zapatrywania różnych autorów na sprawę przez siebie poruszoną, pozwolę sobie tylko zrobić parę uwag o tej części, w której Dr. Spira wypowiada swoje własne zdanie.

Zachęcony dobrymi wynikami, jakie rozmaici lekarze spostrzegali w przypadkach „stałego suchego przedziurawienia“ bębenka, po przyżeganiu brzegów otworu rozczynem kwasu trójchlorooctowego, zastósował autor ten sposób leczenia w podobnych przypadkach swej praktyki prywatnej, wrzekomo również z dobrym wynikiem. Twierdzi przytem Dr. Spira, że widział dodatnie wyniki po zastósowaniu rozczynu nawet stosunkowo słabego, bo 10% i przytacza historyę choroby 13-letniej dziewczyny, która to historya choroby ma być ilustracyą sposobu i wyników, osiągniętych przez autora. Dziewczynę tę badał Dr. Spira po raz pierwszy 1 października; stwierdził przewlekłe ropienie ucha środkowego, które pod wpływem leczenia ustąpiło tak, że 18-go października ucho było „suche“. Tego też samego dnia autor rozpoczął przyżeganie otworu w bębenku kwasem trójchlorooctowym, a 18 grudnia otwór już zarósł zupełnie.

Przedewszystkiem, co to jest „stałe suche przedziurawienie“ bębenka? Pod nazwą tą otyatrzy rozumieją przedziurawienie błony bębenkowej, pozostałe po przewlekłem ropieniu ucha środkowego, które w ciągu dłuższego czasu nie okazuje żadnej skłonności do zmniejszania się. Brzegi takiego przedziurawienia, pozostałego po przewlekłem ropieniu ucha środkowego, są często łącznotkankowo zgrubiałe, lub nawet zwapniałe. Politzer uważa za przyczynę niezarastania takiego przedziurawienia pokrycie się jego brzegów naskórkiem. Prawidłowy i zwykły przebieg przewlekłego ropienia ucha środkowego jest ten, że najprzód ustaje ropienie i dopiero po ustąpieniu jego zaczyna się zabliźnianie otworu w bębenku. Tego nas uczy codzienne spostrzeganie kliniczne. Zdarza się także, że jeszcze podczas trwania ropienia, w ostatnich jego okresach, otwór w bębenku zaczyna się zmniejszać; nie jest to jednak regułą i z braku tego zjawiska nie możemy wnioskować, że otwór w danym przypadku nie zabliźni się samoistnie po ustąpieniu ropienia w uchu środkowem. By otwór w bębenku zarósł zupełnie, potrzeba zawsze na to pewnego krótszego lub dłuższego czasu od ustąpienia zupełnego ropienia. Z powodu tego, że „stałe suche przedziurawienie“ bębenka jest pozostałością po przewlekłem ropieniu ucha środkowego, przeto pierwszym warunkiem byśmy o takiem mówić mogli, jest zupełne ustąpienie ropienia. Warunek ten w podanym przez Dra Spirę przypadku ma miejsce. Drugim warunkiem jest stwierdzenie przez trwające dłuższy czas spostrzeganie, że przedziurawienie, pomimo ustąpienia wszelkich objawów zapalnych, nie ma najmniejszej skłonności do zmniejszania się. Warunku tego w podanym przez autora przypadku niema. Tak więc dopiero po pewnym czasie i po zupełnem ustąpieniu ropienia, w którym to przeciągu czasu stwierdziliśmy, że otwór w bębenku nie zmniejsza się, jesteśmy w możności postawić rozpoznanie „stałego suchego przedziurawienia“, nigdy jednak nie uważamy za „stałe suche przedziurawienie“ tego przedziurawienia, które widzimy w dniu ustania ropienia, gdyż w dniu tym możemy tylko powiedzieć, że otwór w bębenku albo zamknie się, co następuje w większości przypadków, lub też pozostanie stale, co zdarza się w mniejszości przypadków. Więcej powiedzieć nie jesteśmy w stanie. Tymczasem Dr. Spira w opisanym przez siebie przypadku mówi o „stałem suchem przedziurawieniu“. Przypadek ten aż do chwili, w której autor zaczął pocierać rozczynem kwasu trójchlorooctowego brzegi otworu w bębenku nie przedstawiał najmniejszych zboczeń od zwykłego prawidłowego przebiegu. Dlatego spodziewać się można było, że sprawa zabliźniania otworu zaczęłaby się samoistnie w dniu 18 października lub cokolwiek później i 10 listopada możnaby było stwierdzić takie same, lub może nawet znaczniejsze, zmniejszenie się otworu. Utrzymywać coś przeciwnego nie mamy podstawy. Prawdopodobnie w ten sposób możemy sobie objaśnić ten wrzekomo dodatni wpływ tak słabego odczynnika, jakim jest 10% kwas trójchlorooctowy. Skłonny jestem nawet twierdzić, że w przytoczonym przypadku otwór w bębenku zarósł pomimo pocierania brzegów jego rozczynem kwasu trójchlorooctowego. Tak więc, na podstawie danych, przeze mnie przytoczonych, przypadek podany przez autora nie jest „stałem suchem przedziurawieniem“ bębenka i nie wykazuje nam zbawiennego wpływu kwasu trójchlorooctowego na sprawę zabliźnienia się otworu w tym przypadku, bo autor nie udowodnił, że otwór ten samoistnie nie zarósłby, lub zarastałby wolniej, a najmniej już udowadnia nam wpływ leczenia na sprawę zabliźniania się „suchego stałego przedziurawienia“ bębenka, choćby z tej prostej przyczyny, że przytoczony przypadek nie jest „stałem suchem przedziurawieniem“.

Szkoda, że Dr. Spira nie przytoczył innych historyj chorób, możeby inne były więcej przekonywujące, bo przytoczona może nas najwyżej pouczyć, że przypadek ten był podobny do tylu innych i że nie okazywał żadnych cech, któreby robiły użycie kwasu trójchlorooctowego koniecznem, lub tylko pożądanem. Na zasadzie przytoczonej historyi skłonny jestem twierdzić, że autor najniepotrzebniej wmięszał się w sprawę gojenia się, jeżeli nie szkodząc nawet wprost, to najprawdopodobniej nie przyśpieszając bynajmniej zarośnięcia otworu. Dalej — przytoczona przez autora historya wskazuje nam, że autor jest w niezgodzie z pojęciem ogółu otyatrów o istocie „stałego suchego przedziurawienia“ bębenka. Obraz, jaki przedstawiało ucho 18 października w danym przypadku, nazwie otyatra „suchem przedziurawieniem“, lecz nie „stałem“. Kwas trójchlorooctowy był polecony przeciwko temu ostatniemu; pierwsze nie potrzebuje żadnej specyalnej terapii. W każdym przypadku, po ustąpieniu ropienia ucha środkowego, mamy początkowo do czynienia z „suchem przedziurawieniem“ bębenka, które w większości przypadków zarasta w ciągu pewnego czasu, lub też w ciągu dłuższego czasu nie zarasta i wtedy dopiero przedziurawienie takie nazywamy „stałem suchem“.

Dalej czytamy: „Poprawę słuchu zauważa się szczególnie tam, gdzie przynajmniej część kostek słuchowych jest utrzymana; tam zaś, gdzie wszystkich kostek brak, poprawy słuchu zwykle niema“......

W ustępie przytoczonym autor mówi o warunkach, w jakich można się spodziewać poprawy słuchu przy zarośnięciu otworu w bębenku; utrzymuje on, że można się spodziewać poprawy słuchu szczególnie tam, gdzie przynajmniej część kostek słuchowych jest utrzymana. Musimy to tak rozumieć, że autor ma na myśli takie przypadki, gdy np. utrzymany jest młoteczek i strzemiączko, a brak kowadełka, lub np. brak młoteczka, a utrzymane jest kowadełko i strze-

miączko, albo wreszcie utrzymany jest młoteczek i kowadełko, a brak strzemiączka. W końcu do tych przypadków należeć będą i te, w których brak dwóch kostek słuchowych, a utrzymana jedna.

Czy autor rzeczywiście wierzy, że w którejkolwiek z przytoczonych kombinacyj, lub że wogóle, w braku którejkolwiek kosteczki słuchowej bębenek może choć względnie należycie spełniać czynność słuchową i że, co za tem idzie, zarośnięcie otworu w nim będzie miało dodatni wpływ na polepszenie słuchu? Jak sobie autor wyobraża czynność słuchową bębenka, jeżeli łańcuch kosteczek, łączący go z błędnikiem, jest przerwany, lub nawet któregoś ogniwa brakuje? Jest to niezbitą fizyologiczną prawdą, że bębenek spełnia swą fizyologiczną czynność słuchową tylko wtedy, jeżeli połączenie jego z okienkiem owalnem jest nienaruszone, czego niema w razie braku którejkolwiek kosteczki. Boć przecież cały ten narząd kosteczek wraz z bębenkiem jest na to, by fale dźwięku z większą siłą przenieść na płytkę strzemiączka, względnie na płyn *scalae vestibuli*, niż na błonę okienka okrągłego, względnie na płyn *scalae tympani*. To zaś wywołuje ruch płynu w błędniku od okienka owalnego ku okienku okrągłemu, ruch, który jest niezbędny do prawidłowej czynności zakończeń nerwu słuchowego. Wiadomem jest dowodzenie Helmholtza, przyjęte przez świat naukowy, że cały ten narząd działa na zasadzie dźwigni nierównoramiennej i właśnie ta nierównoramienność dźwigni pozwala fale dźwięku przenieść z większą siłą na płytkę strzemiączka. Oczywista rzecz, by dźwignia była „dźwignią", musi być całą. Jeżeli dźwignię złamiemy, lub część jej wyłamiemy, przestaje być „dźwignią". Dlatego twierdzenie autora, że poprawa słuchu będzie i tam, gdzie tylko część kostek słuchowych jest utrzymana, sprzeciwia się podstawom fizyologii słuchu. Zarośnięcie otworu w bębenku w tych razach co najwyżej będzie przeszkadzać przedostaniu się fal do błędnika, a w każdym razie nie będzie go ułatwiać. Rozumowanie to potwierdzają w zupełności spostrzeżenia, jakie robiono w przypadkach wycięcia bębenka z młoteczkiem lub też i z kowadełkiem. Wiadomą jest rzeczą, że często w miejscu wyciętego bębenka odrasta błona, mniej lub więcej zbliżona swoją budową do bębenka. W tych więc przypadkach będziemy mieli stosunki podobne, można nawet niemal powiedzieć identyczne z tymi, w których kosteczki wyropiały, a otwór w bębenku zarósł. Otóż w razie takiego „odrośnięcia bębenka", jak powszechnie zjawisko to nazywają, słuch w najlepszym razie pozostaje bez zmiany, często się pogarsza. Pouczające są trzy przypadki Lucaego, w których autor ten wyciął bębenek wraz z dwoma dużemi kosteczkami, z powodu t. z. sklerozy. Po wycięciu otrzymał pewną poprawę słuchu, która zmniejszyła się po „odrośnięciu bębenka" i znów doszła do pierwotnej siły, gdy Lucae „nowoutworzony bębenek" wyciął. Te przypadki są jakby doświadczeniem fizyologicznem, potwierdzającem jeszcze raz ogólne zdanie, że bębenek, względnie błona go zastępująca, traci swą wartość słuchową, jeżeli się nie znajduje z jakiejkolwiek przyczyny w związku z błędnikiem. Jeżeli zaś Dr. Spira rzeczywiście ma przypadki, w których, w podobnych warunkach, po zarośnięciu otworu czy samoistnem, czy sztucznem, nastąpiło polepszenie słuchu, to dwa te zjawiska możemy uważać tylko za równoczesne, lecz nigdy za zależne od siebie.

Dr. Teofil Zalewski (Wiedeń).

Na uwagi Dra T. Zalewskiego nadesłał Dr. Spira następującą odpowiedź:

Pierwszym warunkiem wszelkiej rzetelnej krytyki jest przedmiotowość i rzeczowość, a celem — bronienie prawdy naukowej. Owoż nie wszystkie uwagi Dra Zalewskiego odpowiadają tym warunkom i temu celowi. Pewne wyrazy, jak: „niby", „jakoby", „zdaje się" etc. zdradzają pewne powątpiewanie w *bona fides* autora i nie zgadzają się z tonem i stylem czysto naukowej polemiki.

Na pierwszy zarzut, podniesiony w „Uwagach", a dotyczący braku stałości suchego przedziurawienia w moim przypadku, odpowiadam, że 1) mówiłem o stałem, suchem przedziurawieniu, a nie o stałem i stale suchem przedziurawieniu. 2) W przypadku przytoczonym istniało ropienie od dłuższego czasu z przerwami kilkotygodniowemi, podczas których ucho było suche. Otóż pojęcie o stałości suchego przedziurawienia jest względne i może być sprzecznie rozumiane. Mojem zdaniem stałość suchego przedziurawienia nie wyklucza bynajmniej możliwości pojawienia się czasowo wydzieliny w uchu, pod wpływem pewnych szkodliwości zewnętrznych. 3) Rozporządzam także przypadkami wyleczonymi tą metodą, w których suchość przedziurawienia, jako stała, przez dłuższy czas była stwierdzoną; przytoczyłem jednak ten przypadek z tego powodu, że zdaje mi się, jest on szczególnie godnym uwagi ze względu na rozległość ubytku i na tak szybki i tak słabym roztworem osiągnięty zupełny skutek. 4) W kazuistyce Biehla, Barnicka i in. znajdzie kol. Z. dokładniejsze historye choroby z kilka lat trwającem stale suchem przedziurawieniem, a nawet z brzegami zgrubiałymi i ze złogami wapna w błonie bębenkowej (jak np. w przypadkach 8, 9 i 11 Barnicka), które to przedziurawienia za pomocą kwasu trójchlorooctowego w krótkim czasie zupełnie zarosły; Gomperz także podaje, że osiągnął najświetniejsze skutki za pomocą tego środka, właśnie w przypadkach, w których brzegi otworu były już zrosły ze ścianą błędnika tak, że synechotomem musiał naprzód uwolnić brzegi, a potem dopiero je przyżegać. 5) Całkiem mylnem jest zdanie kol. Z., jakoby środek ten polecono tylko przeciw stale suchym przedziurawieniom: rzecz ma się zupełnie przeciwnie; piśmiennictwo kazuistyczne przytacza sporo przypadków, leczonych tym środkiem, w których właśnie, w chwili rozpoczęcia leczenia, sprawa ropienia zaledwo co ustała. I tak np. w 10-tym przypadku Barnicka „ucho suche od końca lutego tak, że 1 marca wykonano pierwsze przyżeganie" (*Archiv für Ohrenh.* tom 42, str. 273) i w licznych innych przypadkach wielu autorów; a nawet wielu otyatrów poleca używanie tego leku podczas toczącej się jeszcze sprawy ropienia, o czem kol. Z. mógłby się był przekonać, gdyby więcej zwrócił uwagi choćby tylko na tytuły przytoczonych przeze mnie prac, jak Okuneffa, Levyego, Szenesa (*Przegl. lek.* str. 424) i in.), oraz gdyby był gruntowniej poinformował się w odnośnej literaturze. 6) Żeby takie, prawie całą błonę bębenkową obejmujące przedziurawienie, będące wynikiem długoletniego ropienia, jak w moim przypadku, mogło dobrowolnie zarosnąć w tak krótkim czasie, jest to przypuszczenie, sprzeciwiające się doświadczeniu klinicznemu, a chyba już żaden doświadczony otyatra nie odważyłby się twierdzić, że w moim przypadku zarośnięcie ubytku nastąpiło „mimo" używania kwasu trójchlorooctowego. W całem dostępnem mi piśmiennictwie nie napotkałem żadnej wzmianki o szkodliwości tego leku, oczywiście ostrożnie używanego, z wyjątkiem jednego wspomnianego w mojej rozprawie przypadku Biehla. Natomiast wszyscy bez wyjątku przytoczeni przeze mnie autorowie wyrażają się mniej lub więcej entuzyastycznie o skuteczności tego środka w leczeniu stałych przedziurawień błony bębenkowej. Dodać wypada, że w moim przypadku dawniej ropienie co parę tygodni się wznawiało, od czasu zaś leczenia błona od kilku miesięcy zarośnięta i ucho suche.

Sądzę, że nie należy zaprzeczać faktów podanych, jeżeli się nie jest w posiadaniu spostrzeżeń z wynikiem wręcz przeciwnym i względnie ujemnym.

Drugi zarzut dotyczy mego twierdzenia o poprawie słuchu po zarośnięciu przedziurawienia błony bębenkowej. Twierdzenie to zasadza się na doświadczeniu, które można obalić tylko spostrzeżeniami przeciwnemi, a nie teoryą. Wszelka teorya ma wartość o tyle tylko, o ile się zgadza z doświadczeniem. Teoryom, przytoczonym przez kol. Z. nie trudnoby było przeciwstawić inne teorye, jak Toynbeego, Bertholda i in., nad któremi tu rowodzić się nie mogę

i o których autor „Uwag“ może się poinformować w każdym większym podręczniku. Mniejsza jednak o to. Słabej strony wszystkich tych teoryj najdobitniej dowodzi fakt, że nie zawsze jesteśmy w stanie tłómaczyć, dlaczego raz po ustaniu ropienia nawet ostrego i zarośnięciu przedziurawienia słuch się pogarsza, innym razem znowu się poprawia i że nie w każdym przypadku przedziurawienia możemy *à priori* z wszelką kategoryczną pewnością przepowiedzieć, czy zamknięcie ubytku w danym razie pociągnie za sobą poprawę, czy też pogorszenie słuchu. Z tego też powodu z naciskiem zwróciłem uwagę na wskazanie, aby w każdym podobnym przypadku, przed przystąpieniem do tego leczenia, przekonać się najprzód o wpływie zatkania ubytku na słuch przez chwilowe założenie sztucznego bębenka. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Bourges. **Oczyszczanie wody do picia zapomocą kwasu podchlorawego.** *(La Semaine médicale,* 1899, Nr. 31). Ażeby zapewnić mieszkańcom większych miast zdrową wodę do picia, znano dotychczas dwa tylko sposoby; t. j. albo sprowadzanie wody z natury już czystej, lub oczyszczanie jej zapomocą przesączania na wielką skalę (filtry piaskowe). Próby oczyszczania wody zapomocą środków chemicznych dopiero w ostatnich czasach weszły na drogę, pozwalającą spodziewać się praktycznych rezultatów. Zastósowano więc naprzód do tego celu ozon; obecnie pojawiła się myśl zużytkowania do tego celu kwasu podchlorawego. Sprawozdanie o tym sposobie składał 17 lipca b. r. Radzie higienicznej francuskiej *(Comité consultatif d'hygiène publique en France),* Dr. Ogier, dyrektor pracowni toksykologicznej w Paryżu, który na podstawie rozległych doświadczeń chemicznych i bakteryologicznych sposób ten jak najgoręcej zalecił; Rada wnioski jego przyjęła. Kwas podchlorawy, rozkładając się nader łatwo w obecności związków organicznych i należąc do ciał silnie utleniających, posiada zarazem znakomite własności odkażające. Wynalezienie sposobu, pozwalającego użyć kwasu podchlorawego do oczyszczania wody na wielką skalę, jest zasługą dwóch Brukselczyków, nazwiskiem Bergé. Ponieważ kwas podchlorawy, wytwarzający się najłatwiej przez działanie chloranu potasowego na kwas siarkowy, jest w stanie gazowym niebezpiecznym środkiem wybuchającym, przeto do celów technologicznych podali B. użycie wodnego roztworu kwasu podchlorawego, a zarazem zalecili, aby do wytwarzania tego kwasu używać kwasu siarkowego rozcieńczonego i oziębionego. Warunkiem oczyszczenia wody przez kwas podchlorawy jest jego nadmiar, objawiający się lekkiem żółtawem zabarwieniem, a łatwy do stwierdzenia także zapomocą bardzo prostej próby chemicznej. (Skrobia zmięszana z jodkiem potasu barwi się na niebiesko w obecności kwasu podchlorawego wskutek uwalniania się wolnego jodu). Oprócz niebezpieczeństwa wybuchu, które sposób B. zupełnie usuwa, przedstawia kwas podchlorawy inną niedogodność, mianowicie woda, która go zawiera, posiada przykrą woń i smak, niezdatną jest do użytku, a może i nieobojętną dla ustroju. Zazwyczaj części organiczne, zawarte w zanieczyszczonej wodzie, wywołują zupełny rozkład kwasu podchlorawego, na co, co prawda, potrzeba pewnego czasu. Gdyby jednak w wodzie, przeznaczonej do picia, pozostało jeszcze nieco kwasu, wówczas łatwo ją od niego uwolnić, przepuszczając za wskazówką B. przez koks. Po tem wszystkiem wzmaga się w wodzie ilość chlorków, jednakże tak niewiele, że w praktyce niema to znaczenia. Co do działania odkażającego kwasu podchlorawego na wodę, zanieczyszczoną drobnoustrojami, to oczywiście zależeć ono będzie od tego, czy ilość kwasu proporcyonalną będzie do stopnia zanieczyszczenia wody i czy na oczyszczenie pozostawi się dość czasu. Doświadczenia Ogiera wykazały, że woda względnie często zanieczyszczona staje się jałową w czasie bardzo krótkim już przy działaniu 0·0008 kwasu podchlorawego na litr wody. Wody silnie zanieczyszczone wymagają oczywiście większych ilości kwasu i dłuższego czasu na oczyszczenie, ale i tu wystarcza 0·0025—0·003 kwasu na litr wody, zwłaszcza, jeżeli wodę z grubsza przesączy się przez piasek. Doświadczenia Ogiera i van Pégo wykazały, że w tych warunkach giną prątki wąglikowe, durowe i okrężnicowe. Nowy ten sposób oczyszczania wody wprowadzono już w życie w Ostendzie i w Middelkerke. Zdaniem Ogiera, sposób ten nie jest zbyt drogi. 3 gramy chloranu potasowego z nieznaczną ilością kwasu siarkowego dają 1 grm. kwasu podchlorawego — ilość, wystarczająca do oczyszczenia 1 m³. wody miernie zanieczyszczonej. Warunkiem użycia nowego sposobu jest jednak: nie za wielkie zanieczyszczenie wody, dostósowanie ilości kwasu podchlorawego do stopnia zanieczyszczenia wody i uwolnienie jej od kwasu podchlorawego przed oddaniem do użytku. *Z.*

Stadelmann. **O sporadycznem i nagminnem ropnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych.** *(Deutsche med. Wochens.* Nr. 29, 1899). Po lekkim urazie w głowę przed trzema tygodniami wystąpiło u 26-letniego mężczyzny zapalenie opon mózgowordzeniowych, z początku przebiegające podobnie, jak gruźlicze, później jednak rozpoznane na zasadzie cech klinicznych i nakłócia lędźwiowego, jako ropne. S. uważa ten przypadek za samoistny, nie przypisując doznanemu urazowi większej roli. Badanie bakteryologiczne wykryło nieopisane jeszcze krótkie, grube, wielopostaciowe prątki, nie barwiące się sposobem Grama, mało jadowite dla zwierząt, a odznaczające się bardzo powolnym rozwojem. (Hodowle wychodziły dopiero po ośmiu dniach). — Ciekawych szczegółów dostarczyło czterokrotne nakłócie lędźwiowe, gdyż potwierdziło ono teoretyczne przypuszczenie o sposobie ustępowania sprawy zapalnej opon; mianowicie ciałka ropne ulegają zwolna rozpadowi i wessaniu, a płyn mózgowordzeniowy w miarę powrotu opon do stanu prawidłowego coraz więcej się wyjaśnia. — Przypadek S., acz bardzo ciężki (oddech nieregularny, sinica, niemiarowość tętna i t. d.) zakończył się wyzdrowieniem, co S. przypisuje bardzo silnej budowie chorego, a względnie małej jadowitości chorobotwórczych bakteryj, w żadnym zaś razie nie odnosi tego wyniku do zastosowanego leczenia, względnie do nakłóć lędźwiowych. — Rozpatrzywszy krytycznie piśmiennictwo dochodzi S. do wniosku, 1) że w nagminnem zapaleniu opon mózgowordzeniowych odgrywają rolę przyczynową Fränklowskie dwoinki zapalenia płuc, najczęściej same, niekiedy w połączeniu z *meningococcus intracellularis* Weichselbauma; 2) że ten drugi drobnoustrój spotyka się także przy innych, nie nagminnych, postaciach zapalenia opon, że jest jeszcze mało zbadany, że więc jednem słowem nie można go uważać za swoistą i wyłączną przyczynę postaci nagminnych zapalenia opon, a ze znalezienia jego w płynie mózgowordzeniowym, wydobytym przez nakłócie lędźwiowe, nie wolno jeszcze z całą stanowczością rozpoznawać nagminnego zapalenia opon. (Nagminne zapalenie opon zalicza się do chorób zakaźnych, objętych przepisami o donoszeniu władzom). *Z.*

Georgii: **O wlewaniach podskórnych i ich zastósowaniu w praktyce lekarskiej.** *(Münch. med. Wochenschrift* 1899. Nr. 29). Podskórne wlewania fizyologicznego roztworu soli mało się dotąd rozpowszechniły, choć wcale na pomijanie nie zasługują. Działanie ich występuje mniej więcej o kwadrans później od działania wlewań do żył, natomiast dają się one o wiele łatwiej zastósować bez użycia złożonych przyrządów. Wskazane są przedewszystkiem w ostrej niedokrewności wskutek krwotoku, zwłaszcza po porodzie i tu nietylko oddają wyborne usługi, ale nieraz wprost ratują życie chorych. Podobno przemijający wpływ wywierają także w posocznicy. Oprócz przypadków chirurgicznych i położniczych (krwotoki) znajdują wlewania podskórne zastósowanie także w chorobach wewnętrznych (biegunki, otrucia, — dla ukojenia pragnienia w moczówce, w przypadkach potów rozpływnych u suchotników, — w końcu zaliczyćby tu należało wlewania do odbytnicy w przypadkach zwężeń rakowych

odźwiernika). Z pomiędzy otruć zauważono korzystny wpływ wlewań podskórnych w otruciach: strychniną, tlenkiem węgla, chloranem potasowym, fosforem, chloroformem, jodoformem, arsenem i nitrobenzolem. Przed wlewaniem można w tych razach upuścić krew z żyły. Próbowano wreszcie wlewań podskórnych w drgawkach porodowych *(eclampsia)* i w niektórych zakażeniach, lecz z wynikiem wątpliwym. Przyrząd do wlewania jest bardzo prosty, składa się tylko z irygatora (zbiornika), z węża kauczukowego i igły; wlewany płyn powinien zostawać pod ciśnieniem 2 m. słupa cieczy, mieć ciepłotę 40°, być starannie przecedzony i wyjałowiony; a sam zabieg odbywać się powinien przy starannem przestrzeganiu zasad aseptyki. Wstrzykiwać można podskórnie lub do mięśni, wbijając igłę na 5—7 cm. głęboko w okolicę pośladkową. W miernych krwotokach wystarczy wstrzyknąć 50—100 cm³. płynu, w większych trzeba 800—1000 cm³., jednakże ilość tę należy wstrzykiwać nie naraz, ale częściami; u osesków wystarcza 20—50 cm³. płynu. Po wstrzyknięciu należy na miejsce wstrzyknięcia zastosować miesienie i ukłócie zaopatrzyć aseptycznie; w ciężkich przypadkach należy obok wlewań podskórnych zastosować środki podniecające.

Z.

Rosenblatt. **O wykazywaniu prątka gruźliczego w kale.** *(Centralblatt für innere Medicin* 1899, Nr. 29). W przypadkach biegunek u suchotników wykrycie prątka gruźliczego w stolcach, które, zdaniem R., dowodziłoby stanowczo istnienia wrzodów gruźliczych w jelitach, jest niezmiernie trudne, gdyż niezbyt wielka ilość prątków rozdziela się na wielką ilość płynnych wypróżnień. R. poleca w takich razach podawać chorym nastój makowca aż do osiągnięcia stolców zupełnie zbitych, a następnie badać samą tylko powierzchnię grudek kału, w danym razie przyczepione do niej strzępki śluzoworopne. Wówczas łatwo wykrywa się prątki gruźlicze, ponieważ twarde grudy kału mechanicznie je ze sobą zabierają z powierzchni owrzodzeń jelitowych. *Z.*

Pick. **O stosunku napadów padaczkowych do snu.** *(Wiener medic. Wochenschr.* 1899, Nr. 30). Nocne napady padaczkowe zdarzają się prawie dwa razy częściej od napadów dziennych. Większa znów część tych nocnych napadów pojawia się albo wkrótce po zaśnięciu, albo wnet przed obudzeniem, a zatem właśnie w tym czasie, w którym sen bywa najgłębszy. Badania zapomocą pletyzmografu wykazały, że w chwili, gdy sen staje się głębszy, zmniejsza się ilość krwi, krążącej w mózgu, a zmniejszenie to dochodzi do szczytu równocześnie z największą głębokością snu. Wobec tego wypowiada P. przypuszczenie, że pojawianie się napadów padaczkowych stać może w jakimś szczególnym, dotąd bliżej nieznanym związku z ową zmianą stosunków krążenia mózgowego. *Z.*

Schmidt. **Przyczynki do patologii obwodowych nerwów w gruźlicy płuc ze szczególnem uwzględnieniem akroparestezyj.** *(Wiener klin. Wochenschr.* 1899, Nr. 27, 28, 29). Wnioski, do jakich dochodzi S. na podstawie licznych spostrzeżeń, są następujące: Z gruźlicą płuc pozostają w związku pewne określone zaburzenia w obwodowym układzie nerwowym, które są albo skutkiem miejscowego, najczęściej mechanicznego wpływu sprawy gruźliczej w płucach (jak np. w splocie barkowym, nn. międzyżebrowych i t. p.), lub też są następstwem wpływów toksycznych, działających na cały ustrój. Ze spraw, wywołanych wpływem miejscowym, zasługuje na uwagę klinicystów jednostronny ból splotu ramieniowego za uciskiem, jakoteż często z tem połączone parestezye po tej samej stronie; objawy te mogą mieć wcale doniosłe znaczenie pomocnicze w rozpoznawaniu wczesnej gruźlicy, a występują zawsze po stronie najpierw zajętego szczytu płuca. W niektórych akroparestezyach zdaje się gruźlica grać rolę przyczynową; te postacie akroparestezyj odznaczają się swoją częstością u suchotników płci męskiej, częstem powstawaniem równocześnie z ostremi sprawami nieżytowemi w płucach, sadowieniem się po jednej tylko stronie ciała, oraz występowaniem równoczesnem jednostronnego i równoimiennego bólu splotu ramieniowego za uciskiem, wreszcie równoległością z objawami, tak swoistymi dla gruźlicy, jak poty rozpływne, wieczorne gorączki itp. *Z.*

Arloing: **O trujących własnościach potu zdrowych ludzi.** *(Journ. de Phys. et de Pathol. gén.* Tom I, Nr. 2). Wyniki badań A., prowadzonych od trzech lat, są następujące: Pot ludzi zdrowych posiada zawsze własności trujące. Stopień siły trującej potu zależy od stosunków wypacania. Pot, powstający podczas pracy fizycznej, jest silniej trujący, niż pot, wywołany sztucznie przez kąpiele parowe, powietrzne i t. p. Stopień siły trującej potu stoi w prostym stosunku do natężenia pracy fizycznej; pot taki ma własność wywoływania wymiotów i silnego nawału krwi do narzadu pokarmowego. Na trujące substancye, zawarte w pocie, wrażliwsze są psy od królików i świnek morskich. Stopień siły trującej potu jest równoległy do siły trującej moczu. Wreszcie obliczył A., że gdyby pot zatrzymywał się w ustroju, to ilość jego, wytworzona w ciągu doby, zdołałaby zatruć człowieka, ważącego średnio 65 kilogramów. *Z.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

Picot zachwala przy rzeżączkowem zapaleniu przyjądrza padawanie salicylanu sodowego w dawce 1·0, 4 razy dziennie, po poprzedniem podawaniu środka przeczyszczającego i stwierdza, że salicylan sodowy działa tak, jakby był środkiem swoistym, trzeba go jednak stosować dłuższy czas. *(Thèse Par.* 1899). *F. K.*

Guajaperol *(Piperidinguajacolat)* działa według Chaplina, Tunnicliffea i Martineau nader pomyślnie w gruźlicy w dawkach 0,3—0,6 grm. dziennie, które chorzy bardzo dobrze znoszą, — powiększając łaknienie, zmniejszając poty nocne, gorączkę i kaszel, a podnosząc ciężar ciała *(W. kl. Wochens.* 1899, 27). *F. K.*

Haemolum bromatum zachwala Löwenfeld w padaczce, w dawce 2,0, 2—3 razy dziennie, zamiast alkalicznych soli bromowych, których chorzy zwykle nie znoszą. *F. K.*

Legrand używa w szpitalu paryskim „Pitié" następującej mięszaniny znieczulającej i tamującej krwotok: Rp. *Gelatin.* 2,0, *Phenol.* 0,10, *Natr. chlor., Eucaïn. mur. aa* 0,70, *Cocaïn. mur.* 0,30, *Aqu. dest. q. s. ut. f. 100 cm.* W zwykłej ciepłocie jest to masa stała, w ciepł. 20—25° C. rozpływa się i może być wstrzykiwaną. Przed wyjęciem zęba wstrzykuje L. tak na wewnętrznej, jak i zewnętrznej stronie dziąseł aż do korzenia zębowego (co jest bardzo ważnem) 1—1½ ccm. płynu. Po wyjęciu zęba, które jest prawie bezbolesne, napełnia się jama w dziąśle skrzepem włóknikowym, różowo zabarwionym i krwotok ustaje. *F. K.*

Kryofin uchodzi za nowy doskonały środek przeciwgorączkowy, używany w dawce 0,5 grm, co 4—6 godzin kilka razy dnia; ma mieć te zalety, że czyniąc tętno silniejszem i pełniejszem, obniża szybko ciepłotę, nie wywołując żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych. *(Pharm. Post.)* *F. K.*

Lycetol (przetwór piperacyny) jest proszkiem aromatycznym, łatwo rozpuszczalnym w wodzie, zmniejszającym łatwo skazę moczanową i powiększającym ilość moczu. Podaje się w dawce 1—1,5 gr. obok 1,5 gr. magnezyi w ¼ litra wody rano i wieczór. *(Pharm. Post.).* *F. K.*

Stern przypomina i zachwala używanie rtęci sposobem Welandera, zamiast wcierań. Na flaneli lub grubem płótnie 50 ctm. długiem, 40 ctm. szerokiem, rozciera się codziennie lub co kilka dni 5—8 grm. szarej maści i każe się tak przygotowany kawałek nosić choremu na piersiach, przymocowany tasiemkami. Sposób ten odznacza się prostotą, w stosunku do wcierań czystością, a w porównaniu do wstrzykiwań brakiem bolesności, — działanie zaś nie pozostawia nic do życzenia. *(Münch. med. Wochs.* 1899, 6). *F. K.*

Bovinin, składający się z krwi wolej, trochę whisky i jaja kurzego, podaje się w dawce 15—30 grm. 4—6 razy dziennie przed jedzeniem, w błednicy, niedokrwistości i w ogólnych zaburzeniach w odżywieniu. *(Pharm. Centrhal.).* *F. K.*

VI. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich, odbytego w Krakowie dnia 18—19 lipca 1899 roku.

Napisał

Dr. Stanisław Droba.

Dzień drugi Zjazdu.

(Dokończenie).

Kol. Doc. Kryński: *O wpływie przecięć krezki na żywotność jelita.*

Kryński przedstawia wyniki swych badań doświadczalnych, które wykonał na psach w krakowskim zakładzie fizyologicznym. Celem tych doświadczeń było dokładniejsze określenie wpływu, jaki wywiera na pętlę jelitową przecięcie krezki. Sprawą tą zajmowało się wielu chirurgów, a między nimi ogłosił przed kilkunastu laty badania swe prof. Rydygier; otrzymane przez niego wyniki K. potwierdzić może prawie w całości. W doświadczeniach swych dążył Kryński do możliwie dokładnego oznaczenia tych granic, w których przecięcie krezki nie wywołuje jeszcze niedających się wyrównać zaburzeń w odżywianiu ściany jelita. Źródłem odżywiania jelita są, jak wiadomo, rozgałęzienia tętnicy krezkowej *(arteriae mesenter. sup.)*, które w krezce przez podział dwudzielny i wzajemne połączenie tworzą kilka (3—5) szeregów łuków; z ostatniego z nich, leżącego najbliżej pętli jelita, wchodzą drobne gałązki wgłąb samej ściany jelitowej. Otóż z doświadczeń K. wynika, że przecięcie krezki jest tem niebezpieczniejsze, im bliżej jelita wypada i odwrotnie, czem dalej od niego przecinamy krezkę, na tem większej przestrzeni możemy to uczynić bez szkody dla żywotności ściany. Mianowicie: 1) Jeżeli przeciąć naczynia wraz z krezką przynajmniej w odległości 3 ctm. od brzegu lelita, to można pozbawić bezkarnie krążenia bezpośredniego pętlę jelitową długości 25—32 ctm.; przekroczenie tej ostatniej długości zawsze pociągało za sobą częściowe obumarcie ściany. 2) Jeżeli zaś przecina się gałązki poziomo, tworzące łuki tuż nad brzegiem jelita, to niebezpiecznem jest już przejście ponad 6 ctm. długości. 3) Jelito przecięte poprzecznie i oddzielone od krezki przy brzegu nawet na bardzo małej przestrzeni ulega zgorzeli zawsze; okoliczność ważna przy resekcyach jelit, na którą zwrócił uwagę pierwszy Rydygier.

Dane te ulegają zmianom w tych przypadkach, gdzie następują zrosty pomiędzy odnośną pętlą jelita a sąsiednimi narządami. W jednem naprzykład doświadczeniu, gdzie wskutek zbyt znacznego przecięcia krezki, jelito według wszelkiego prawdopodobieństwa uległoby zgorzeli, udało się je uratować przez zrobienie enteroanastamozy z sąsiednią pętlą.

Prof. Rydygier zaznacza, że doświadczenia kol. Doc. Kryńskiego są równoległe z jego doświadczeniami, które zupełnie mylnie przytaczają w literaturze jako doświadczenia „Rydygier-Madelung". Doświadczenia jego i Madelunga mają tyle wspólnego, że się w jednym ukazały czasie. Istota ich jest jednakowoż różną. Mianowicie wykazał mowca poraz pierwszy przez swe doświadczenia, iż wrażliwość przeciętego jelita jest tak wielką, że oddzielenie jelita od krezki nawet na małej przestrzeni wywołuje obumarcie jelita. Madelung tego nie wykazał.

Kol. Doc. Ciechanowski odnośnie do ostatniego punktu przemówienia kol. Kryńskiego podnosi wielkie znaczenie nowotworzących się połączeń naczyniowych dla odżywienia jelita. Połączenia te tworzą się zresztą bardzo szybko, jak o tem przekonał się C. na preparatach kol. Rutkowskiego z pętli jelitowych, wszczepianych do pęcherza i odcinanych od krezki, które to preparaty C. szczegółowo przeglądał. Daje się z tego wysnuć dalszy wniosek, że jelito jest materyałem, bardzo podatnym do plastyki, ponieważ szybko zastosowuje się do odżywienia, jakiego mu udziela obca tkanka.

Kol. Rutkowski potwierdza zdanie kol. Doc. Ciechanowskiego, gdyż na podstawie doświadczeń nad plastyką pęcherza doszedł do przekonania, że naczynia w krezce wszczepionej pętli szybko zarastają (obliterują). Krezkę wszczepianej pętli przecinał kol. R. dość wcześnie, płatek mimo to utrzymywał się tak dobrze, że można było wkrótce wycinać z niego kawałeczki do badania, — a rana zeszyta po ubytku goiła się przez rychłozrost.

Kol. Doc. Ciechanowski przedstawia kilka rzadszych okazów *postronków śródotrzewnowych*, które mogły dać powód, lub rzeczywiście dały powód do zadzierzgnięcia jelit, między nimi kilka nitek końcowych wyrostka Meckela, końcem obwodowym lub dośrodkowym przyrośniętych w różnych miejscach otrzewnej; dwa przypadki postronków zadzierzgających, utworzonych przez długi wyrostek robaczkowy, przyrośnięty wolnym końcem do sąsiednich pętli jelitowych, lub otrzewnej ściennej; jeden okaz, w którym przyczyną zadzierzgnięcia jelit był obwodowy koniec przyrośniętego jajowodu i jeden okaz postronka zadzierzgającego, utworzonego z wydłużonego przydatku tłuszczowego *(appendix epiploica)*, przyrośniętego w dwóch miejscach do kiszki jelita cienkiego. (Przypadek ostatni pochodzi z praktyki kol. Czaplińskiego, prymaryusza szpitala w N. Sączu).

Kol. Sołtysik: *O resekcyi kończyn przy nowotworach.* Mowca przytacza dwa przypadki: jeden *osteosarcoma periostale ulnae*, w którym nowotwór zajmował $^2/_3$ dolne kości łokciowej, drugi *osteosarcoma periostale humeri ingens;* w 1-szym przypadku wykonano najpierw wyłuszczenie kości łokciowej, a gdy po 3 miesiącach wystąpił nawrót nowotworu w mięśniach miękkich, — wykonano amputacyę ramienia. W przypadku drugim wyłuszczono łopatkę i zresekowano kość ramieniową; chory umarł wskutek znacznej utraty krwi i wstrząsu w 2 godziny po operacyi. Mowca wyraża przekonanie, że w przypadkach nowotworów złośliwych kości kończyn, należy wykonywać raczej amputacyę, niż resekcyę.

Kol. Doc. Barącz: *Kilka słów w sprawie leczenia twardzieli nosa.*

Prelegent poleca ignipunkturę na podstawie własnego doświadczenia, jako bardzo dobry sposób leczenia w przypadkach twardzieli nosa. Sposób ten przewyższa, zdaniem prelegenta, inne o tyle, że daje równie dobre wyniki, a jest od nich łagodniejszy.

Kol. Rossberger (Jarosław): *Próchnica zębów u naszej uczącej się młodzieży i odnośnie do tego kilka uwag o higienie szkolnej na podstawie badań dokonanych na 3,650 uczniach szkół publicznych w Jarosławiu.*

Tenże: *Stygmata zębowe i ich znaczenie rokujące w chorobach ogólnych, ubezpieczeniach na życie i wyborze mamek.*

Dwa te obszerne i ciekawe wykłady ogłoszone być mają w *Przeglądzie lekarskim*, dlatego nie podajemy ich streszczenia. Podnieść tylko na razie należy, że prelegent poruszył bardzo ważną sprawę statystyki dentystycznej, której u nas zupełny brak, a dalej sprawę higieny szkolnej, która u nas bardzo nizko stoi. Najlepszym tego dowodem odsetek zepsutych zębów u młodzieży szkolnej. Prelegent wykazał na 3,650 uczniów 78% z zepsutymi zębami. Przyczyna tego tkwi przedewszystkiem w złych warunkach higienicznych naszych szkół. Prelegent omówił w końcu wyczerpująco sposoby zapobiegania złemu.

Oba wykłady przyjęto oklaskami.

Kol. Krasowski: *O wynikach leczenia garbów sposobem Calota.*

Prelegent stosuje od dwóch lat sposób Calota. Śmiertelnych przypadków było trzy; jeden zmarł w 24 godzin, drugi w 48 godzin po operacyi; w obu tych przypadkach sekcyi nie można było wykonać; trzeci chory zmarł po dłuższym czasie, przedtem jednak stwierdzono polepszenie, trwające jakiś czas. Względnie pomyślnych przypadków miał kol. K. cztery. W jednym z nich, bardzo zaniedbanym, uzyskał znaczne polepszenie; chory, który poprzednio nie chodził, zgłosił się po pewnym czasie z niespodziewanem polepszeniem chodu. W przypadkach tych nie robiono reklinacyi tylko dystrakcyę. Wyniki wogóle nie są świetne; mimo to sposób Calota nie zasługuje na bezwzględne potępienie.

Kol. Krasowski: *O leczeniu wodniaka moszen sposobem Winkelmanna.* Prelegent bardzo gorąco zaleca ten sposób, uważając go za zabieg doszczętny, a bardzo łagodny.

Radca Dworu Prof. Rydygier: *O leczeniu przetok kałowych.* Prelegent uważa resekcyę odpowiedniego odcinka jelita za jedynie właściwy sposób leczenia przetok kałowych. (Wykład ten ogłoszony będzie w całej rozciągłości drukiem).

Zamykając IX. Zjazd chirurgów polskich, dziękuje wreszcie przewodniczący obecnym za udział w obradach, a kol. Drowi Rutkowskiemu, jako gospodarzowi; Zgromadzenie zaś wyraża oklaskami uznanie przewodniczącemu.

Na tem zakończono obrady Zjazdu.

VII. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

II.

Gminy pod względem administracyjnym cieszą się tu nadzwyczaj szerokim samorządem; mer w porozumieniu z radą gminną może w tym kierunku zmienić wszystko od góry do dołu, byleby się tylko trzymał ustaw obowiązujących. Dlatego

też i administracya sanitarna większych miast jest jeszcze bardziej niejednolita, niż po departamentach; spotykamy się tu z wahaniami od największego zaniedbania do wzorowych urządzeń.

Miasto Nancy, a za jego przykładem Havre, Reims, Nizza, Tuluza i wiele innych zorganizowały swą administracyę sanitarną w sposób godny naśladowania. Oto przykład stosunków istniejących w Amiens, liczącem 88.000 ludności: W gmachu merostwa pomieszczone jest t. zw. *bureau d'hygiène;* dyrektor biόra doktor medycyny, ośmiu lekarzy obwodów, na które podzielone jest miasto, dwu lekarzy zastępców, inspektor produktów spożywczych, inspektor pomocnik stanowią to biuro, a mianuje ich i w danym razie uwalnia mer miasta. W urzędzie tym ogniskują się wszystkie sprawy, wchodzące w zakres higieny publicznej.

Lekarz dyrektor wykonuje ogólny nadzór nad wszystkiem, w szczególności zaś obowiązkiem jego jest wystawianie świadectw uzdolnienia fizycznego kandydatom na urzędników miejskich i świadectw niezdolności do pracy dla urzędników, pragnących być uwolnionymi z urzędu przed czasem wymaganym. Lekarz obwodowy w swej dzielnicy: leczy bezpłatnie ubogich, szczepi ospę, nadzoruje szkoły, przytułki, odwiedza obłąkanych i dzieci, nadzoruje fabryki, lokale publiczne i domy prywatne pod względem ich zdrowotności, donosi o wybuchu chorób nagminnych i jest obowiązany je tłumić, wreszcie dostarcza do biura danych statystycznych co do śmiertelności, urodzin i małżeństw. Na koniec inspektorzy produktów spożywczych badają mięso w rzeźni miejskiej i inne środki spożywcze po halach targowych i sklepach i przedstawiają propozycye dla naprawy wadliwości, jeśli jakie dostrzegli w sprawach swego zakresu działania.

Zaznaczyć wypada, że władze miejskie wymienionych miast mają bezwzględne zaufanie do sprawozdań, wychodzących z biur higienicznych i, w granicach możliwości, czynią zadość ich żądaniom. Dzięki też temu statystyka sanitarna wykazuje tam wyniki dodatnie.

Miasto Paryż i departament „Sekwany" stanowią wyjątek pod względem administracyjnym, rządzą się bowiem statutem z roku 1849. Samo miasto podzielone jest na 20 dzielnic *(arrondissements)* z merem na czele, którego nie wybiera rada, ale mianuje rząd. Każdy obwód *(Quartier)*, których jest cztery w jednej dzielnicy *(arrondissement)* wybiera jednego radcę miejskiego. Prefekt departamentu Sekwany i prefekt policyi dzielą się naczelną władzą nad miastem; temu ostatniemu przypadają w udziale sprawy sanitarne i porządek publiczny. Jemu do pomocy dodany jest *Conseil d'hygiène et de salubrité de la Ville de Paris*, złożony z 35 członków. Ogromna ilość lekarzy pełni i tu rozmaite czynności publiczne. I tak, podobnie jak po departamentach i innych miastach są tu osobni lekarze nadzorujący szkoły, lekarze nadzorujący dzieci po fabrykach zajęte, czuwający nad obłąkanymi po domach prywatnych i dziećmi do lat dwu i lekarze epidemii. Lekarze, przeznaczeni do szczepienia ospy, dokonują najczęściej tej czynności w merostwie, a nie zależnie od tego w budynku Akademii lekarskiej przez cały rok można się zgłosić w tym celu trzy razy tygodniowo. W *laboratoire municipal* zajęta jest znaczna ilość lekarzy i chemików z obowiązkiem przeprowadzania wszelkiego rodzaju rozbiorów, przetworów chemicznych i środków spożywczych. Władze sądowe i administracyjne liczą się z wynikiem badań dokonanych w tej pracowni i odpowiednio do niego wydają wyroki. (U nas inaczej!) Strony prywatne otrzymują tu rozbiory chemiczne bezpłatnie. Osobni lekarze badają co dwa tygodnie każdą zarejestrowaną prostytutkę i chore odsyłają do więziennego szpitala. Odnośny oddział w prefekturze policyi nosi nazwę *Dispensaire de salubrité. Médecins de l'état civil* są przeznaczeni do oględzin zmarłych i do prowadzenia statystyki śmierci i urodzin; jest ich 3 lub więcej w każdej dzielnicy *(arrondissement)* zależnie od zaludnienia. W *Commission des logements insalubres* zasiada obok architektów, inżynierów, chemików i t. p. także wielu lekarzy z głosem doradczym.

I o ubogich chorych tu nie zapomniano. Po merostwach dzielnic miasta działają t. zw. *bureaux de bienfaisance.* Lekarze tych biur urzędują w nich w pewnych stałych godzinach dnia, a prócz tego są obowiązani spieszyć na każde wezwanie do domu. Lekarstwa rozdawane są na koszt gminy. Do pomocy jednak lekarskiej w ten sposób udzielanej mają prawo tylko ci, których nazwiska są pomieszczone w odnawianym od czasu do czasu wykazie ubogich. Lekarze tych biur otrzymują wynagrodzenia 1000 do 2000 franków rocznie, zależnie od tego, czy urzędują w środkowych, czy w obwodowych dzielnicach miasta.

Jeszcze jedna instytucya miejska zasługuje na wzmiankę, to jest stacye ratunkowe. W mieście tych rozmiarów co Paryż, z tak rozgałęzioną siecią omnibusów i tramwajów, z dziesiątkami tysięcy dorożek i powozów prywatnych, gdzie czasem minutami trzeba wyczekiwać na odpowiednią chwilę do przejścia na drugą stronę ulicy, gdzie codzień przynajmniej o kilku, jeśli nie kilkunastu, czyta się zamachach na życie, gdzie nowe i modne automobile co krok kogoś kaleczą, jeśli nie zabijają, stacye te nie są wcale zbyteczne. Są też one gęsto rozmieszczone po licznych posterunkach policyjnych, koszarach straży ogniowej, merostwach, szkołach. Oznaczają je napisy: *Poste de secours*, albo *Secours aux blessés*, a wieczór latarnie kolorowe. Wzdłuż Sekwany najczęściej w pobliżu mostów znajdują się znowu stacye do ratowania tonących: *Secours aux noyés.* Urządzenie tych stacyj składa się z najniezbędniejszych materyałów opatrunkowych, noszy, narzędzi i t. p., a osobni lekarze są przeznaczeni do zwiedzania stacyj i przekonywania się od czasu do czasu o ich stanie. Do przewożenia chorych i rannych do szpitali, jak również ze szpitali do domów, służą stosowne wozy ratunkowe, oznaczone białą chorągiewką z czerwonym krzyżem.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Dnia 30 czerwca b. r. odbyły się wybory do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. Komisya złożona z Drów: Festenburga, Mukowicza, Papéego, Stachiewicza i Uhmy przeprowadziła skrutynium, którego wynik jest następujący:

I. Z okręgu wyborczego miasta Lwowa wybrani zostali na 113 głosujących na członków Izby: Dr. Edward Festenburg 110 głosami, Dr. Wacław Sobierański 101 gł., Dr. Jan Papée 63 gł., Dr. Wilhelm Pisek 59 gł. Na zastępców: Dr. Hilary Schramm 98 gł, Dr. Grzegórz Ziembicki 95 gł, Dr. Kazimierz Trzcieniecki 58 gł., Dr. Władysław Tatarczuch 52 głosami.

II. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Przemyśl, Mościska, Jaworów, Cieszanów, na 27 głosujących wybrany członkiem Dr. Zygmunt Smolarski 24 gł., zastępcą Dr. Stanisław Ruczka 24 głosami.

III. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Rawa, Sokal, Kamionka, Żółkiew, Gródek, na 29 głosujących wybrany członkiem Dr. Karol Muszkiet 21 gł., zastępcą Dr. Miron Jajus 7 głosami.

IV. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Brody, Złoczów, Brzeżany, na 39 głosujących wybrany członkiem Dr. Aleksander Wysocki 27 gł., zastępcą Dr. Tadeusz Uranowicz 17 głosami.

V. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Lwów, Bóbrka, Rudki, Żydaczów, Przemyślany, Rohatyn, na 17 głosujących wybrany członkiem Dr. Władysław Bylicki 7 gł., zastępcą Dr. Czesław Uhma 4 głosami.

VI. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Turka, Staremiasto, Drohobycz, Stryj, Sambor, na 33 głosujących wybrany członkiem Dr. Wiktor Lechowski 21 gł., zastępcą Dr. Andrzej Jeż 27 głosami.

VII. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Stanisławów, Dolina, Kałusz, Bohorodczany, na 29 głosujących wybrany członkiem Dr. Aleksander Żukowski 26 gł., zastępcą Dr. Mikołaj Podłuski 21 głosami.

VIII. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Tarnopol, Zbaraż, Skałat, Trembowla, na 15 głosujących wybrany członkiem Dr. Józef Eckhardt 10 gł., zastępcą Dr. Jakób Moszkowicz 6 gł.

IX. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Czortków, Podhajce, Buczacz, Husiatyn, Zaleszczyki, Borszczów, na 19 głosujących wybrany członkiem Dr. Ludwik Lutyński 6 gł., zastępcą Dr. Edward Koerner 7 głosami.

X. Z okręgu wyborczego obejmującego powiaty: Kołomyja, Horodenka, Śniatyn, Kosów, Peczeniżyn, Nadwórna, na 23 głosujących wybrany członkiem Dr. Władysław Piaskiewicz 17 gł., zastępcą Dr. Aleksander Nincenz 15 gł.

Celem ukonstytuowania się została nowa Izba zwołaną na dzień 9 września b. r.

Lwów, dnia 27 sierpnia 1899 r.

Dr. Festenburg.

W sprawie lekarzy szkolnych.

Sejm krajowy śląski wystósował do rządu żądanie zaprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych. Rząd kraj. śląski zażądał w tym względzie opinii c. k. śląskiej kraj. Rady zdrowia, która w myśl sprawozdania radcy zdrowia i starszego lekarza powiatowego, Dra H. Husserla, wydała opinię, którą tu w streszczeniu przytaczamy [1]).

Dążnością nowoczesnej medycyny jest zapobieganie chorobom. Postępy etyologii i rozwój higieny znaczne w tym kierunku oddały już usługi. W ostatnich prawie latach powstała nowa gałęź higieny, tak zwana higiena szkolna [2]), otwierająca nowe widnokręgi. Wykonawcami praktycznymi tej nowej nauki mają być lekarze szkolni, o których powołanie i odpowiednie uposażenie coraz liczniej upominają się ciała nauczycielskie, koła lekarskie, sejmy i t. d. Mimo to rząd nie spieszy z wypełnieniem tych żądań tak, że liczne już dość ciała autonomiczne tworzą posady lekarzy szkolnych na własną rękę i na własny koszt, czując dobrze ich potrzebę. Motywa tej potrzeby są: Najprzód wiek młodzieży szkolnej, będącej właśnie w okresie rozwoju fizycznego i umysłowego, — jej wątłość, większa skłonność do chorób, a mniejsza przeciw nim odporność; — dalej zwiększone niebezpieczeństwo nabycia choroby przez wspólny pobyt znacznej liczby dzieci w szkole. Ważnym motywem jest również, że państwo winno zarówno, jak opiekuje się swymi obywatelami dojrzałymi, wprowadzając dla nich kasy chorych, tak powinno się także opiekować swemi nieletniemi dziećmi i ustanowić dla nich stały nadzór lekarski szkolny, — tem więcej, że jeśli państwo zmusza dzieci ustawą do uczęszczania do szkoły, niestety rzadko kiedy dobrze (pod względem higienicznym) urządzonej i prowadzonej, to tem samem powinno je zabezpieczyć od wszelkich niebezpieczeństw nabycia w szkole choroby, co jest możliwem tylko przez ustanowienie ścisłego dozoru lekarskiego.

Władze są nawet świadome tego obowiązku; dowodzą tego rozporządzenia ministeryalne, polecające nadzór nad szkołami dzisiejszym lekarzom urzędowym („Amtsärzte“?). Ci jednak są już tak przeciążeni swemi czynnościami urzędowemi, że wprost nie są w stanie spełniać choćby części obowiązków lekarzy szkolnych.

[1]) *Oester. Sanitätswesen*, Nr. 33 z roku 1899.

[2]) U nas »Higienę szkolną« opracował ś. p. Dr. T. Żuliński jeszcze w r. 1886. (Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich).

Nie tu miejsce pisać instrukcyę dla lekarzy szkolnych. Przytoczyć jednak musimy choć w grubszych rysach zakres ich działania. I tak winni oni wydawać opinię przy budowie i urządzeniu szkoły; przez częste odwiedzanie szkół przekonywać się o usterkach sanitarnych, jakie się tam mogły zakraść, zarządzić ich usunięcie, badać przy zwiedzaniu urządzenie wychodków, zaopatrzenie szkoły w dobrą wodę, przewietrzanie, dobre ławki szkolne, należyte opalanie, czystość, — dalej przestrzegać, by uczniowie byli w klasach rozmieszczani odpowiednio do ich rozwoju i sił, czuwać nad stanem zdrowia pojedynczych uczniów, zwracać baczną uwagę na wątłych i słabych i udzielać nauczycielom i rodzicom odpowiednich wskazówek co do postępowania z nimi, — wcześnie rozpoznawać chorobę zakaźną, z jakąby dziecko do szkoły przyszło, i zarządzić zaraz wszystko celem ochrony innych dzieci przed zakażeniem. Wreszcie dopilnować ścisłego przeprowadzenia wydanych zarządzeń — i udzielania zawsze chętnie ciału nauczycielskiemu i rodzicom dzieci wszelkich wskazówek higieniczno-sanitarnych.

Rzeczą jest naturalną, że spełnianie tak licznych i uciążliwych obowiązków nie może być pozostawione dobrej woli lekarza bezpłatnego, lecz że projekt ustanowienia lekarzy szkolnych z takimi obowiązkami musiałby upaść w razie niedostatecznego wynagrodzenia tych lekarzy.

Kto ma ponosić te koszta, czy państwo, kraj, powiat, czy gmina, to uchyla się z pod kompetencyi kraj. śląskiej Rady zdrowia. Sądzi ona jednak, że nie potrzeba tworzyć nowej organizacyi lekarzy szkolnych, lecz zjednoczyć ją z organizacyą gminnej służby zdrowia (!).

Referat kończy się następującemi twierdzeniami:

1) Zwiększona higieniczna opieka nad młodzieżą szkolną jest zupełnie uzasadniona jej warunkami fizyologicznymi.

2) Stały dozór lekarski nad szkołą i uczniami przez osobne organa (lekarzy szkolnych), obok peryodycznego urzędowo-lekarskiego zwiedzania szkół przez lekarzy urzędowych (Amtsärzte?), należy najrychlej zaprowadzić.

3) Czynności lekarzy szkolnych winne być należycie wynagradzane.

4) Obowiązki lekarzy szkolnych byłoby najkorzystniej połączyć z obowiązkami lekarzy gminnych (względnie miejskich).

5) Lekarzami szkolnymi powinni być w zasadzie mianowani lekarze gminni (!).

6) Gminy należy zobowiązać do zorganizowania i utrzymywania lekarzy szkolnych.

Tyle streszczenie referatu śląskiej Rady zdrowia.

Pomijając za obszerny wstęp, a zbyt zwięzłe wyliczenie obowiązków lekarzy szkolnych, — zastanowić musi każdego, że śląska Rada zdrowia cały ciężar utrzymania i stworzenia organizacyi lekarzy szkolnych zwala na barki gmin. Być może, że gminy śląskie stoją pod tym względem na odpowiedniej wysokości i rozporządzają na ten cel środkami. Lecz nie można sobie dobrze wyobrazić, w jaki sposób przeważna większość naszych choćby zamożniejszych gmin potrafiłaby takiemu zadaniu podołać. Zresztą widzimy na każdym kroku, że rząd coraz to większe obowiązki i ciężary nakłada na ciała autonomiczne i jeszcze uszczupla ich dochody. Toż w końcu przyjdzie myśleć, że tylko w tym celu udzielono krajom, powiatom i gminom pewnego samorządu, by je tem łatwiej różnymi ciężarami obarczać. Należałoby sobie już raz powiedzieć, że obok wymyślania i pobierania różnych podatków, ma rząd także i pewne obowiązki troszczenia się o zdrowie ludności, które tylko w części spełnia przez swe organa sanitarne, a które swoją drogą nadmiernie pracą obarcza. Przypuścić chyba należy, że śląska kraj. Rada zdrowia tak dalece nie ma nadziei, by rząd spełnił swój obowiązek ustanowienia lekarzy szkolnych, że raczej zwala ten ciężar na gminy. Toż i Galicya wprowadziła organizacyę lekarzy okręgowych, nie mając już żadnej nadziei, by to rząd uczynił.

Dr. Jan Gwiazdomorski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 sierpnia.

* Dzienniki rozniosły niepokojącą wieść o wybuchu dżumy na południowym wschodzie Rosyi. Wieści tej dodały wagi depesze z Rumunii i Turcyi, donoszące o zarządzeniach sanitarnych na wschodniej granicy obu tych państw, właśnie z powodu powstania tego nowego ogniska dżumy; przypuszczać należy, że oba te rządy oparły te ścieśniające wolny ruch zarządzenia nie na podstawie wieści dziennikarskich, lecz na sprawozdaniach własnych urzędów konsularnych. Rząd rosyjski nie zaprzeczył istocie tych wieści, lecz nadał im wyraz ze stanowiska lekarskiego nieco niejasny; ogłasza on mianowicie w dzienniku urzędowym (*Prawitielstwiennyj Wiestnik* 8—VIII, st. st.) następujący komunikat: »W guberni Astrachańskiej, we wsi Kołobówce, wystąpiło w drugiej połowie lipca złośliwe nagminne zapalenie płuc, z którego do tej pory zmarło osób 21«. Gdy jednak wiadomo, że zapalenie płuc stanowi współobjaw stały dżumy, to bardzo stać się może, że badanie naukowe wykaże, że wzmiankowane zapalenie płuc okaże się przyrody dżumowej. Sądząc z zachodów przez rząd rosyjski przedsięwziętych, z wysłania taboru sanitarnego, lekarzy, sióstr miłosierdzia, a ponoś i opasania wspomnianej osady, wnosićby należało, że w Petersburgu zdają sobie sprawę z tego, że położenie może okaże się poważnem.

Zapewne wyżej przytoczone oświadczenie rządu rosyjskiego nie było znane Drowi Daimerowi, zastępcy kierownika departamentu sanitarnego, Dr. Kusyego, skoro wyjaśniając stanowisko rządu austryackiego wobec dżumy na dwóch krańcach Europy, oświadczył on niemal twierdząco, że w guberni Astrachańskiej niema właściwie dżumy, lecz jest tak zwana sybirska czyli śledzionowa zaraza, to jest wąglik. W Rosyi zbyt dobrze znają się na sybirskiej czyli śledzionowej zarazie, ażeby wąglik nazwano w urzędowym oświadczeniu »zapaleniem płuc«. Nie przypuszczamy również, ażeby rządy: rumuński i turecki, bądź co bądź liczące się z Rosyą, ośmieliły się na oddzielenie swych posiadłości kordonem sanitarnym od Rosyi, gdyby w guberni Astrachańskiej i to w jednej tylko osadzie wybuchł wąglik lub pospolite zapalenie płuc. Sprawa ta do tej pory pozostaje jeszcze nie wyjaśnioną, więc i nie daje pola do żadnych stanowczych twierdzeń.

* Dżuma w Oporto nie ustaje i już przekradła się poza kordon, opasujący to miasto.

* Rzetelnośc i współubieganie się nie zawsze idą w zgodnej parze. Dr. Dzierżgowski ogłosił w Nrze 32 *Wracza* pracę, w której dowodzi potrzeby wprowadzenia w Rosyi ogólnego i obowiązującego sposobu oznaczania siły surowicy przeciwbłoniczej. Wyliczając wszystkie szkodliwości, wynikające z braku tego ujednostajnienia, przytacza Dr. Dzierżgowski następujące zdarzenie: jedno z ziemstw guberni Tambowskiej używa stale surowicy prof. Bujwida; chcąc się przekonać o sile krakowskiej surowicy przeciwbłoniczej, wysłało rzeczone ziemstwo 2 flakoniki tej surowicy do kierownika jednej z fabryk berlińskich, wyrabiającej surowice lecznicze, z prośbą o sprawdzenie jej siły. Kierownictwo fabryki odpowiedziało ziemstwu, że przeprowadzający kontrolę »lekarz« orzekł, że przysłana surowica jest słabą, gdyż zawiera nie 1000, lecz tylko 650 jednostek. Żywiąc niejakie wątpliwości, ziemstwo znowu wysłało dwa flakoniki do sprawdzenia, lecz już nie do Berlina, a do Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu. Ponieważ berlińska fabryka surowic leczniczych w swem orzeczeniu oświadczyła, że do zbadania przysłanej surowicy posłużyła się »normalną toksyną« i „normalną surowicą«, pochodzącemi z »niemieckiej stacyi kontrolującej«, to dla osiągnięcia równoległych wyników badania Instytut medycyny doświadczalnej posłużył się w swych badaniach tą samą niemiecką metodą i tymi samymi przetworami, które mu dostarczył prof. Ehrlich. Wynik badania w Instytucie wykazał, że wbrew twierdzeniu berlińskiej fabryki i jej firmowego doktora, surowica wyrobu prof. Bujwida nietylko zadość czyni normie, przyjętej przez niemiecką stacyę kontrolną, lecz nawet tę normę siłą swą przewyższa.

Jak kwalifikuje Dr. Dzierżgowski ze stanowiska moralnego ten postępek współubiegającej się i zazdrośnej fabryki niemieckiej, łatwo odgadnąć. Z naszej strony, do jego zasłużonej odprawy dodać możemy, że ten naród »bojaźni Bożej« i »dobrych obyczajów« posługuje się wprawdzie wzniosłemi hasłami, lecz czyny jego nie idą jakoś w zgodnej parze z temi hasłami; nie zawadzi przeto zapatrywać się na rzetelność firm pruskich z niejakiem niedowierzaniem.

* Na niedawno odbytym międzynarodowym Zjeździe okulistów w Utrechcie prof. Wicherkiewicz wybrany był prezesem honorowym, oraz przewodniczył w jednej z sekcyj.

* *Wiener klinische Rundschau* zamieszcza korespondencyę z Rosyi, w której autor błędnie informuje swoich czytelników, jakoby w Warszawie już od 2-ch lat istnieje wrzekomo »wyższa szkoła lekarska żeńska«, do której uczęszczają setki kobiet.

* Drugi Zjazd farmaceutów galicyjskich odbędzie się w Krakowie d. 7 października b. r.

* W Peszcie odbędzie się międzynarodowy Zjazd dla ochrony dzieci od 12 do 18 września b. r. Komitet zamierza dać stałą ciągłość pracom tego Zjazdu, który zamienić się ma na stowarzyszenie, posiadające swój statut. Celem Zjazdu jest omawianie i popieranie tych wszystkich spraw i reform, które dotyczą małoletnich bez różnicy rasy, płci i wyznania i powinne być w interesie postępu ludzkości wprowadzone w życie. Zjazd podzieli się na pięć sekcyj: lekarską, prawniczą, pedagogiczną, dobroczynną i filantropijną. Członkiem Zjazdu może być delegat każdego, oddającego się opiece nad dziećmi stowarzyszenia lub takiejże władzy, tudzież każda dorosła osoba, praktycznie lub teoretycznie zajmująca się ochroną dzieci. Wkładka wynosi 5 złr.; zakłady naukowe, nauczyciele i osoby pracujące w ochronkach płacą połowę. Język francuski będzie językiem obrad.

* Ruch ludności m. Krakowa w tygodniu XXXIII (13—19 VIII). Małżeństw było 15 (9·47), urodzin 64 (40·29), skonów 48 (30·22). Umarło z gruźlicy osób 5, z krztuśca 2, z płonicy 1, z cholery dziecięcej — 4.

* *Lyon médical* donosi, że w Paryżu morfinomania rozpowszechniła się przerażająco: apteki sprzedają morfinę bez wszelkich skrupułów; a w dodatku powstał tam zastęp ludzi przedsiębiorczych, którzy w miejscach publicznych, bulwarach i parkach wstrzykują morfinę nałogowym morfinomanom, biorąc po pół franka za jedno wstrzyknięcie. Operacya odbywa się w miejscach ustępowych.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Osowicki, urodzony w roku 1842, zakończył życie w Miedzianowie. Zmarły należał do wielce szanowanych obywateli Ks. Poznańskiego i ceniony dla swych zdolności zawodowych. Pełnił obowiązki prezesa stowarzyszenia pomocy naukowej im. Marcinkowskiego, oraz był długoletnim lekarzem kierującym w szpitalu św. Józefa w Poznaniu. Dr. Józef Lossberg zmarł w Możejkach na Litwie, w 70 r. życia. Dr. Józef Nowak, b. lekarz kolei nadwiślańskiej, zmarł w Garwolinie, w 53 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 34: Gabszewicza A.: Przetoka przewodu ślinianowego, wytworzenie nowej drogi dla odpływu śliny z zejściem pomyślnem. Dr. Brudzińskiego: Epidemia różyczki (c. d.). Dr. J. Fajersztajna: Polymyositis primaria (c. d.). Pechkranca St.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). W *Medycynie* Nr. 34: Tumpowskiego A.: Przypadek bezładu ruchowego ostrego po ostrem cierpieniu zakaźnem. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Serkowski St.: O budowie kolonij bakteryjnych. (Odbitka z *Pamiętn. Tow. lek. warsz.*, 1899).

— Dr. Szuman St.: Vereinfachung der Elektrotherapie durch einen neuen Universal Commutator. (Odbitka z *Münch. med. Wochenschrift*, Nr. 42, 1892).

— Tenże: Ein Beitrag zu den Herzaffectionen bei Railway-Brain und zu der Behandlug dieses Leidens. Monachium.

— Tenże: Zu den Psychosen nach Augenverletzungen. (Odbitka z *Münch. med. W.*, Nr. 1, 1897).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Wskutek rozporządzenia Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1899, L. 52.961, rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, obejmującego 14 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 14.607 hektarów, w ilości 12·704 mieszkańców z siedzibą lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim. tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*, obejmującego 9 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 23.270 hektarów, w ilości 11.294 mieszkańców, z siedzibą lekarza okręgowego w Dąbrowicy.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie § 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z d. 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82, Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczoną została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom Doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdatność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899. 173

Gródek, dnia 22 sierpnia 1899.

L. 53.531.

Wydział krajowy Królewstwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza szpitala powszechnego w Żółkwi z płacą 500 zł. w. a. rocznie.

Od kandydata wymaga się:

a) aby posiadał dyplom doktora wszech nauk lekarskich z jednego z uniwersytetów austro-węgierskiej Monarchii;
b) był przynależnym do tutejszego państwa;
c) nie przekroczył 40 roku życia.

Pierwszeństwo mieć będzie ten, kto odbył dłuższą praktykę lekarską na c. k. klinice lub w jednym ze szpitali powszechnych, ze szczególnem uwzględnieniem praktyki na oddziale chirurgicznym i położniczym.

Ubiegający się o nadanie tej posady winni najpóźniej do 20 września r. b. wnieść swe podania do Wydziału krajowego z dołączeniem metryki urodzenia i świadectw, udowadniających wymaganą kwalifikacyę. 172

Lwów, dnia 16 sierpnia 1899. *Grott.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 9 Września 1899. Nr. 36.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 9 Września 1899. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Doświadczenia nad zastósowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce.

Podał

Dr. W. Łepkowski

Doc. dentystyki w Uniw. Jagiell.

W r. 1895 ogłosiłem [1] [2]) spostrzeżenia moje nad zastósowaniem formaldehidu w dentystyce, oparte na doświadczeniach, poczynionych na stu przypadkach chorobowych. W rok później zaś [3]) [4]) mogłem już swoje zapatrywania popoprzeć większą liczbą przypadków, jak również i doświadczeniami, dokonanemi na zwierzętach.

Cztery lata upływa od czasu mego pierwszego ogłoszenia, czas więc dostateczny, aby odpowiedzieć sobie na pytanie, jak przyjętemi zostały podane wówczas zapatrywania moje o działaniu formaliny i o zastósowaniu jej w zachowawczem leczeniu zębów. Przeglądając odnośne piśmiennictwo, nabierzemy przekonania, że formalina ma prawo bytu w dentystyce, że stała się przedmiotem licznych badań i prac naukowych, a po dziś dzień nie zamknięte nad nią karty dają pole do dalszych poszukiwań i stanowią przedmiot do naukowych rozpraw prawie każdego dentystycznego Zjazdu.

Boennecken [5]) (Bonn). Zdając sprawę z drugiego mego ogłoszenia o zastósowaniu formaldehidu w dentystyce, pisze: „Das Mittel scheint, wie auch Ref. bereits an hunderten von Fällen zu erproben Gelegenheit hatte, berufen zu sein auf dem Gebiete der zahnärtzlichen Therapie gerade zu revolutionär zu wirken, insofern als die Behandlung der an Pulpaentzündung erkrankten Zähne mit Hilfe des neuen Mittels eine so einfache und für den Patient so angenehme geworden ist, wie sie mit den früheren Behandlungsmetboden auch nicht im Entfernsten zu erreichen sind“.

Istotnie formalina zrobiła pewien dość znaczny przewrót w dentystyce zachowawczej, a żaden z dotychczasowych środków nie dorównywa temu świeżo do dentystyki wprowadzonemu lekowi, tak silnie i pewnie działającemu przeciwgnilnie.

Nie przeczę, że 4 lata doświadczeń nad zastósowaniem formaldehidu w dentystyce zmieniły może pod niejednym względem moje zapatrywanie i postępowanie. W zasadzie jednak powtórzę na początku niniejszej pracy to, co powiedziałem przed laty czterema, że bez formaliny nie rozumiem zupełnie zachowawczego leczenia chorób zębów. Na tle formaldehidu powstały nowe środki; śledziłem je z całem zajęciem i dobrą wiarą i próbowałem też tych nowych wynalazków dla nabrania sądu o rzeczy tak ważnej w naszej nauce. Niestety jednak, wszystkie podobne przetwory, jak formigenol, pulpanalgen, pulpina, pulpinoform, antyseptyna, sotesina, nie wielką mają wartość, a przyczyniają się tylko do wytworzenia zamętu w nauce.

Prof. Müller [6]) z Berlina, omawiając w ostatniem wydaniu zachowawczej dentystyki owe w nowszych czasach wprowadzone przetwory, powiada: „Es ist sehr zu bedauren, mówi on, dass die Form in welcher die Anpreisungen neuer Mittel für die Zahnärztliche Praxis gehalten sind, oft mehr dem Reklamenbedürfniss eines Kaufmannes, als den Gebräuchen eines Standes angemessen ist, welcher zu den wissenschaftlichen zählt. Ebenso bedauerlich ist es, dass in Fachblättern Mittheilungen über neue Mittel erscheinen, über welche manchmal kaum eine 14 tägige Erfahrung besteht“.

Veröffentlichungen dieser Art, können nicht nur keinen Nutzen bringen, sondern sind eher dazu eingethan Verwirrung hervorzurufen, und so die ruhige Entwickelung unseres Faches hemmen“.

Pomijam tu całe piśmiennictwo, dotyczące zastósowania formaliny w dentystyce, wspomnę tylko Grevego [7]), który trafnie kładzie nacisk w swej pracy na to także, że systematyczne badanie naukowe nad działaniem formaliny na miazgę zębową dotychczas nie zostało przeprowadzone. Przytaczając wszystkich, którzy formalinę w dentystyce polecają, zarzuca im, że na niczem więcej nie polegają ich metody, jak tylko na klinicznem doświadczeniu. Zarzut ten dotyczy Mariona, Eschera, Sachsa, Albrechta, Boenneckena, Brücka, jak również autora pracy niniejszej. W odpowiedzi na to i w obronie wyżej wymienionych kolegów przypominam, że kiedy w r. 1895 pierwszy raz formalinę w dentystyce poleciłem, w rok później [8]) doświadczeniami na psach przeprowadzonemi poparłem kliniczne moje spostrzeżenia.

Przystępując tedy do rzeczy, nawiązuję ją do poprzednich tych doświadczeń, jakie przed 3 laty na psach robiłem, a które, czyniąc zadość danemu podówczas przyrzeczeniu, teraz poraz wtóry podjąłem.

[1]) Zastósowanie formaldehidu w dentystyce (*Przegląd Lekarski* 1895, Nr. 20. 22).

[2]) Verh. der Deutschen odontol. Gesellschaft. Bd. VII. Heft 1 u. 2. 1895.

[3]) Verh. der Deutschen odontol. Gesellschaft Bd. VII, Heft 3 u. 4, 1896.

[4]) *Przegląd Lekarski*, 1896.

[5]) Centralblatt für Chirurgie, Nr. 36, r. 1896.

[6]) Lehrbuch des Corsservircudem Zahnheilkunde, Müller. Leipzig, 1898.

[7]) Zur Kritik der Formalinbehandlung Wiener Zahn Monatsschrift S. I. H. I. 1899.

[8]) Verhandlungen der Deutsch. odont. Gesell. Bd. VII. Heft 3 u. 4. 1896.

Z tamtych doświadczeń, wykonanych tylko ze zdrową a nie zakażoną miazgą zębową (pulpą), wynika, że: 1) Działanie formaliny jest ustalające w pojęciu histologicznem i to tak w tych przypadkach, w których formalinę stósowano wprost na miazgę, jak i w tych, w których formalina mogła zadziałać na miazgę przez cienką warstwę zębiny (dentyny) — przez przenikanie. 2) Ta ilość formaliny, którą do małego otworku wprowadzić można, ustala nie całą miazgę, lecz tylko co najwyżej jej trzecią część.

Podówczas było niepodobna otrzymać innych szczegółowszych wyników, gdy sposób, jakiego w moich doświadczeniach używałem, nie był dość dobry. Przyczyną główną było to, że szczelne, hermetyczne zamknięcie formaldehidu w jamie wyświdrowanej w zębie nie dało się utrzymać u psów przez czas dłuższy ani zapomocą cementu, ani zapomocą amalgamu.

Wykonywanie doświadczeń nie na psach, lecz na innych zwierzętach, nie wydaje mi się właściwem. Chcąc, aby doświadczenia na zwierzętach miały praktyczne znaczenie, trzeba przedewszystkiem wybierać takie warunki, które odpowiadają stanowi, istniejącemu w zębach ludzkich. Trudno też utaić zdziwienia, dlaczego Bauchwitz[9]) do doświadczeń w tym właśnie kierunku użył cielęcia. Zęby trzonowe cieląt są listkowe, a takie zęby nie nadają się wcale do tego rodzaju doświadczeń. Zęby sieczne cieląt posiadają wielkie i nader silnie unaczynione miazgi, a więc ze względu na te właściwości, które tu właśnie wielką odgrywają rolę, nie mogą być użyte do doświadczeń. Ze wszystkich zwierząt najbardziej może odpowiednią byłaby małpa. U nas jednak prawie niepodobna mieć tak doborowy materyał. Ze zwierząt domowych gryzonie mają zupełnie inaczej ukształtowaną miazgę (pulpę). Kot domowy ma zęby małe, drobne, a szkliwo stosunkowo grube. Istotnie więc pozostają tylko psy średniej wielkości, u których warunki doświadczenia nie są wprawdzie idealne, jednakże względnie najlepsze.

Chcąc wykonać cały szereg plomb na psie, przedewszystkiem robić to należy w uśpieniu, którego przeprowadzenie u psa jest dosyć trudne, i często się kończy śmiercią. Wskutek tego odstępowałem w toku doświadczeń od uśpienia chloroformowego, zastępując je wstrzyknięciem morfiny wprost do *vena saphena*.

Obecnie tedy na nowo podjęte badania moje zmierzały do sprawdzenia i uzupełnienia poprzednich, z uwzględnieniem nowych przetworów formalinowych, jak formagenu Abrahama i jodoformagenu, które w ostatnich czasach dość znaczny zyskały sobie rozgłos. Nie uprzedzając wyników, przytaczam naprzód protokół doświadczeń, aby tem jaśniej i pewniej rzecz całą przedstawić.

Doświadczenie I i II.

Pies rasy Foxterier, biały, prawidłowo zbudowany i odżywiony; zęby zdrowe, dolne wykształcone, żadnego nie brak; uśpienie chloroformowe.

1) W kle strony prawej szczęki górnej przewiercono szkliwo na jakie 2 lub 3 milimetry ponad dziąsłem od strony wargowej świderkiem, na którego końcu był umieszczony odszczepek dyamentu. Zwykłym okrągłym świderkiem rozszerzono jamkę tak, aby mógł w nią ściśle wejść wkład porcelanowy (*Porcelanneinlage*), oznaczony literą K[10]). Skoro kanał zębowy został otwarty i miazga krwawić zaczęła, wymyto dno jamki 40% formaliną, zostawiając wprost na obnażonej miazdze kawałeczek waty, napojonej tym samym rozczynem formaliny. Krwawienie ustało tak pod działaniem formolu, jak i pod uciskiem waty. Włożony kawałek waty przykryto cementem Harvard'a i założono szczelnie dobranym czopkiem porcelanowym, który po stwardnieniu cementu zeszlifowano do jednego poziomu z brzegami jamki wywierconej w zębie.

2) W kle górnym strony lewej nie przewiercono zęba do samej miazgi, lecz pozostawiono cienką warstwę zębiny tak, że zawartość kanału zębowego przeświecała. Wywierconą jamkę wymyto 40% formaliną; mały kawałeczek waty, napojony również 40% formaliną, złożono na dnie jamki i przykryto cementem Harvarda. Szczelnie dopasowany czopek porcelanowy, osadzony na cemencie, dopełnił zabiegu.

3) W kle dolnym strony prawej, po otwarciu jamy kanału zębowego, zakażono miazgę, drobnoustrojami, a raczej cząstkami miazgi świeżo wyjętego zęba trzonowego ludzkiego, w którym toczyło się ropne zapalenie miazgi (*pulpitis purulenta*). Jamkę, po wymyciu 40% formaliną, wypełniono mięszaniną cementu Harvarda, z dodatkiem 40% formaliny, poczem założono czopek porcelanowy.

Po 2-ch tygodniach nie zauważono żadnych zmian. Pies miał się zupełnie dobrze, jadł, nie skomlał, a szczęki jego, badane wśród tego czasu i potem, nie okazywały żadnego obrzmienia ani na dziąśle, ani w częściach twardych, otaczających ząb. Zęby trzymają się silnie. Na około nich nie stwierdzono na dziąsłach zaczerwienienia.

Doświadczenie II.

Nie naruszając zupełnie poprzednio płombowanych zębów, przystąpiono do dalszych doświadczeń z formagenem Abrahama i jodoformagenem ze składu Simonisa z Berlina. Tak jeden jak i drugi przetwór miał być zupełnie świeżym. Uśpiwszy psa chloroformem, nadwiercono świderkiem diamentowym szkliwo.

4) W kle dolnym strony lewej rozwiercono otwór zwykłym świderkiem aż do miazgi. Krwotok ze zranionej miazgi zatamowano uciskiem, zapomocą tamponika z wyjałowionej waty. Na wierzchu odsłoniętej miazgi zębowej złożono nieco jodoformagenu, posiadającego gęstość miodu. Skoro osłonka ta stwardniała, zamknąłem wywierconą jamkę na zwykłym cemencie Harvarda dokładnie dobranym czopkiem porcelanowym.

5) W zębie trzonowym drugim dolnym strony lewej zrobiono to samo z tą różnicą, że przed założeniem jodoformagenowej osłonki zakażono miazgę drobnoustrojami, pochodzącymi z *pulpitis purulenta totalis*, świeżo wyrwanego zęba ludzkiego.

6) Zęby trzonowe drugie strony prawej dolne i górne zostały tak samo jak kieł i trzonowy strony lewej, użyte do doświadczenia, z tą różnicą, że zamiast jodoformagenu traktowałem je formagenem Abrahama, zakaziwszy dolny drobnoustrojami, w górnym zaś kładąc formagen wprost na niezakażoną miazgę zębową. Rozumie się, że obydwa wymienione zęby, zamknięto szczelnie wkładami porcelanowymi, które, jak poprzednie, osadziłem na cemencie, a po stwardnieniu oszlifowałem równo z brzegami zęba.

Po ukończeniu operacyi pies miał się względnie dobrze, a na drugi dzień mógł swobodnie jeść. W dniu trzecim jednak zaczął skomleć i, szczególnie po stronie prawej, łapą pysk obcierać. W cztery dni po drugim zabiegu zabito psa chloroformem, wyłuszczono mu szczękę dolną, i wypiłowano szczękę górną. Po dokładnem obejrzeniu dziąseł i obmacaniu kości w okolicach plombowanych zębów wydłutowano te zęby, a to dlatego, aby módz zbadać, czy w zębodole i osłonce korzeniowej nie powstały jakieś zmiany. Po oddaleniu kości rozłupywano każdy z zębów szczękami śrubownicy tak, aby miazgi nie uszkodzić, a łatwo je wydobyć. Obejrzawszy miazgę gołem okiem, wrzucałem ją dla ustalenia do płynu Perynyego, poczem, stwardniając stopniowo w wyskoku 70% aż do bezwodnego, zatapiałem w końcu w parafinie. Z miazgi każdego zęba robiłem serye skrawków, aby zdać sobie sprawę z całości. Większą część skrawków barwiłem podwójnie t. j. hematoksyliną i eozyną. Niektóre zaś skrawki, szczególnie z miazgi zębów zakażonych, barwiłem różnymi sposobami na drobnoustroje.

Ciąg dalszy nastąpi.

[9]) Deutsche Monatsch. für Zahnheilkunde Juliheft, 1897.

[10]) Używałem wkładów porcelanowych, sporządzonych przez firmę C. Asch u. Sons.

II. **Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.**

Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9.

Podał

Dr. Stanisław Droba [1]).

(Wykład, wygłoszony na IX Zjeździe chirurgów polskich, odbytym dnia 18 i 19 lipca 1899 r. w Krakowie.

Z polecenia Dra Rutkowskiego zabrałem się zaraz z początkiem bieżącego roku szkolnego do dokładnego opracowania wszystkich przypadków gruźlicy stawów i kości, jakie miały być w ciągu całego roku w tutejszej klinice leczone.

Celem tych badań miała być odpowiedź na dwa pytania, mianowicie:

1) Czy każdy przypadek, uważany za gruźlicę, jest nią w rzeczywistości, a

2) Jeżeli tak jest, to dla czego przebieg ich kliniczny tak rozmaite przedstawia obrazy.

Drogi, jakie sobie w tym celu obrałem, były następujące: 1) Ścisłe badanie bakteryologiczne każdego przypadku w połączeniu ze szczepieniem zwierzętom, wrażliwym na gruźlicę tkanek i płynów, branych ze stawów, w których rozpoznawano sprawę gruźliczą. 2) Badanie anatomo-patologiczne schorzałych stawów i kości w ogólności, a badanie histologiczne kości i torby stawowej w szczególności. 3) Zestawianie wyników powyższych badań i rozpatrywanie w ich świetle przebiegu klinicznego, jaki w danym przypadku spostrzegano.

Do końca b. r. szkolnego zebrałem 16 przypadków.

Z tych 16 przypadków dotyczyła sprawa miejscowa:

a) Stawu barkowego	1,	punkt wyjścia niepewny.
b) Stawu łokciowego	2,	w obu ognisko pierwotne w kości.
c) Nasady kości łokciowej końca obwodowego	1,	ognisko pierwotne w kości.
d) Stawu kolanowego	3,	we wszystkich trzech sprawa pierwotna w torbie.
e) Stawu skokowego	1,	ognisko pierwotne w kości.
f) Kości śródstopia	2,	sprawa pierwotna w kości.
g) Kości ręki	1,	sprawa pierwotna w skórze.
h) Stawu biodrowego	2,	raz ognisko pierwotne w kości, drugi raz punkt wyjścia niepewny.
i) Mostka	1,	ognisko pierwotne w kości.
j) Rozdęcia kości mniejszych *(Spinae ventosae)*	2,	sprawa pierwotna w kości.

W dziesięciu przypadkach sprawa pierwotna w kości, w trzech przypadkach w torbie, raz w skórze, w dwóch przypadkach punkt wyjścia niepewny.

Wszystkie przypadki badane były dokładnie ogólnie, przyczem uwzględniałem bardzo szczegółowo badanie płuc. W każdym z nich badano plwocinę na prątki gruźlicze i szczepiono plwocinę świnkom morskim, wypróbowanym tuberkuliną.

W dziesięciu przypadkach nie stwierdzono gruźlicy w płucach i innych narządach, w sześciu stwierdzono gruźlicę płuc, w jednym obok gruźlicy płuc stwierdzono gruźlicze zmiany w gruczołach chłonnych szyi. Z tych przypadków plwocina badana była na prątki cztery razy z wynikiem dodatnim, w reszcie z wynikiem ujemnym. Ze świnek, szczepionych plwociną, padło sześć na typową gruźlicę.

Dziedziczność stwierdzono w 6 przypadkach; w 10 — nie. Uraz, jako czynnik usposabiający istniał w 4 przypadkach, w 12 nie. Dziesięć przypadków przypada na wiek młodzieńczy od 4 do 24 roku życia; sześć przypadków na wiek starszy od 32—49 lat.

Pod względem bakteryologicznym rozpadają się powyższe przypadki na dwie gromady:

Pierwsza gromada obejmuje przypadki, powikłane przetokami, zatem przypadki, gdzie do tkanek gruźliczo zmienionych miały swobodny dostęp inne drobnoustroje; gromada ta obejmuje przypadków sześć: dwa przypadki gruźlicy kości śródstopia, jeden przypadek gruźlicy stawu łokciowego, jeden przypadek gruźlicy ręki, dwa przypadki gruźlicy kości drobnych *(spina ventosa)*.

Z przetok sączyła się w obu przypadkach gruźlicy kości śródstopia ciecz o surowiczem wejrzeniu, zawierająca mnóstwo strzępów tkanki obumarłej, — w pozostałych przypadkach ciecz o wejrzeniu zbliżonem więcej do ropy. Drobnowidowo różnica polegała na większej ilości ciałek ropnych w przypadkach drugiego rodzaju. Prątków gruźliczych w treści przetok nie znaleziono w żadnym przypadku.

Treść, a także tkanki, brane ze ściany przetok, szczepiono na pożywkach i otrzymano we wszystkich przypadkach hodowle mięszane, z których zdołano wyosobnić: 1) gronkowce białe *(Staphylococcus albus)*, 2) gronkowce złociste *(Staphylococcus aureus)*, 3) *Tetragenus*, 4) prątek sienny *(Bacillus subtilis)*.

Jadowitość gronkowców była we wszystkich przypadkach mała. Największa u chorego Simraka z gruźlicą kości śródstopia, najmniejsza u N. N. z nawrotem gruźliczym w stawie łokciowym. Jadowitość *tetragenus* i prątka siennego była we wszystkich przypadkach równa zeru. Jadowitość badano na królikach.

Ciecz z przetok, wziętą z obu przypadków gruźlicy kości śródstopia i z jednego przypadku rozdęcia gruźliczego *(spina ventosa)* pierwszej kości śródstopia, zaszczepiono świnkom morskim, wypróbowanym tuberkuliną. Żadna z tych świnek do dziś dnia nie padła pomimo, że minęło 8 miesięcy od czasu szczepienia. Świnki wyglądają dobrze.

Tkanka zmieniona, zaszczepiona świnkom, zabiła je we wszystkich sześciu przypadkach, w czasie od 6—8 tygodni. Świnki padłe okazywały wybitne zmiany gruźlicze, największe w postaci rozlanych nacieków w wątrobie i śledzionie, świeże w postaci rozsianych gruzełków w płucach; w gruzełkach i naciekach u wszystkich padłych świnek znaleziono prątki gruźlicze.

Szczegół, że świnki szczepione cieczą z przetok, nie padły, podnoszę z naciskiem, gdyż do niego wrócę jeszcze później.

[1]) Praca w całej rozciągłości ukaże się w »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«.

Obraz anatomiczny w przypadkach gruźlicy kości śródstopia przedstawiał się jako naciek bez ostrych granic i zajmował w jednym przypadku: kości klinowe, kość sześcienną, łódkowatą i część kości piętowej. Kości, w których nacieku nie wykazano, były bardzo rozmiękłe. Chrząstki z tych kości schodziły łatwo. W przypadku drugim rozlany naciek zajmował kość sześcienną, jedną kość klinową i część kości piętowej.

Następne dwa przypadki, to przypadki rozdęcia gruźliczego kości *(spina ventosa)*. W obu rozpoczynała się sprawa w istocie gąbczastej i to jako naciek rozlany, który następowo zajmował istotę zbitą, wytwarzając w niej kloaki, przez które rozpadłe masy gruźlicze dostawały się do części miękkich i zakażały je gruźliczo, wywołując w następstwie zimne ropnie. Ropnie po przebiciu na zewnątrz pozostawiały po sobie przetoki.

Przypadek gruźlicy stawu łokciowego przedstawiał stosunki nieco odmienne. Tu był nawrót po przebytej przed dwoma laty gruźlicy tego stawu, z powodu której wykonano wówczas resekcyę. Obecnie powstało ognisko gruźlicze, wielkości soczewicy poniżej odciętego wyrostka łokciowego *(olecranon)*. Około ogniska zbita kość. Między zresekowanymi odcinkami kości sztucznie wytworzona torba stawowa. Po zewnętrznej stronie torby ropień zimny. W wytworzonej torbie kostka wielkości małego orzecha wolno leżąca. Na grzbiecie przetoka, łącząca się z ogniskiem kostnem.

Przypadek szósty przedstawia rozległe owrzodzenia gruźlicze skóry. Ztąd sprawa gruźlicza przechodzi na kości śródręcza i członki palców; kości miękkie, dają się nożem krajać.

Obraz histologiczny tej gromady przypadków przedstawia się w sposób następujący: Na pierwszy plan występuje naciek drobno-okrągło-komórkowy. Wśród niego widać porozrzucane skąpo gruzełki. Z beleczek kostnych pozostały resztki. W obrazie tym uderza wielce okoliczność, że z im większem zniszczeniem sprawa przebiegała, tem mniej się spotyka gruzełków, a więcej nacieku rozlanego drobnokomórkowego, a dalej to, że w przypadkach dużego i szybkiego zniszczenia, nie widać przywarstwiania (spraw apozycyjnych) tak, jak je widać w przypadkach więcej przewlekłe przebiegających.

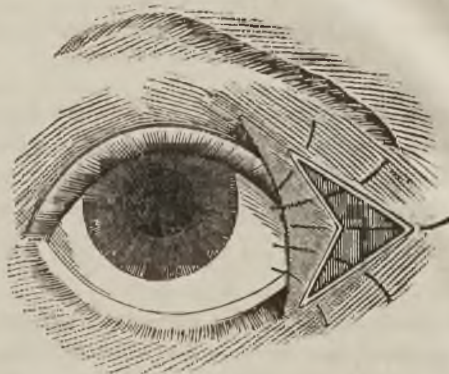
Największe zniszczenie przedstawił przypadek, dotyczący chorego Simraka z gruźlicą kości śródstopia. Tu cała sprawa chorobowa trwała $1^1/_2$ roku; w ostatniem półroczu wystąpiło znaczne pogorszenie. Na poduszkowato obrzękłej stopie wytworzyło się w krótkim okresie czasu 8 przetok. W przypadku tym istniała dziedziczność, zmiany w płucach, i wykazano prątki gruźlicze w plwocinie; wykonano amputacyę sposobem Pirogowa.

W przypadku gruźlicy skóry z następowemi zmianami w kościach ręki i palców, wykonano częściowe wyłuszczenie ręki. Resztę przypadków leczono zachowawczo. Leczenie polegało na nacięciu, wyskrobaniu części zmienionych i zalewaniu rany mieszanką jodoformową. Podnieść należy, że w przypadku Iszym i Ilgim istniała dziedziczność i zmiany w płucach. W przypadkach pozostałych brak było obu tych czynników. (C. d. n.)

III. Nowy sposób operacyjny zmarszczki nakątnej.

Pod powyższym tytułem umieścił prof. Wicherkiewicz w lipcowym numerze *Postępu okulistycznego* na str. 276 swój sposób doszczętnego usuwania *epicanthus*.

Zamiast opisu operacyi, którą prof. Wicherkiewicz jako nową zaleca, umieszczam rysunek wyjęty z pracy prof. Wicherkiewicza (str. 279), który dokładnie kierunek cięć, wycięcie kawałka skóry, sposób zakładania szwów i istotę tej operacyi tłómaczy.



Rys. z *Postępu okulistycznego* str. 279.

O ile operacya ta posiada niezaprzeczoną wyższość nad innymi dotychczas używanymi sposobami (Ammon, Arlt), o tyle dziś już nie można jej nazwać nową, gdyż jeszcze w styczniu b. r. ogłosili pp. E. Berger et Robert Loewy: *Nouveau procédé opératoire pour l'épicanthus (Revue illustrée de Polytechnique Médicale et Chirurgicale* 1899, Nr. 1, str. 11), sposób, który jest zupełnie identyczny ze sposobem polecanym przez prof. Wicherkiewicza.

Od maja b. r. stał się on nawet popularnym i dla całego świata okulistycznego bardzo łatwo dostępnym, w majowym bowiem numerze zdaje *Centralblatt für Augenheilkunde* na stronie 148 sprawę z tej operacyi i podaje rysunek, wyjęty z oryginalnej pracy francuskiej (str. 12).

Dla jasnego przedstawienia rzeczy pozwolę sobie przytoczyć w dosłownem brzmieniu i z rysunkiem króciutkie to sprawozdanie:

„Die bisherigen Operationsmethoden des Epicanthus bestehen bekanntlich in der Ausschneidung eines elliptischen Hautstückes am Nasenrücken (v. Ammon) oder der verticalen



Rys. z *Centralblatt f. Augenh.* str. 148 i *Revue polytechn. médicale* str. 12

Hautfalte, welche die Lidspalte vom inneren Winkel aus überdeckt (Arlt). Verff. schneiden eine lineare oder reiterchenförmige Hautfalte an den Seitentheilen des Nasenrückens aus. Nach Anlegen der Nähte verstreicht die verticale Hautfalte. Die zurückbleibende Narbe ist kaum sichtbar".

Jeden rzut oka na te dwa rysunki wystarczy, aby stwierdzić zupełną identyczność sposobu, opisanego przez prof. Wicherkiewicza, a operacyą Bergera-Loewyego.

Operacya ta zresztą jest godną polecenia i ze wszech miar zasługuje na rozpowszechnienie.

We Lwowie, w sierpniu 1899 r.

Dr. Adam Szulisławski.

Na uwagi Dra Szulisławskiego nadesłał prof. Dr. Wicherkiewicz następującą odpowiedź:

Wielmożny Panie Redaktorze.

Po Kongresie międzynarodowym okulistów w Utrechcie skryłem się po trudach całorocznych do tej uroczej miejscowości, by przy szumie morza zapomnieć o przykrościach życia i ukołysać się do krótkiego *dolce far niente*. Ale wytropił mię list Wasz, czcigodny Panie, przerywa pożądany spokój i zniewala do odpowiedzi, której opóźnienie racz Pan wybaczyć. Spowodowało je błąkanie się listu Pańskiego.

Życzysz sobie czcigodny Panie Redaktorze odpowiedzi czy wyjaśnienia na krytyczną do Redakcyi przesłankę Dra Szulisławskiego.

Nie rozumiem dobrze pobudek tej przesłanki, a przynajmniej nie chciałbym niekorzystnych dla autora robić wniosków. Sądzę też, że czytelników *Przeglądu lekarskiego* mało może obchodzić sprawa, kto pierwszy i ile tygodni lub miesięcy pierwej używał tego samego sposobu operacyjnego, lub kto pierwszy pisał o nim; ja zaś najchętniej pominąłbym milczeniem zaczepkę, zbyt pospieszną co najmniej, gdyby nie Wasze życzliwe wezwanie, któremu poświęcę kilka słów wyjaśnienia:

Znana jest powszechnie rzeczą, że jeden i ten sam pomysł powstać może równocześnie w kilku głowach, a mnie samemu już kilka razy zdarzało się, że, gdy chciałem rzecz dawno obmyślaną i dostatecznie wypróbowaną drukiem ogłosić, wyprzedzono mnie i do milczenia zniewolono. Ze słów powyższych można by, pomyślicie sobie, wywnioskować, iż mój sposób operowania zmarszczki nakątnej jest identyczny ze sposobem panów Bergera i Loewyego. Ani przyznaję, ani zaprzeczam, bo sposobu tych panów ze źródła samego nie znam. Sposób nowy operacyi zmarszki nakątnej stosuję już od kilku lat, a mianowicie jeszcze za czasów pobytu mego w Poznaniu. Nie spieszyłem się z publikacyą, chcąc większej o metodzie tej nabrać pewności, do czego nie często nadarza się sposobność.

Zawezwany do czynnego udziału w Kongresie międzynarodowym, już od początku b. r. postanowiłem przedmiot ten, jako nowy, na Zjeździe przedstawić. Nie chcąc atoli, by zbyt długi czas dzielił publikacyę polską, której uważałem za mój obowiązek patryotyczny dać pierwszeństwo, od publikacyi francuskiej na Kongresie, ogłosiłem rzecz, dającą dziś powód do zaczepki, dopiero w numerze *Postępu Okulistycznego*, poprzedzającym bezpośrednio otwarcie Zjazdu. — O umieszczeniu artykułu, dotyczącego tego sposobu operacyjnego, w *Revue illustrée de polytechnique medicale et chirurgicale*, przyznaję się otwarcie, nie wiedziałem nic. Znam to pismo, ale go nie czytuję. Jest ono mało rozpowszechnione, a nawet teraz, chcąc się przekonać z pracy oryginalnej, o ile moj i tamten sposób mają być identyczne, starałem się o to w poblizkiej Hadze, ale okulistom tamtejszym nawet ono nie jest znane. Referat zaś o artykule z *Revue*, umieszczony w *Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde*, zresztą, jak się przekonuję, zbyt lakoniczny, uszedł mej baczności przy nawale ważniejszych spraw. Zapewnienie Dra Szulisławskiego, że (mimo lakonicznego streszczenia) sposób, „który jest zupełnie identyczny ze sposobem, polecanym przez prof. Wicherkiewicza“ „od maja b. r. stał się nawet popularnym i dla całego świata okulistycznego bardzo łatwo dostępnym“, — nie bardzo licuje z przebiegiem dyskusyi nad moim wykładem, wygłoszonym na dopiero co odbytym Kongresie w Utrechcie.

Przedmiot, poruszony przeze mnie, zainteresował bardzo licznie zebranych na to właśnie posiedzenie członków. Już poprzednio osobiście byłem częstokroć interpelowany, w jaki sposób operacyę wykonuję, a po wykładzie, który ożywioną wywołał dyskusyę, nikt, wyraźnie nikt, nie zaznaczył, że sposób przeze mnie podany nie jest nowym, nawet obecny, blizko mnie siedzący redaktor *Centralblattu*, który przecież powinien wiedzieć, co pismo jego streszczało, zwłaszcza, gdy po tem streszczeniu „sposób stał się dla całego świata okulistycznego dostępnym“.

Z tego wszystkiego przypuszczam, że sposób pp. Bergera i Loevyego jest może bardzo do mego zbliżony, ale nie zupełnie identyczny. Zresztą, figura, którą w *Postępie* podałem, odnosi się do płata skóry przy zwykłych postaciach zmarszczki. Postać płata zmienia się atoli stosownie do tego, czy zmarszczka zachodzi więcej na górną czy na dolną powiekę; wcięcie nad kątem wewnętrznym oka jest więcej lub mniej otwarte, stosownie do tego, czy zmarszczka znaczną lub mniej znaczną część kąta oka pokrywa.

Przepraszam Szanownego Pana Redaktora, że sprawą tak drobiazgową, tyle zająłem mu czasu, ale wytłómaczony jestem, jak mniemam, Jego życzliwem wezwaniem. A właśnie, wobec tej drobiazgowości sprawy poruszonej przez Dra Szulisławskiego i to w chwili, gdzie uwaga jego mogła wcale nie dojść do mej wiadomości, czytelnik starać się będzie, co ja z umysłu pomijam, odpowiedzieć sobie na pytanie, z jakich to pobudek Dr. Sz. tak pospiesznie bierze w obronę pierwszeństwo, choćby nawet uzasadnione, spółki E. Berger et Robert Loevy przeciw swojemu byłemu szefowi, mogąc wiedzieć, że sprawa ta osądzoną będzie wobec areopagu okulistów różnych narodowości, wobec osób, które bronić będą pierwszeństwa pomysłu w interesie prawa słuszności i miłości własnej narodowej. Zresztą, mało mi na tem zależy, czy Dr. Sz., a choćby nawet i świat naukowy, oznaczał odtąd nową, „godną polecenia i ze wszech miar zasługującą na rozpowszechnienie“ operacyę nazwą moją lub panów Bergera i Loevyego. Pracuję dla dobra ludzkości i nauki, o czczy rozgłos nie dbam.

Przyjm Szanowny Panie Redaktorze zapewnienie szczerego poważania, z jakiem pozostaję

powolny sługa *B. Wicherkiewicz.*

Scheveningen, dnia 22 sierpnia 1899 r.

(Uważając wątpliwości, poruszone w tej polemice, za zupełnie ze stanowiska rzeczowego wyjaśnione, dalszą w *Przeglądzie Lekarskim* dyskusyę na ten temat Komisya redakcyjna zamyka).

IV. Wyciągi.

Rieder H. Prof. **Doświadczenia lecznicze z promieniami Roentgenowskimi w sprawach zakaźnych.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 29, 1899). Po wykazaniu, że promienie Roentgenowskie działają bakteryobójczo na płytach, należało się jeszcze przekonać, jak będą działały też promienie na rozwój bakteryj, w razie zakażenia ustroju zwierzęcego drobnoustrojami. Już z góry można było przypuścić, że promienie te, choć wstrzymywały rozwój bakteryj na pożywkach, w obec zmienionych warunków nie będą podobnie działać na bakterye, rozwijające się w żywym ustroju. Następnie zdawało się, że promienie Roentgenowskie nie wpływają w żaden sposób na ostre sprawy zakaźne. Nieco inaczej zachowają się one, tak przypuszczano, w obec zakażenia podskórnego, ponieważ promienie R. tam mogą wpływać wprost zapomocą działania przez skórę, na rozwój bakteryj. Trzeba było przeprowadzić szereg doświadczeń, które też podjął autor w monachijskim zakładzie higienicznym. Szczepił mianowicie podskórnie rozmaite bakterye jadowite, jak wąglikowe, ropotwórcze zwierzętom (myszom, królikom, świnkom morskim), poczem poddawał te zwierzęta prześwietlaniu Roentgenowskiemu. Wszystkie doświadczenia jednakowoż wypadły ujemnie.

Kiedy więc przekonał się autor o zupełnej nieskuteczności promieni Roentgenowskich w ostrych sprawach zakaźnych, zajął się zbadaniem tej sprawy w odniesieniu do chorób zakaźnych przewlekłych. Ma się rozumieć, że przedewszystkiem wziął się do doświadczeń z gruźlicą, ponieważ objawy jej są bardzo dobrze znane, a następnie da się ona łatwo przeszczepiać. Doświadczenia poprzednie innych bada-

czy, jak francuzów Lorteta i Genouda, oraz niemca Mühsama, doprowadziły do dodatnich wyników. I tak można było zawsze spostrzedz wpływ promieni R. na gruźlicę miejscową, której rozwój w miejscu szczepienia zatrzymywał się, lecz gruźlicy ogólnej nie dało się powstrzymać lub uleczyć.

Jeżeli się porównało zwierzęta kontrolne, którym zastrzykiwano podobnie prątki gruźlicze, ale ich nie poddawano działaniu promieni R., widać było we wszystkich przypadkach, że u tych zwierząt sprawa przebiegała nierównie cięższej i na większej przestrzeni. Przeciwnie, u zwierząt prześwietlanych gruźlica miejscowa szybko się ograniczała i otorbiała, a na powierzchni nawet się goiła. Choć w końcu tamte i te zwierzęta ginęły na gruźlicę ogólna, to przecież zwierzęta prześwietlane żyły dłużej (średnio 67 dni) niż zwierzęta kontrolne (53 dni).

Wyniki doświadczeń autora poparły w zupełności pracę Mühsama.

Gruźlica miejscowa w doświadczeniach autora nawet się niekiedy goiła, zabliźniała, a obraz ten przypominał zabliźnianie się wilka (lupus). Wogóle gruźlica miejscowa pod wpływem promieni R. rozwijała się dużo wolniej, a zakażenie ogólne opóźniało się, choć w końcu zwierzęta ginęły.

Niewątpliwie tedy wywierają promienie R. jakiś wpływ na warunki żywotne bakteryj. Ale jaki? Aby na to odpowiedzieć, poddawał autor prześwietlaniu świnki morskie zupełnie zdrowe. Jednakowoż nawet po dłuższym czasie nie widać było żadnego wpływu na zachowanie się, tych zwierząt; biegały tak samo żywo jak poprzód, jedynie tylko pojawiało się zapalenie skóry z wypadaniem sierści.

Niektóre zwierzęta pod wpływem prześwietlania chudły. Zdaje się, że promienie R. przyspieszają rozpad białka w ustroju, a wskutek tego powstają ciała toksyczne, które powodują wychudnienie.

Tyle co do działania promieni R. na zwierzęta.

Zastosowanie wyników owych na ludziach, które następnie przedsiębrał autor na chorych gruźliczych w klinice prof. Ziemssena, wcale nie są zachęcające. Oprócz wilka, w którym można było widzieć dobre skutki, choć leczenie wymaga bardzo długiego stosowania prześwietlania, w gruźlicy przewlekłej nie widział autor wyników pomyślnych.

Stan płuc przy badaniu fizycznem nie ulegał zmianie, odżywienie podupadało, gorączki nie dało się wstrzymać, nie mówiąc już zgoła o wyleczeniu gruźlicy.

Na przeszkodzie stoi tu ten wzgląd, że promieni R. nie można stosować ani tak długo, ani w takiej sile, jak w doświadczeniach z hodowlami bakteryj na płytkach.

Na ogół nie można więc oczekiwać od promieni R. działania leczniczego w gruźlicy przewlekłej, a jak się zdaje tak samo w innych przewlekłych chorobach zakaźnych.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Mirolubow. **Przypadek rumienia wypocinowego** *(Erythema exsudativum)* **na tle rzeżączki.** *(Wracz* Nr. 29, 1899). Dotychczas w piśmiennictwie bardzo rzadko spotykamy się z opisami powikłań w przebiegu rzeżączki ze strony powłok zewnętrznych, a autorowie opisanych przypadków uważają występujące tutaj cierpienia skóry za sprawę odruchową, nie zaś za bezpośredni wynik ogólnego zakażenia rzeżączkowego, za czem zdaje się przemawiać następujący przypadek:

Chory lat 24 zgłosił się do szpitala z typowymi objawami ostrej (t. z. moskiewskiej) rzeżączki; badanie drobnowidowe wykazało w wydzielinie cewki moczowej liczne gonokoki; 6-go dnia pobytu w szpitalu (chorego przez ten czas leczono wstrzykiwaniami $^{1}/_{4}$% rozczynu siarkanu cynkowego) na klatce piersiowej tego chorego wystąpiły liczne, silnie swędzące guzki, czerwone, wielkości ziarn prosa, wystające ponad powierzchnię, leżące jużto pojedyńczo, już też tworzące większe gromadki; nazajutrz guzki te zlały się z sobą całkowicie tak, że skóra okazywała jednostajne malinowo-czerwone zabarwienie, była nieco napięta i jakby zgrubiała. W ciągu kilku dni następnych sprawa ta rozszerzyła się na całą skórę: niezajęte pozostały jedynie dłonie i podeszwy; jednocześnie ciepłota wzrastała powoli aż do 40° C., wystąpiło ogólne osłabienie, brak łaknienia, bóle głowy; wypływ z cewki całkowicie zniknął, by więcej już nie powrócić. Ciepłota na wysokości 40° przetrwała około 2 dni, a następnie (6-go dnia po wystąpieniu osutki) poczęła się zniżać, rumień — blednąc i ustępować, wystąpiło obfite łuszczenie się naskórka i znowu w ciągu tygodnia rumień ustąpił całkowicie. Prócz wstrzykiwań siarkanu cynkowego chory przez cały czas choroby nie otrzymywał żadnych leków.

W czasie choroby autor kilkakrotnie badał krew tego chorego i znalazł w ciałkach białych nieliczne dwoinki Neisserowskie, liczba których w miarę wzrostu ciepłoty zmniejszała się, aż wreszcie, gdy cieplota dosięgła 40°, dwoinki zginęły zupełnie ze krwi, a jednocześnie poczęły ustępować i objawy chorobowe. Na tej zasadzie autor, wykluczając możliwość rumienia z zatrucia, odruchowego lub wreszcie samoistnego, sądzi. iż w danym przypadku miał do czynienia z rumieniem, powstałym na tle ogólnego zakażenia rzeżączkowego; dzięki podniesieniu się ciepłoty do 40°, zdaniem autora, gonokoki uległy obumarciu, co znowu sprowadziło ustąpienie objawów chorobowych zarówno ogólnych (rumień), jakoteż i miejscowych (rzeżączka cewki moczowej).

Gliński.

Nawratzki & Arndt: **O wahaniach ciśnienia płynu mózgowordzeniowego w napadach drgawek.** *(Berliner klin. Wochens.* 1899, Nr. 30). Niektórzy autorowie twierdzą, że powiodło im się zapomocą osączkowania bocznych komórek mózgowych usunąć napady padaczkowe. Stadelmann wykazał rzeczywiście, że w czasie napadów drgawkowych wzrasta ciśnienie płynu mózgowordzeniowego i ztąd wyłoniła się myśl leczenia padaczki zapomocą nakłócia lędźwiowego; podjęte w tym kierunku próby wydawały jednak wyniki ujemne. Aby wyjaśnić przyczynę tych niepowodzeń, podjęli N. i A. dokładne pomiary ciśnienia płynu mózgowordzeniowego u 3 epileptyków. Pomiary te wykazały, że bezpośrednio przed napadem padaczkowym ciśnienie to jest prawidłowe, dopiero współcześnie z nastaniem kurczów i drgawek ciśnienie poczyna wzrastać i d chodzi do znacznej wysokości. Wnoszą ztąd autorowie, że ten wzrost ciśnienia nie jest przyczyną, ale dopiero skutkiem napadu padaczkowego, wywołanym przez przerwę w oddychaniu w czasie napadu i idący za tem ogólny zastój żylny; dalszy z tego wniosek, że próby wpływania na napady padaczkowe zapomocą nakłócia lędźwiowego do niczego wogóle nie doprowadzą. W napadach drgawek histerycznych ciśnienie także wzrasta, ale nie tak znacznie, jak w napadach padaczkowych. *Z.*

Hirschkorn. **Doświadczenia ze środkami kojącymi ból w gośćcu, dnie i nerwobólach.** *(Wiener med. Presse* 1899, Nr. 32). Według badań autora oddają najlepsze usługi co do uśmierzania bólów: w ostrym gośćcu stawowym salicylan sodowy; w przewlekłym gośćcu stawowym i mięśniowym salipiryna i salofen, jednakże zastosowane w dużych dawkach; przytem działają tylko chwilowo; w dnie salicylan sodowy i antypiryna; w rwie n. trójdzielnego w przypadkach świeżych żadnemu środkowi nie można przyznać pierwszeństwa, jednakże autor zaleca salicylan sodowy po 1·0 i chininę aż do 0·5 na dawkę, — kilka razy dziennie; w przypadkach dłużej już trwających rwy n. trójdzielnego zaleca H. fenacetynę z chininą, konopie ind. z kw. salicylowym, chloral lub brom z morfiną, brom z wilczą jagodą; w rwie potylicznej i ramieniowej fenacetyna okazała się najskuteczniejsza; w rwie kulszowej i międzyżebrowej pomagają czasem salipiryna i pokrewne środki; w bólach strzelających w wiądzie rdzenia najlepsze wyniki widział H. po $^{1}/_{2}$ gramowych dawkach fenacetyny lub antyfebryny. We wszystkich zaś prawie tych chorobach działa bardzo dobrze borowina ichtyolowa, co stwierdził H. w 40 przypadkach. *Z.*

Rost. **O zastosowaniu odżywiania wyłącznie przez odbytnicę.** *(Berl. klin. Wochens.* Nr. 31, 1899). Wyłączne żywienie przez odbytnicę wskazane jest zawsze tam, gdzie chodzi o zapewnienie bezwzględnego spokoju narządowi pokarmowemu, a powinno łączyć się zawsze z leżeniem w łóżku. W godzinę po porannej lewatywie, oczyszczającej odbytnicę, otrzymuje chory pierwszą lewatywę odżywczą, a w ciągu dnia 2 dalsze; każda z nich ma zawierać 250 ctm³ mleka, żółtko z jaja, łyżeczkę soli i nieco mąki. Wyłączne odży-

wianie przez odbytnicę trwać może tydzień, a nawet i dłużej. Najlepsze usługi oddaje ten sposób przy wrzodach żołądka i krwotokach z takich wrzodów. Jeżeli chorym dokucza pragnienie, zalecają się obok lewatyw odżywczych wlewania fizyologicznego roztworu soli do odbytnicy. Dobre wyniki daje żywienie przez odbytnicę w sokotoku żołądkowym (oczywiście z wyjątkiem postaci nerwowych) w rozszerzeniu i niedomodze ruchowej żołądka, wreszcie w uporczywych biegunkach W rakach przewodu pokarmowego sposób ten mało się nadaje, w gruźlicy, moczówce i błednicy nie jest wprost przeciwskazanym, ale wymaga ostrożności w doborze przypadków. Przy bólach można do lewatyw odżywczych dodawać makowiec. *Z.*

O. Tubenthal. **Torbiel w mózgu przyczyną padaczki.** *(Deut. med. Wochens.* Nr. 31, 1899). W cztery lata po powikłanem złamaniu kości czołowej lewej wystąpiły nagle u dorosłego mężczyzny gwałtowne kurcze padaczkowe, a między napadami chory uskarżał się na nieustający ból i zawrót głowy, tak, że do jakiegokolwiek zajęcia był zupełnie niezdolny. Na zaproponowaną operacyę zgodził się chętnie. Po odsłonięciu części miękich w okolicy blizny wydalił T. kilka odsłoi z czaszki, (które podtrzymywały przetokę w bliźnie), nie znalazł pod nimi opony twardej, natomiast okazała się tkanka, silnie płynem przesiąknięta, jakby obrzękłe opony miękie. T. naddarł ją szczypczykami i wtedy wylało się z głębi około 80 sz. ctm. płynu. Po rozszerzeniu otworu autor wprowadził w jamę, która ów płyn zawierała, palec i przekonał się, że zajmowała ona lewy płat czołowy i łączyła się z odpowiednią komórką mózgową. Wytamponował ją gazą jodoformową i po czterech miesiącach dopiero jama zupełnie się zamknęła. Padaczka, ból i zawrót głowy i t. d. ustąpiły bezpowrotnie z chwilą operacyi. *Herman.*

Warburg F. Dr. **O bakteryomoczu** *(bacteriuria). (Münch. med. Wochens.* Nr. 29, 1899). Bakteryomocz, jak wiadomo, oznacza ten stan chorobowy, w którym mocz świeży zawiera wielką ilość drobnoustrojów, przyczem nie są wcale zajęte zapalnie ani nerki ani drogi moczowe. Zmętnienie moczu powinno w takim razie pochodzić tylko od bakteryj. Choroba ta wogóle rzadka, a Barlow naliczył w piśmiennictwie zaledwo 65 przypadków. W liczbie tej znajdują się 22 przypadki t. zw. *sarcinurii;* w pozostałych przypadkach dało się wyhodować czyste hodowle prątków okrężnicowych *(b. coli)* (17), gronkowców (3), prątków okrężnicowych i gronkowców (2 przypadki).

Autor dodaje do tego nowy przypadek, który odznaczał się nagłym początkiem z dreszczami. W pierwszym dniu choroby wystąpiły: dreszcze, gorączka (39·2°), silny ból głowy w okolicy czoła. Mocz kwaśny w drugim dniu choroby zmętniał silnie, a zmętnienie to nie ustępowało ani po zagotowaniu, ani po dodaniu zasady lub kwasu. Badanie drobnowidowe wykazało drobne prątki w wielkiej ilości. Leczenie salolem po ustąpieniu gorączki w 5 dniu choroby nie wpływało na wyjaśnienie moczu (przez 5 dni), dopiero po dodaniu urotropiny (dwa razy po 0·5) mocz się wyjaśnił zupełnie. Dokładne badanie bakteryologiczne prątka z moczu wykazało, że był to: *bacillus lactis aërogenes*, odkryty przez Eschericha.

Ponieważ prątek ten żyje w przewodzie pokarmowym (przynajmniej u osesków wykazano go dawniej), mógł więc on wtargnąć ztamtąd do krwi, a z krążenia wydzielił się moczem. Ten sposób zakażenia jest bardzo prawdopodobny, jak tego dowodzą doświadczenia innych badaczy na zwierzętach (Posner i Lewin). Ponieważ jednak u chorego, którego spostrzegał autor, bakteryomocz poprzedziło zapalenie oskrzeli, bardzo być może, że w tym przypadku prątki wtargnęły przez przewód oddechowy do ustroju, a potem z krwi weszły do moczu. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Sapieżko. **Pneumotomia w miejscach zrostów opłucnowych.** *(Semaine médicale,* Nr. 33, 1899). Autor, docent uniwersytetu kijowskiego, podaje praktyczny sposób oznaczania zrostów opłucnowych bezpośrednio przed operacyą pneumotomii, która wskazaną być może przy umiejscowionych sprawach płucnych, jakoto: zgorzel, ropnie, jamy, rozstrzenie oskrzelowe.

W tym celu S. używa rurki szklanej w kształcie litery U, napełnionej roztworem fizyologicznym chlorku sodowego. Jeden koniec rurki jest połączony z igłą wydrążoną, o końcu stępionym, opatrzonym jednym lub kilkoma otworami w odległości $^1/_2$ ctm. od tego końca. W miejscu przypuszczalnych zrostów opłucnowych chirurg nacina skórę klatki piersiowej i wprowadza igiełkę, połączoną z rurką manometryczną; koniec igły, chociaż tępy, z łatwością przechodzi między włókienkami mięśni i przebija opłucnę ścienną; — w tej chwili należy bacznie uważać na poziom płynu w rurce szklanej: jeżeli igiełka weszła do jamy opłucnowej wolnej, wtedy poziom płynu w rurce niezwłocznie się obniży wskutek ciśnienia ujemnego, jeżeli zaś poziom ten zostanie bez zmiany, to będzie dowód oczywisty zrostów opłucnowych i wtedy śmiało można po igiełce nożem prowadzić cięcie wgłąb. Po przecięciu opłucnej chwyta się płuco kleszczykami; wtedy można zrobić nakłócie próbne, dojść do ogniska chorobowego, a nacinając miąższ płucny, ułatwić sobie dostęp przez częściowe wycięcie żebra i t. d. S., operując w sposób powyżej opisany, zawsze otrzymywał wyniki pomyślne. *Dr. Beaurain.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Creosotum carbonicum i Amonium sulfo-ichtyolicum poleca H. Goldmann w gruźlicy płuc, przepisując: *Creosoti carbonici, Amonii sulfo-ichthyolici aa 15·0, Glyceryni puri 30·0, Aq. menthae pip. 10·0. MDS. 20—30 kropel trzy razy dziennie.* Dzieciom podaje 10—20 kropel. W licznych przypadkach, opisanych przez tego autora, lek ten dał wyniki dobre. *(Wiener klin. Wochenschrift,* 1898. 35). *J. L.*

Extractum Aspidii spinulosi zaleca W. Laurén, jako środek przeciwtasiemcowy w zastępstwie lekopisem austryackim objętego wyciągu *Aspidium filix mas.* W kłączu *Aspidium filix mas* znajdują się właściwe gruczoły wśródkomórkowe, wydzielnicze, wytwarzające substancyę żywiczną, której przypisujemy własności i znane działanie przeciwpasorzytnicze. Otóż kłącze z odmiany *Aspidii spinulosi* szczególnie bogate są w powyższe gruczoły. Laurén doświadczał działania wyciągu tego na samym sobie, będąc w posiadaniu odmiany bruzdogłówca szerokiego (Botriocephalus latus). Po zażyciu 4 grm. wyciągu, a następnie środka przeczyszczającego, w 2 godz. potem odszedł pasorzyt długości 8 metrów wraz z główką. Dolegliwości ubocznych z powodu zażycia leku tego nie doznawał. Z podobnym skutkiem stósował Laurén środek ten w pięciu jeszcze przypadkach i na podstawie tych wyników twierdzi, że wyciąg ten dorównywa w zupełności obowiązkowemu *Extr. filicis maris.* *J. L.*

Mosbacher *(Münch. m. Woch.,* 1899. 3) podnosi zalety anosonu (trichlorpseudobutylalkohol czyli acetonchloroform), polegające na tem, że używa się oryginalnego przetworu bez robienia roztworów, że jest znacznie mniej trującym niż inne środki znieczulające i że nie sprawia następowego bólu. *F. K.*

VI. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie przedpołudniowe dnia 26-go maja.

Na posiedzeniu klinicznem pokazywał Albert röntgenogramy miednic u rodzących. Widzialną jest tylko główka dziecka, a kręgosłup i inne części kośćca dziecka nie dadzą się odróżnić, bo stano-

wią jednę zbitą masę. Jednakże daje się na röntgenogramach rozpoznać ciążą bliźniacza. Przedstawiano jeszcze rozmaite okazy, między innemi pokazywał Sołowij macicę 74-letniej kobiety, zmarłej z krwotoków, wywołanych przez zaśniad groniasty.

Na posiedzeniu zwyczajnem toczyły się w dalszym ciągu rozprawy w przedmiocie *gorączek połogowych*.

Hofmeier. Czy wydzielina pochwy i odchody połogowe są zabójcze dla drobnoustrojów, rzecz jak się okazuje, jeszcze wątpliwa, skoro położnice zupełnie nie badane wewnętrznie mogą dostać gorączki połogowej. Doświadczenie wykazuje, że gorączki połogowe są częstsze, jeśli się z reguły pochwę przepłókuje. Wybór środka przeciwgnilnego do tych przepłókiwań nie jest obojętny. Ręczne wydobycie łożyska jest jednym z tych zabiegów, które najwięcej zagrażają powstaniem zakażenia.

Zweifel. Aczkolwiek niepodobieństwem jest, jak dowodzą badania Bumma, ręce odkażać całkowicie, to jednak należy starać się o ile możności przynajmniej wierzchnią warstwę naskórka wyjaławiać. Wbrew temu, co dawniej sądzono, nie środki chemiczne oczyszczają rękę, ale czas; dlatego mając ręce zakażone należy wstrzymać się od wszelkich operacyj przez odpowiedni czas, a nie polegać na wyjałowieniu zapomocą środków chemicznych. Z. również zaleca gumowe rękawiczki, ale przed ich użyciem powinno się ręce jak najstaranniej wyjałowić.

Küstner używa rękawiczek od 25 lat nie przeciw zakażeniu położnic, ale jedynie w tym celu, żeby ręce nie zanieczyścić. Najlepsze okazały się gumowe rękawiczki Döderleina. Rękawiczki trykotowe są bez wartości. Jeżeli się studentów pouczy o ważności wyjałowienia rąk przed wdzianiem rękawic gumowych, to można będzie, pomimo uwag Fehlinga, dojść do dobrych wyników.

Werth nie sądzi wprawdzie, żeby dla studentów do badania były rękawiczki niezbędne, bo przez 14 lat prowadząc klinikę, nie zauważył, żeby studenci (mając zazwyczaj ręce czystsze, niż lekarze praktykujący) zakażali położnice przez swe badanie; uważa jednak wprowadzenie rękawiczek za postęp.

Rosthorn, zgadzając się z Bummem, że dotychczasowe statystyki nie mają wielkiego znaczenia, wzywa do dokładniejszego opracowywania statystyk. Zakażenie położnic może powstać także drogą krwi i naczyń chłonnych. Na dowód przytacza R. własne spostrzeżenie (poród przedwczesny), w którem położnica, wcale nie badana wewnętrznie, dostała zapalenia gardła, a następnie zachorowała i zmarła na gorączkę połogową. R. również zauważył, że na jego klinice w tym czasie, w którym studenci badają położnice, częstość gorączek połogowych się wzmaga i to tem bardziej, im bliżej koniec kursu, a tłómaczy to sobie w ten sposób, że przy końcu kursu studenci są zmęczeni pracą umysłową i dlatego mniej starannie wypełniają obowiązek odkażania rąk przed badaniem. Im dłużej bada się położnicę, tem większe niebezpieczeństwo jej zakażenia. Słuchaczom anatomii patologicznej i bakteryologii nie wolno badać położnic, przytem każdy słuchacz musi sam o tem przełożonego zawiadomić, przez co wśród słuchaczy wyrabia się pewna kontrola osobista. Rosthorn byłby za używaniem rękawiczek, ale dotychczas niema rękawiczek z odpowiedniego materyału. W leczeniu gorączki połogowej zalecają w ciężkich przypadkach całkowite wycięcie macicy. R. stósował również tę metodę: w jednym przypadku po wycięciu macicy okazało się, że sprawa patologiczna ograniczała się do *endometrium* i pojedynczych odosobnionych ropni; chora ta jednak zmarła na gorączkę połogową. W przypadku, w którym, przy klinicznych objawach gorączki połogowej wykazało badanie bakteryologiczne paciorkowce, wyciął R. macicę: jednakże chora umarła, a sekcya wykazała jako przyczynę śmierci dur brzuszny. Widać z tego, że nadzwyczaj trudno jest wybrać przypadki, które w podobny sposób powinny być leczone. Od tego czasu jednak bada R. każdą ciężko chorą położnicę przed postanowieniem operacyi sposobem Widala w kierunku duru brzusznego. Surowicę Marmorka stósował R. bez dodatnich wyników, jednakże sądzi, że w przypadkach, któreby się miało operować, należy próbować tego sposobu leczenia.

Opitz zaleca użycie gumowych rękawiczek. Należy przepłókiwać pochwę, badanie wewnętrzne ograniczyć do niezbędnej konieczności. Alkoholu powinno się używać do wyjaławiania rąk, pomimo jego stron ujemnych. Samozakażenie, choć rzadko się zdarza, jednak jest możebne; O. miał sam dwa takie przypadki, oba z wyzdrowieniem, jednak może się zdarzyć i śmiertelny przypadek, i to właśnie jest ważne pod względem sądowo-lekarskim. W Meklenburgu istnieje ścisły nadzór nad akuszerkami i od 12-tu lat prowadzi się tam statystykę śmiertelności z gorączek połogowych. Przymus donoszenia władzom o takich przypadkach obowiązuje zarówno lekarzy, jak partaczy lekarskich. Za gorączkę połogową uważa się tam sprawy chorobowe aż do trzech miesięcy od czasu porodu. Przed 12-tu laty śmiertelność z tej przyczyny wynosiła 4‰, później na 18.000 porodów było śmiertelnych przypadków 75, a w ostatnim roku tylko 16.

Martin podaje statystykę, zebraną z praktyki prywatnej, i z kliniki położniczej w Gryfii (Greifswald), gdzie uczęszcza przeciętnie 100 słuchaczy i 120 uczennic. Na 2001 porodów 1770 odbyło się siłami natury, resztę musiano rozwiązać sztucznie. Przytem było: 34 przyp. zwężenia miednicy, 38 przyp. wypadnięcia pępowiny, 21 przyp. eklampsyi.

Z ogółu rodzących gorączkowało 3·5%, śmiertelność wynosi 0.6% t. j. 13 przypadków śmierci. Wiele z tych przypadków rozwiązał M. daleko na prowincyi, w odległości kilkunastu i więcej kilometrów od Gryfii: niemało z tych przypadków było badanych przez akuszerki i innych lekarzy, wiele też było ciężkich i zaniedbanych, a jednak wyniki są świetne, pomimo, że M. nie używa ani rękawiczek, ani też żadnych nadzwyczajnych środków odkażających.

Krönig. Zgadza się ze zdaniem Bumma, że dane statystyczne nie są wiarygodne, ponieważ miał tego sam najlepszy przykład na lipskiej klinice: z początku, gdy ciepłotę u położnic mierzyła służba, było mniej gorączkujących: od kiedy zaś sami asystenci mierzą ciepłotę, liczba gorączkujących wzrosła. K. badał o ile przepłókiwanie pochwy może zapobiedz gorączce połogowej w ten sposób, że u każdej drugiej położnicy, przyjętej na klinikę, przepłókiwano pochwę. Doświadczenia te wypadły na niekorzyść przepłókiwania. Badania bakteryologiczne w sprawie gorączek połogowych datują się od niedawna, dlatego nie zgadzają się z spostrzeżeniami klinicznemi.

Franqué. Utrzymuje, że samozakażenie, acz rzadko, przecie się zdarza: oświadcza się za przepłókiwaniem pochwy.

Löhlein. Zwraca uwagę, że należałoby o wiele więcej pouczać akuszerki o potrzebie czystości i odkażania, niż się to dotychczas dzieje. W zakładach odbywa się zaledwie $^1/_{100}$ porodów, reszta jest w rękach położnych, dla których zresztą należałoby obmyśleć odpowiedni, prosty sposób odkażania.

Döderlein. Zgadza się z zapatrywaniem Küstnera co do używania rękawiczek przez studentów przy badaniu. Nikt nie może być odpowiedzialnym przed prawem za śmierć położnicy z powodu gorączki połogowej, a D. zna przypadek, w którym sąd zasądził położną za to, że położnica umarła w trzy dni po połogu na gorączkę połogową. Obecnie sprawa ta została wyjaśnioną i nie ulega wątpliwości, że położnica może bez żadnego badania zachorować na gorączkę połogową, a nawet umrzeć z powodu samozakażenia.

Ehlers zauważa, że w Berlinie widać znaczny postęp, bo obecnie wynosi śmiertelność 0·21% po porodach, a 0·47% po poronieniach. Na prowincyi jednak jest o wiele gorzej, osobliwie w zachodnich Prusach i w Poznańskiem: w większych miastach śmiertelność wynosi od 3 do 4%, w Poznańskiem 20%, a w zachodnich Prusach nawet 30%.

Bökelmann sądzi, że zdrowe położnice należy *à priori* uważać za czyste; czy więc używać się będzie w tym razie gumowych rękawiczek, lub nie, wyniki będą zawsze te same, z wyjątkiem chyba tego przypadku, że sam badający jest zanieczyszczony meteryałem zakaźnym.

Wild zaleca gorąco do odkażania rąk sposób dotychczasowy, radząc używać szczotki, mydła, gorącej wody, alkoholu i sublimatu, którego zalety wysoko stawia. Rękawiczek gumowych należy używać przy dotykaniu przedmiotów zakaźnych.

Wild zebrał parę tysięcy porodów, a między tymi 400 przypadków operacyjnych, jednak pomimo tego, że nie robił nadzwyczajnych ostrożności, ani przemywań pochwy, miał tylko jeden przypadek śmierci z gorączki połogowej.

Olshausen również stwierdza, że rąk zupełnie wyjałowić nie można. O. sądzi, że zakażenie następuje z reguły przez narzędzia i ręce badających. Wprawdzie zdarzają się przypadki gorączki u niebadanych położnic, ale nie rozstrzygnięto dotąd, o ile taka gorączka bywa zabójczą.

Bumm, streszczając wyniki rozpraw, stwierdza zgodność na tym punkcie, że rąk nie można całkowicie wyjałowić i że istnieją paciorkowce chorobotwórcze i nieszkodliwe. Próba Widala w gorączce połogowej jest ważną rzeczą. Gonokoki nie wywołują gorączki połogowej. Czy wydzielina z pochwy jest zabójczą dla drobnoustrojów, pozostaje nierozstrzygniętem. Użycie rękawiczek przy badaniu położnic jest znacznym postępem w zapobieganiu zakażeniu własnych rąk, zresztą jest to rzecz osobistych zapatrywań. Lekkie połogowe gorączki polegają na zatruciu (intoksykacyi). Sprawa samozakażenia pozostaje niewyjaśnioną, zresztą B. osobiście na 4.000 porodów nie spotkał ani jednego przypadku samozakażenia i wnosi stąd, że jeżeli ono istnieje, to trafia się nadzwyczaj rzadko.

Sublimat zapobiega rozmnażaniu się bakteryj i w tym razie, gdy one się ze startym naskórkiem uwalniają. Odkażanie pochwy nie może być szkodliwem, bo im więcej stosuje się odkażania, tem lepiej. Po zetknięciu się z osobami lub przedmiotami zakażonymi należy powstrzymać się przez pewien czas od operacyj. W Niemczech zużywa się na oczyszczenie rąk 15 minut, w Anglii znacznie mniej, mimo to wyniki tam nie są gorsze, a to dlatego, że lekarze angielscy nie dotykają się niczego zakażonego. (Dok. nast.)

VII. Udział Polaków w ruchu naukowym petersburgskiej Akademii wojskowo-lekarskiej w ciągu ubiegłych lat stu.

Dnia 18 grudnia (st st.) 1898 r. ubiegło sto lat od czasu założenia przez cesarza Pawła I Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu. Początkowo instytucya ta nosiła nazwę „Szkoły medyko-chirurgicznej“, która już w drugim roku swego istnienia otrzymała miano „Akademii medyko-chirurgicznej“. W roku 1880 nazwa ta została ostatecznie zamienioną na „cesarską Akademię wojskowo-lekarską“. Cały szereg przekształceń i zmian, zaprowadzonych przez pierwszych kierowników Akademii: Jana Piotra Franka, niemca powołanego z Wilna, i Jakóba Wilje szkota, zapewniły Akademii stopniowy i stały rozwój na szerszą skalę. Zwłaszcza Jakób Wilje, który przez 30 lat wszechwładnie rządził Akademią, osobisty przyjaciel cesarza Aleksandra Igo, przyczynił się wielce do zaopatrzenia Akademii w środki materyalne, podniósł znaczenie tej naukowej instytucyi jako zakładu lekarskiego i zapewnił wychowańcom Akademii, lekarzom, należyte stanowisko w hierarchii urzędniczej państwa. Następcy obu tych głośnych ludzi utrzymywali Akademię stale na odpowiedniej wysokości, korzystając i nadal ze wskazówek odziedziczonych po swych znakomitych poprzednikach. W roku 1860 stanął na czele Akademii Piotr Dubowicki, któremu nowoczesna Akademia zawdzięcza wiele, gdyż pomnożył on liczbę katedr, zajął się rozszerzeniem gmachu Akademii, dźwignął wspaniałe budowle dla nauk fizyko-matematycznych tak zwanych instytutów przyrodniczo-historycznych i anatomo-fizyologicznych. W szeregu kierowników Akademii wymienić należy jeszcze Wacława Pelikana, Polaka (1851—1856). Będąc jednocześnie dyrektorem Departamentu lekarskiego, poświęcał on zamało czasu Akademii, w której z tego powodu powstały nieporządki i zaniedbania w administracyi. Dochodzenie wykryło nadużycia, wobec których Pelikan zmuszony był ustąpić ze stanowiska prezydenta Akademii. Natomiast posiadał on twardy i stanowczy temperament, dzięki któremu w gronie profesorów Akademii ustały niesnaski, a obowiązkowość i nauczanie stały się ściślejsze i sumienniejsze. Pelikan urodził się w 1790 r. Po ukończeniu kursu nauk filozoficznych w Uniwersytecie wileńskim r. 1809, wstąpił do Akademii medycznej, którą z odznaczeniem ukończył r. 1813. W r. 1817 został naznaczony do Wilna na katedrę teoretycznej i praktycznej chirurgii. Wydał po polsku: „Anatomię“, a również ogłaszał prace pomniejsze po polsku w miejscowym dzienniku lekarskim. W Uniwersytecie wileńskim był dziekanem, a następnie rektorem. Przyjmował czynny udział w sprawach miejscowych, tyczących się wychowania naukowego młodzieży, oraz w życiu politycznem owych czasów. Na tem stanowisku zdobył sobie zaufanie rządu w tym stopniu, że nawet był mianowany członkiem komisyi, roztrząsającej winy studentów, biorących udział w powstaniu 1830 r. Piastował w Rosyi najwyższe urzędy w ciągu 50 lat służby rządowej. w świecie lekarskim jednak uznania nie miał. Ulegając, odpowiednio do stanu nauk, stopniowym przeobrażeniom, Akademia medyczna stoi obecnie bezwątpienia w rzędzie najpierwszych szkół lekarskich nietylko w Rosyi, lecz i za granicą: posiada ona bogate i zasobne kliniki, gabinety i dostateczną liczbę katedr (32). Pomimo, że Akademia medyczna zawdzięcza prawdziwy swój rozwój cudzoziemcom: Frankowi i Wilje, że w liczbie najgłośniejszych jej filarów figurują głównie cudzoziemskie nazwiska: Bera, Grubera, Balińskiego, Mierzejewskiego, Krassowskiego, cudzoziemcy, a więc i Polacy, nie byli chętnie przyjmowani do grona profesorskiego. To się tłómaczy tem, że do Akademii przyjmowani byli wyłącznie wychowańcy burs i seminaryów duchownych.

Z wyzwoleńców Akademii wychodzili ludzie, którzy następnie w tejże Akademii zajmowali posady profesorskie. Złączeni tradycyami, wspólnością pochodzenia, profesorowie Akademii już w samym początku jej istnienia wytworzyli kastę odosobnioną, zamkniętą, nie dopuszczającą ludzi obcego wyznania i pochodzenia. Jeżeli jeszcze możliwem było Rosyaninowi zwalczyć upór kastowy, który, jak wiadomo, mocno cechuje duchowieństwo rosyjskie, to już niemożebnem prawie było pokonać go cudzoziemcowi, a zwłaszcza Polakowi. Taki stan rzeczy przetrwał i do dni naszych. Śmiało można powiedzieć w obecnej chwili, że Akademia, choć nie jest może „duchową“, to w każdym razie jest „duchowną“. Wobec tego udział Polaków w życiu naukowem Akademii musiał być tylko ograniczony. Pierwszymi profesorami, którzy oświadczali, że pochodzą ze szlachty polskiej, choć prawosławni, byli dwaj bracia Smiełowscy: Jan i Tymoteusz. Pochodzili z Ukrainy. Jeden z nich, Jan, znał wiele języków, a także i polski, cieszył się ogólnem uznaniem jako człowiek wielkiej wiedzy; wykładał szczegółową patologię i terapię. Drugi, Tymoteusz, wykładał kolejno kilka przedmiotów; botanikę, mineralogię, farmakologię. Obydwa pełnili swe obowiązki w samym początku istnienia Akademii, między r. 1800 a 1814. Następnie w roku 1830 Wilje, podróżując po Europie, przywiózł z sobą z Galicyi Feliksa Matakiewicza, który w r. 1818 objął obowiązki w Akademii, początkowo adjunkta patologii i terapii, a w roku 1824 mianowany został zwyczajnym profesorem szczegółowej patologii i terapii. Umarł w 1833 r. z suchot płucnych. Prócz rozprawy: *De hypochondriasi* nie zostawił więcej prac naukowych. W wykładach Matakiewicz posługiwał się własnemi zapiskami, kierując się układem chorób Kullena. Główną cechą działalności profesorskiej Matakiewicza była nadzwyczajna pracowitość i gorliwość. W r. 1842 został powołany do Akademii Józef Mianowski z Wilna, który wiele przyczynił się do tego, że udział Polaków w pracach Akademii zaznaczył się bardzo wybitnie i dodatnio. Mianowski należał do tych wyjątkowych ludzi, którym służenie własnemu krajowi przyświeca na każdem stanowisku; obcem mu było to lękliwe usposobienie, które cechuje ludzi małej miary, zwyrodniałych w poczuciu swojskości, kierujących się egoistycznym celem zdobywania dla siebie coraz wyższych stopni, chociażby kosztem zaprzania się polskiego pochodzenia. Mianowski, będąc na stanowisku profesora

Akademii, miał możność i prawo otaczać się Polakami i korzystał z tego prawa. Jak niżej zobaczymy, niektórzy Polacy zawdzięczali mu swoje stanowisko urzędowe i naukowe, jak n. p. Krassowski i Baliński.

Wszechstronnie wykształcony, gruntownie obznajomiony z najnowszymi postępami medycyny, uprzejmy i łagodny, Mianowski odrazu zdobył sobie sympatyę i uznanie pomiędzy członkami Akademii, zwłaszcza ściśle związanym był przyjaźnią z dumą i chwałą Rosyi, głośnym chirurgiem, Pirogowem. Pirogow i Mianowski brali gorący udział w zreformowaniu leczenia i utrzymania chorych w zarządzanych przez siebie oddziałach klinicznych; niemniej bardzo pracowali nad wprowadzaniem zmian w nauczaniu medycyny. Konferencya profesorów zawsze przychylała się do ich wskazówek, opartych na ścisłych spostrzeżeniach i dokładnem rozumowaniu. Wyznać należy, że ówczesny stan Akademii wiele zawdzięcza tym dwom wybitnym przedstawicielom praktycznej medycyny w Rosyi, którzy, dbając tylko o korzyść i sławę Akademii, usilnie przeprowadzali niezbędne reformy. Obydwa stali na czele największych klinik: Mianowski — terapeutycznej, szpitalnej, liczącej 500 łóżek, Pirogow chirurgicznej. Pierwsza obejmowała nietylko choroby wewnętrzne, lecz i skórne, weneryczne, kobiece, dziecięce, umysłowe i nerwowe. Nic więc dziwnego, że trudno było podołać jednemu człowiekowi tak obszernym zadaniom. Oprócz tego Mianowski był dyrektorem aleksandro-Maryjskiej dziecięcej ochronki. Jednak wszystkie te liczne obowiązki spełniał wzorowo; wykładał i ćwiczył medyków w badaniu klinicznem, uczęszczał na posiedzenia konferencyi profesorów, egzaminował, przeczytywał rozprawy i inne prace naukowe, przysyłane do Akademii, brał udział w rozmaitych komisyach, wywiązując się z zadania zawsze mądrze i sumiennie. Jako lekarz — był rzeczywiście znakomitym krytycznym spostrzegaczem, wrogiem wszelkiej rutyny. Zawsze powtarzał studentom, że leczyć należy nie chorobę, lecz chorego, ściśle stosując się do właściwości ustroju. W leczeniu nie był zwolennikiem jakiejś utartej doktryny: upust krwi, jako uniwersalny środek leczniczy, odrzucał; dobre warunki higieniczne uważał za główną podstawę pomyślnego leczenia; gruźlicę zalecał leczyć nie ścisłą dyetą, lecz dobrem odżywianiem. W leczeniu duru doradzał zmywanie wodą i kąpiele. Przy rozpoznawaniu choroby zalecał posługiwanie się drobnowidem, chemiczną analizą i innemi metodami pomocniczemi. Przestrzegał słuchaczów przed uniesieniami przy stosowaniu nowych leków, polecając im zwracać uwagę na doświadczenia wybitnych i ścisłych klinicystów. Również starał się uchronić swoich słuchaczów od rozpowszechnionego już wtenczas między młodymi lekarzami sceptycyzmu. Mianowski wykładał słuchaczom 5 kursu po łacinie, językiem, którym znakomicie władał. Mianowski urodził się 1804 r. w Humaniu; Uniwersytet wileński ukończył w r. 1826, w chwili największego rozkwitu tej szkoły, gdy w niej jaśnieli tacy mężowie, jak Jędrzej Śniadecki, w klinice którego Mianowski był asystentem. W r. 1830 Mianowski podjął się dobrowolnie leczenia rannych żołnierzy w wileńskim szpitalu wojskowym, zaco otrzymał od cesarza pierścień brylantowy; ta okoliczność nadała do pewnego stopnia kierunek dalszej jego karyerze. W r. 1837 był Mianowski wysłany zagranicę na dwa lata. Po powrocie złożył sprawozdanie ze swojej podróży, z którego wnosić należy, że głównie poświęcał się ogólnej i szczegółowej patologii i terapii, a także badał sposoby klinicznego nauczania. W r. 1839 mianowany został w wileńskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii profesorem nadzwyczajnym fizyologii, a w r. 1840 profesorem zwyczajnym, pozostając na stanowisku ordynatora kliniki terapeutycznej. Prace jego naukowe są następujące: 1) Sprawozdania: z kliniki Śniadeckiego, z podróży po Europie i z badań w klinice terapeutycznej petersburgskiej; i 2) rozprawa „O złamaniach kości“. Zajęty w Petersburgu wykładami i obszerną praktyką, zupełnie zaniedbał, pomimo woli, swą naukową działalność. Mianowski był mianowany w Akademii petersburgskiej właściwie dla wykładów psychyatryi dla studentów 4 i 5 roku. Oprócz tego jednak poruczonem mu było kierownictwo w ćwiczeniach klinicznych studentów V kursu oraz dyrektorstwo kliniki terapeutycznej. Mianowski po przyjeździe do Petersburga zaraz domagał się, aby mu dodano w charakterze pomocnika Henryka Kułakowskiego, który w r. 1852 został zwyczajnym profesorem farmakologii. W r. 1840 Kułakowski wykładał czasowo psychiatryę. Ogłosił drukiem: 1) „*De cheiloplastica et stomato poasi*“—Dyssert., 2) „*De plica*“ 3) *Considerations sur la vie organique*“„ (memoire envoyé à l'Academie de Médecine à Paris). Wykłady w Akademii prowadził do r. 1869. Z powodu objęcia przez Kułakowskiego katedry farmakologii, Mianowski znowu pozostał bez pomocnika, wobec czego udał się z prośbą do konferencyi Akademii, aby mu wyznaczono na stanowisko asystenta Jana Balińskiego. Nominacya Balińskiego nastąpiła w r 1856. Wkrótce potem Baliński mianowany został nadzwyczajnym profesorem chorób dziecięcych. W r. 1857 otrzymał posadę profesora psychiatryi i na tej katedrze rozwinął nadzwyczajną i skuteczną działalność, oraz niezmordowaną energię w urządzeniu kliniki psychiatrycznej przy Akademii, zdobywając sobie zupełnie słusznie zaszczytną nazwę „ojca ruskiej psychiatryi“. Baliński urodził się w r. 1827 w gubernii wileńskiej. Chlubnie ukończył nauki w petersburgskiej Akademii medycznej w r. 1846 — ze złotym medalem (pierwszym). W r. 1850 mianowany został młodszym lekarzem szpitala wojskowego w Oranienbaumie. Wykłady chorób dziecięcych prowadził mniej udatnie; prawdziwy talent wykazał przy wykładach psychiatryi. Posiadając świetną swadę, porywał swoich słuchaczów, w liczbie których zasiadali często profesorowie Akademii i największe powagi lekarskie.

Akademię Baliński opuścił w r. 1876. Prac naukowych nie pozostawił: był zdania, że jeżeli pisać, to tylko „etwas Epoche machendes“. Chcąc zapobiedz, aby z powodu częstych swoich wyjazdów zagranicę z osobami krwi cesarskiej wykłady się nie przerywały, Mianowski udał się do rządu z prośbą o naznaczenie Bessera dla kierowania klinicznemi ćwiczeniami studentów 5-go roku. Właściwie mówiąc Besser w ciągu lat 1855 — 1860 prowadził w zastępstwie Mianowskiego całą klinikę i wykłady. W r. 1860 Besser jednogłośnie obrany został profesorem zwyczajnym ogólnej patologii, dyagnostyki i terapii i na tej katedrze pozostał do r. 1879. Besser Wiktor, syn znanego profesora botaniki w kijowskim Uniwersytecie, urodził się w r. 1825 w Krzemieńcu (gdzie ojciec jego uczył botaniki).

Po ukończeniu gimnazyum w Kijowie, wstąpił na wydział filozoficzny kijowskiego uniwersytetu, który ukończył

w r. 1845. W r. 1846 wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu moskiewskiego, jako stypendysta baroneta Wilje. Ukończywszy nauki r. 1856, wyjechał zagranicę na trzy lata dla dalszego kształcenia się, co wynikało z obowiązku przywiązanego do stypendyum baroneta Wilje. Oprócz rozprawy: „*De therapeutica aquarum mineralium actione*“ i kilku sprawozdań: 1) z kliniki swojej, 2) z podróży zagranicznej, Besser nie zostawił po sobie żadnych prac naukowych, oddając się prawie wyłącznie bardzo obszernej praktyce lekarskiej; umarł r. 1890.

Ponieważ Mianowski wykładał także położnictwo i ginekologię i zarządzał kliniką położniczo-ginekologiczną, przeto często nie mógł podołać swoim różnorodnym i licznym zajęciom w klinice chorób wewnętrznych; to go zniewoliło upraszać konferencyę Akademii o naznaczenie mu adjunkta, na którą to posadę proponował Antoniego Krassowskiego do wykładów akuszeryi i ginekologii Krassowski otrzymał wkrótce posadę zwyczajnego profesora położnictwa i ginekologii i zasłynął jako wybitny profesor i kierownik całej szkoły akuszerów i ginekologów rosyjskich. Wykonał on pierwszą w Rosyi owaryotomię, wprowadzając chirurgię do leczenia chorób kobiecych. Napisał cenne dzieło „chirurgia położnicza“.

Dzięki Mianowskiemu, Krassowski został lejbakuszerem, — pozostając na tem stanowisku do samej śmierci.

Wreszcie, jako jeden z najwybitniejszych profesorów i uczonych Akademii, zasłynął w ostatniem 25 leciu jej istnienia Jan Lucyan Mierzejewski. Cały szereg ścisłych badań naukowych postawiły imię Mierzejewskiego w szeregu najgłośniejszych psychiatrów naszego czasu. W Rosyi wykształcił on cały zastęp dzielnych specyalistów, jego uczniami obsadzone są prawie wszystkie katedry profesorskie psychiatryi, oraz posady dyrektorów w zakładach leczniczych dla obłąkanych w Rosyi.

Mierzejewski urodził się w r. 1838 w gubernii Lubelskiej. Po ukończeniu gimnazyum lubelskiego r. 1855 wstąpił do Akademii medycznej, którą ukończył ze srebrnym medalem w r. 1861. Zatrzymany na trzy lata przy Akademii dla dalszego kształcenia się w naukach, poświęcił się psychiatryi pod kierunkiem Balińskiiego, po ustąpieniu którego r. 1870 został mianowany jego następcą na katedrze psychiatryi. Po odbyciu 30 lat chwalebnej służby na tem stanowisku, wystąpił z Akademii r· 1893. Pisał wiele, głównie po rusku, lecz nie mało także i po polsku. Prace jego ważniejsze dotyczą patologii mózgu idyotów i paralityków. Mierzejewski zostawił po sobie bogatą spuściznę. Dzięki jego staraniom i niezłomnej energii stanął gmach dla kliniki obłąkanych według najnowszych wskazówek nauki psychiatrycznej.

Urządzenie kliniki jedyne w Rosyi, a może i zagranicą, kosztowało Mierzejewskiego wiele pracy i czasu. Szczyci się nią Akademia, bo rzeczywiście jest to nietylko wspaniały i obszerny gmach, lecz i obficie zaopatrzony w środki materyalne i naukowe. W ostatniem 25-leciu stanowisko profesora chirurgicznej kliniki akademickiej zajmował profesor Korzeniowski. Jedynym obecnie profesorem polakiem w Akademii jest Stanisław Przybytek, znany chemik, głównie w dziale alkoholów wyższych; powołany został w r. 1891 na katedrę farmacyi, farmakognozyi i chemii farmaceutycznej. Oprócz profesorów spotykamy w Akademii znaczny zastęp polaków docentów, prosektorów i asystentów. Z liczby docentów wymieniamy: Olszewskiego (około 1860 r.) okulistę, który napisał bardzo cenne dzieło: „Fizyologia wzroku“. Jana Dogiela, który wykładał fizyologię, a obecnie jest zaszczytnie znanym profesorem farmakologii w Kazaniu; Czeczotta, głośnego psychiatrę w Petersburgu, dyrektora szpitala dla obłąkanych imienia ś. Mikołaja Cudotwórcy; Stanisława Daniłłę, głośnego w Petersburgu neuropatologa i psychiatrę, gorącego zwolennika wstrzemięźliwości, członka czynnego wielu towarzystw naukowych w Rosyi i zagranicą. Niestety, przedwczesna i tragiczna śmierć zabrała go w r. 1897 z tego świata; zaraził się od chorego: umarł na zakażenie krwi. Pisał wiele po polsku. Z młodszej generacyi do liczby docentów Akademii zaliczamy: Jana Ropczewskiego, znanego bakteryologa i hygienistę; Pawła Maleszewskiego zdolnego pedagoga-chemika; Konrada Wagnera, znanego klinicystę, obecnie profesora w Kijowie; terapeutę Klikowicza, ucznia Botkina, obecnie docenta w Uniwersytecie moskiewskim; Bronisława Tomaszewskiego, psychiatrę i neuropatologa; Erlickiego, wybitnego neuropatologa i psychiatrę, głównego lekarza kliniki dla obłąkanych w Akad. Med. Znane są jego badania nad ośrodkami mózgowo-nerwowymi. Pisze głównie po polsku; Władysława Mierzejewskiego, lekarza sądowego, znanego ze swych badań błony dziewiczej w znaczeniu sądowem Do liczby asystentów należeli: Girsztowt, następnie profesor w Warszawie, Pilc, Wodarski przy katedrze chirurgicznej około r. 1850; Juljan Kosiński przy katedrze terapeutycznej profes. Zdekauera, następnie słynny chirurg i profesor w Uniwersytecie warszawskim; Janowicz-Czaiński także chirurg (1858—1870), naczelny lekarz wojskowego Mikołajowskiego szpitala w Petersburgu. W nowszych czasach zajmowali stanowisko prosektorów — znani ze swojej działalności na polu nauki: Napoleon Cybulski, obecnie profesor fizyologii w Krakowie, Jan Szawłowski anatom, Bronisław Weryho fizyolog, obecnie profesor w Odessie.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy szkolnych.

Z okazyi artykułu kol. Gwiazdomorskiego „W sprawie lekarzy szkolnych“ (*Przegląd lekarski* Nr. 35. 1899) nie mogę pominąć sposobności, by nie dorzucić kilka słów do sprawy przez niego poruszonej. Nie ulega wątpliwości, że obowiązek mianowania lekarzy szkolnych ciąży na państwie, które pod tym względem zajmuje niechętne wobec tyle ważnej sprawy stanowisko i jakkolwiek na razie z tej strony zmiany na lepsze spodziewać się nie można, to również gminy nasze, jużto z powodu stosunków finansowych, już też dla pewnej „wrodzonej“ obojętności, sprawy lekarzy szkolnych naprzód nie posuną. Nie mogę też przemilczeć faktu, iż przed laty dwoma starałem się u czynników rozstrzygających o pozwolenie bezpłatnego zbadania dzieci, uczęszczających do szkół miejskich krakowskich (ludowych), pod względem zdrowotnym, by z ogromnego materyału statystycznego wysnuć ewentualnie wnioski co do stosunków higienicznych szkół i co do stanu zdrowia dzieci. Zestawienia statystyczne tego rodzaju, o ile mi wiadomo, u nas dotychczas nie były robione. Sądziłem więc, że praca, przezemnie zamierzona,

wywarłaby korzystny wpływ na stosunki higieniczne miasta i byłaby dyrektywą dla władz miejskich i w tym kierunku, czy istnieje rzeczywiście potrzeba ustanowienia lekarzy szkolnych, czy też wystarczyłoby poruczenie opieki nad szkołami lekarzom miejskim. Zaznaczyć jednak muszę, iż nałożenie jeszcze większych obowiązków na obarczonych nadmierną pracą lekarzy miejskich uważałbym z góry za szkodliwe tak dla poruczonych ich opiece czynności dotychczasowych, jakoteż dla tyle ważnych stosunków higienicznych szkół. Jednakowoż dwa lata upłynęły od chwili mego wniosku, a sprawa nie posunęła się naprzód. Czyż nie byłoby wskazanem zorganizowanie obecnie grona chętnych lekarzy dla zbadania i ewentualnego opracowania tego ogromnego materyału?

Dr. Jan Landau.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 września.

* Izba handlowa w Oporto, gdzie dżuma wcale nie ustaje, wysłała wezwanie do prof. R. Kocha, prosząc go o przybycie w celu zwalczania zarazy. Prawdopodobnie bakteryolog berliński nie będzie mógł zadośćuczynić tej prośbie, raz dlatego, że opuścił właśnie Neapol, gdzie badał zimnicę i udał się dla dalszych poszukiwań na wyspę Jawę, a powtóre, że w m. Oporto panuje rozdrażnienie tłumu przeciw lekarzom za to, że stwierdzając urzędownie dżumę, stali się pośrednio powodem zarządzeń sanitarnych, prowadzących do upadku handlu. Postawa ludności wobec lekarzy jest o tyle groźną, że policya musi ich osłaniać przed wszelkiego rodzaju zamachami.

* Rząd niemiecki nosi się z zamiarem wysłania do Oporto ekspedycyi naukowej, jako ciąg dalszy ekspedycyi, która badała zarazę dżumową w Indyi.

* W Oporto miano stwierdzić prątki dżumowe u szczurów, myszy i zdziczałych kotów.

* Rosyjskie dzienniki lekarskie donoszą, że Stowarzyszenie św. Jerzego i św. Eugenii pośpiesznie organizują, przeznaczone do gub. Astrachańskiej sanitarne oddziały, z których pierwszy został już 18-go sierpnia wysłany do miejsca, nawiedzonego epidemią. Gdy się uwzględni, że rząd poczynił tam doraźnie wszelkie zarządzenia sanitarne, to wysyłka nowych oddziałów sanitarnych z inicyatywy stowarzyszeń prywatnych nie jest w prostym stosunku do urzędownie podanych uspakajających powodów, t. j. do wybuchu »złośliwego zapalenia płuc« w jednej osadzie.

Przypuszczamy, że lada dzień dowiemy się o wyniku bakteryologicznego badania plwocin, pochodzących z chorych na to złośliwe zapalenie płuc.

* Do r. 1870 urząd lekarski w Warszawie podlegał magistratowi; w rzeczonym roku wyłączono go z pod tej władzy miejskiej, a przydzielono pod kierownictwo oberpolicmajstra. Zniesioną więc była wszelka inicyatywa magistratu w sprawach zdrowia publicznego tak, że pod tym względem zarząd m. Warszawy znajdował się w warunkach wyjątkowych, nieznanych w całej Europie, nie wyłączając cesarstwa rosyjskiego. Dzięki staraniom prezydenta miasta, popartym przez Generał-gubernatora, ministeryum spraw wewnętrznych zezwoliło na ustanowienie przy magistracie warszawskim lekarza sanitarnego. Urząd ten powierzono Drowi Józefowi Polakowi.

* Dr. Kostecki Bolesław osiada w Abbazyi i od połowy b. m. rozpocznie swą czynność zawodową.

* Druk sprawozdania z prac XII-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Moskwie postąpił o tyle, że za 3 tygodnie wyjdzie już 4 tomy. Członkowie tego Zjazdu, pochodzący z Austryi, będą mogli odebrać tę publikacyę od firmy wiedeńskiej Braumüllera (Wien, VIII/I, Wickenburggasse, 13). Koszta opakowania i przesyłki ponoszą interesowani.

* Pod Budapesztem ma wkrótce stanąć wielki zakład dla chorych na gruźlicę: miasto ofiaruje zalesiony grunt, oraz wodociągi i kanalizacyę. Węgrzy już posiadają mniejszy tego rodzaju zakład, wystawiony kosztem budapeszteńskiej kasy chorych. Główna zasługa w założeniu tych instytucyj przypada prof. Koranyiemu.

* Walka przeciw gruźlicy szerzy się po całej Europie: w okolicy Neapolu ofiarowała księżna Ravacheri na dom zdrowia dla suchotników piękną swą willę »Filangieri«, która ma posiadać wszystkie warunki dobrego przybytku, poświęconego dla cierpiących na gruźlicę.

* Miód może stać się trucizną. Flügge wykrył w nim alkaloid, któremu przypisuje objawy otrucia i nazwał go »andromedotoksyną«, gdyż znalazł go w *Andromeda saponica*, a twierdzi, że zawierają go i niektóre inne rośliny miododajne.

* W Lipsku odbędzie się d. 22 października b. r. Zjazd psychiatrów i neurologów z okolic środkowoniemieckich. Taki sam Zjazd ma się odbyć w Frankfurcie 18 i 19 listopada b. r. dla lekarzy psychiatrów z południowych Niemiec.

* Pod kierownictwem prof. hygieny Szydłowskiego została wysłaną z Petersburga komisya, w celu zbadania sprawy zanieczyszczenia naftą rzeki Wołgi.

* W Japonii odbywają się ścisłe badania zdrowia dzieci szkolnych, a dyrekcye zakładów ogłaszają sprawozdania z wyników tych badań. Liczby w ten sposób uzyskane stają się często dla przełożonych wskazówką i podstawą zarządzeń sanitarnych. Coś się zdaje, że Europa wkrótce znowu zacznie czerpać „światło ze wschodu«.

* Francuskie piśmiennictwo dziś już nie zna hamulca, a swawolne nadużycie swobody pióra zaczyna się wdzierać do czasopism lekarskich i to do rubryki: nekrologia. »L'Opinion médicale (20—VIII) temi słowami żegna zmarłego chirurga Marchanda: »Nie był to jeden z największych, lecz jeden z najgrubszych chirurgów. Zgon jego nie wycisnął tyle łez, ile ich przelały jego zabiegi operacyjne. Oto wszystko, co można powiedzieć na korzyść zmarłego. Był on nawskróś sposoczony (septique). Zasługa jego polega na tem, że nie napisał podręcznika chirurgii o przypadkach, niecierpiących zwłoki itd.« Prawdziwa »moral insanity« redaktorska.

Mianowania i odznaczenia: w Angers mianowani zostali: prof. medycyny wewn. Dr. Thibauet, prof. położnictwa Dr. Boquel. W Atenach — prof anatomii opisowej Dr. Kallionsis. W Fryburgu doc. Dr. Treupel — prof. nadzw. medycyny wewnętrznej. W Królewcu katedrę higieny po Esmarchu obejmuje prof. Dr. R. Pfeiffer.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej*: Marczewskiego J.: Kilka uwag o leczeniu brzegu powiekowego. W *Zdrowiu* (sierpień). Krajewskiego A.: W sprawie walki z gruźlicą. Dra Tchórznickiego I.: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym (c. d.). Dra Dobrzyńskiego Wł.: Kilka słów w kwestyi oczyszczania i zraszania ulic, oraz usuwania odpadków miejskich. W *Postępie Okulistycznym* (sierpień): prof. Wicherkiewicza B.: Dalszy przyczynek do działania protargolu w okulistyce. Dra Bednarskiego Ad.: Przypadek wypadnięcia siatkówki przez przetokę środkową rogówki z zanikiem gałki oka lewego po urazie. Wyjęcie gałki, badania anatomiczne i drobnowidowe (spostrzeżenie kliniczne). Dra Ettingera I.: Przyczynek do leczenia zapalenia rzeżączkowego spojówki. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 9: Kramsztyka Z.: O znaczeniu wiedzy historycznej. Steinhausa I.: Praca prof. T. Browicza o budowie i czynnościach komórek wątrobowych. Krausego L.: Kilka słów o pomocy w nagłych wypadkach po wsiach rolnych i miasteczkach przez Dra I. E. Maresza. Ś. p. Konrad Chmielewski, wspomnienie pośmiertne przez *P.*. Z pamiętników prof. Szokalskiego. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 35: prof. Trzebickyego: Przypadek gastroenterostomii sposobem Podersa. Pechkranza St.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dra Fajersztajna I.: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie*: Dra Supińskiego E.: Przypadek krwotoku pęcherzowego, wyleczony drogą operacyjną. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Wskutek rozporządzenia Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1899, L. 52.961, rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, obejmującego 14 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 14.607 hektarów, w ilości 12·704 mieszkańców z siedziba lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim, tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*, obejmującego 9 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 23.270 hektarów, w ilości 11.294 mieszkańców, z siedzibą lekarza okręgowego w Dąbrowicy.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie § 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z d. 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82, Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczoną została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom Doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdatność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899. 173

Gródek, dnia 22 sierpnia 1899.

Rada powiatowa w *Śniatynie* rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna wynosi 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Posada nadaną będzie na razie prowizorycznie na rok jeden.

Termin do wnoszenia podań do 15 października b. r.

L. 53.531.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza szpitala powszechnego w *Żółkwi* z płacą 500 zł. w. a. rocznie. Podania do Wydziału krajowego z dołączeniem metryki urodzenia i świadectw, udowadniających wymaganą kwalifikacyę do 20 września r. b.

Kasa chorych w *Schodnicy* rozpisuje konkurs na posadę drugiego lekarza Kasy. Płaca roczna 800 złr. — dodatek na mieszkanie, opał i światło 400 złr.

Podania do 15-go września b. r. przyjmuje Zarząd Kasy chorych.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 16 Września 1899. Nr. 37.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9

Expedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 16 Września 1899. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego.

(Celebrale Kinderlähmung).

Podał

Dr. Mieczysław Świtalski

praktykant kliniki psychiatrycznej Prof. Dra Krafft-Ebinga w Wiedniu.

Przypadki mózgowego porażenia dziecięcego nie należą do rzadkości, są przeważnie jednostronne, zajmują albo połowę ciała, albo też jedną z kończyn. W niektórych przypadkach zajęte są także i mięśnie głowy. Od porażeń pochodzenia rdzeniowego różnią się przedewszystkiem brakiem znaczniejszych objawów zanikowych w zajętych częściach, które są czasami nieco mniej rozwinięte, ale w nieznacznym tylko stopniu. Natomiast dość często występują w częściach porażonych ruchy mimowolne, jak pląsawicze, albo też atetotyczne. Stopień porażenia jest bardzo rozmaity, większy lub mniejszy; w tych jednak przypadkach, gdzie mamy ruchy mimowolne,zawsze bardziej znaczny. O wiele rzadsze są przypadki obustronnego porażenia, a to z tego powodu, że schorzenie, zajmując obie połowy półkul mózgowych, prowadzi rychło do zejścia śmiertelnego. Przypadek, który zamierzam opisać, jest zajmujący z kilku powodów. Jest on przedewszystkiem obustronny, obydwie połowy ciała są prawie symetrycznie zajęte i ruchy atetotyczne, które chora wykonuje, nie stoją w stosunku do porażenia.

Wywiady: D. F., lat 15, stanu wolnego. Rodzice i rodzeństwo chorej żyją zupełnie zdrowi. Przyjście na świat chorej było bardzo ciężkie, miało trwać trzy dni; dziecko urodziło się w stanie zamartwiczym i dopiero po długiem cuceniu przyszło do siebie. Zaraz po urodzeniu miała chora napady drgawek, które w ciągu następnych 14-tu dni kilkakrotnie się powtórzyły.

Od tego czasu datuje się początek choroby. Wtenczas zauważyła już matka, że dziecko wykonuje kończynami szczególne ruchy i od czasu do czasu występujące ściąganie jużto jednej jużto drugiej połowy twarzy. Chorób, oprócz odry, nie przechodziła żadnych. W czwartym dopiero roku zaczęła chodzić, ale chód nie był nigdy tak pewny, jak innych dzieci. W siódmym roku życia zaczęła pacyentka uczęszczać do szkoły, była mało uzdolnioną i nauczyła się tylko czytać. Mimowolne ruchy w kończynach górnych utrudniały jej naukę pisania. Mierne pogorszenie istniejącej choroby datuje się od trzech lat, od którego to czasu chora chodzić może tylko przy pomocy laski. Ruchy mimowolne tak w kończynach, jak i w zakresie nerwu twarzowego, nie ustępują we śnie i tylko czasami ustają zupełnie na kilka minut. Regularność dotychczas nie wystąpiła

Stan obecny: Długość ciała 146 ctm. Budowa kości drobna, odżywienie dobre. Obwód czaszki 55 ctm. bez jakichkolwiek oznak krzywicy. Źrenice równe, miernie szerokie, oddziałują dobrze na wszystkie bodźce, mięśnie oczne działają prawidłowo. Tętno miarowe o dobrem napięciu, 64 uderzeń, oddechów 22 na minutę. Narządy wewnętrzne bez zmian. Ciepłota ciała prawidłowa. Wybitniejszych zboczeń w inteligencyi niema.

W zakresie dolnych gałęzi obydwóch nerwów twarzowych, więcej po stronie lewej, mimowolne powolne ruchy, polegajace przeważnie na przeciąganiu kąta ust, od czasu do czasu marszczeniu nosa, otwieraniu ust i składaniu się jakby do świstania. Objawy te wzmagają się bardzo znacznie przy ruchach dobrowolnych, przy wykonywaniu których widać niedowład mięśni w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego prawego. W zakresie górnych gałęzi obydwu nerwów widzimy tylko nieznaczne objawy podrażnienia. Język duży nie okazuje żadnych zboczeń w ruchomości. Migdałki powiększone. Mowa nieco nosowa, cokolwiek niewyraźna, szczególnie litera R. Żucie i połykanie zupełnie prawidłowe. W zakresie innych nerwów mózgowych zboczeń nie widzimy żadnych.

Jeżeli chora prosto stoi, uderzającą jest jej postawa, kręgosłup w części piersiowej i lędźwiowej wygięty jest w kształcie bardzo znacznego zboczenia bocznego, zwróconego ku stronie prawej, w części zaś szyjnej okazuje mierne zgięcie boczne ku stronie lewej. Prawe ramię podniesione ku górze, głowa skręcona i nachylona ku stronie prawej. Przedudzia ustawione ksobnie (addukowane), skrzyżowane, prawe równocześnie nieco ku wewnątrz skręcone.

Ruchy głowy prawidłowe. Na kończynach górnych, które okazują szczególne ustawienie, zaników mięśni, niema. Przedramiona zgięte w stawach łokciowych, a równocześnie ręce zgięte w stawie nadgarstkowym ku stronie dłoniowej. Palce duże w zgięciu (flexio) ku dłoni, reszta palców w stawach międzyfalangowych wyprostowana, wygięta ku stronie dłoniowej w stawach śródręcza i palców. Nieprawidłowe to ustawienie ręki wybitniejsze jest po stronie prawej, aniżeli po lewej. Jak długo chora nie wykonuje żadnych ruchów dobrowolnych, zauważyć można tylko nieznaczne ruchy atetotyczne w stawach palców i ręki, szczególnie prawej. Od czasu do czasu występują podobne ruchy mimowolne w stawach barkowych i łokciowych. Ruchy czynne w łokciowych i barkowych stawach możebne, jakkolwiek je chora niezgrabnie wykonuje; od czasu do czasu przeszkadzają jej w tem ruchy mimowolne; podobnie zachowuje się ruchomość ręki w stawach nadgarstkowych, w prawym jednak bardziej są one upośledzone, aniżeli w lewym. Ruchy czynne palców przez ciągle powtarzające się ruchy atetotyczne w znaczniejszym stopniu upośledzone, prawie niemożebne. Wyprostowanie dobrowolne palców ręki lewej w stawie śródręcza i palców wywołuje bardzo regularnie mimowolną ad — a następnie abdukcyą 3-go i 4-go palca, których ruchy są nieco prędsze i wydatniejsze. Przy wykonywaniu ruchów biernych w stawach kończyny lewej uczuwamy mierną sztywność, którą w większym stopniu znajdujemy w kończynie prawej. Odruchy kostne wzmożone. Kończyny dolne ustawione w addukcyi w stawie biodrowym, a równocześnie w skręceniu (rotacyi) na wewnątrz, szczególnie prawa. Po stronie prawej stopa kopytoszpotawa (pes equino varus), po lewej płaskonogokoślawa (pes plano valgus). Jeżeli chora leży na łóżku z nogami wyciągniętemi, występują od czasu do czasu bardzo krótko trwające skórcze drgawkowe (kloniczne) w mięśniu czworogłowym (quadriceps), które powodują wstrząśnienie całej kończyny dolnej z równoczesnym nieznacznym ruchem skręcającym (rotacyjnym) na wewnątrz. Ruchy te udzielają się także tułowiu, powodując jego wstrząśnienie. Ruchów mimowolnych w tułowiu zauważyć nie można. Palce obydwu kończyn dolnych wykonują typowe ruchy atetotyczne, wzmagające się przy ruchach czynnych. Ruchomość stopy prawej cokolwiek upośledzona. Lekkie porażenie kończyny prawej, gdzie także spotykamy opór przy wykonywaniu ruchów biernych. Małego stopnia wychudzenie mięśni podudzia, wyraźniejsze po stronie prawej, niżeli po lewej, (po prawej 27 ctm. po lewej 29 ctm). Odruchy kolanowe i brzuszne wzmożone; odruch ścięgna Achillesa łatwo wykazalny. Chód upośledzony, chora idąc przy pomocy kija stąpa zawsze nogą prawą, wykonując dostate-

czny ruch naprzód, pociąga i dostawia do niej nogę lewą, która opisuje łuk. Robiąc ruch kończyną prawą, skręca równocześnie miednicę około osi pionowej na prawo, a w stawie biodrowym wykonuje skręcenie na zewnątrz. Stopę stawia palcami, podnosząc ją następnie bardzo nieznacznie z podłogi. Czucie skórne i mięśniowe prawidłowe.

Upośledzenie ruchów czynnych, które widzimy u chorej, spowodowane jest więcej sztywnością mięśni, aniżeli nieznacznego stopnia niedowładem, a nadto ruchami atetotycznymi, które się wzmagają przy ruchach zamierzonych. Skręcenie kręgosłupa spowodowane jest nierównem napięciem mięśni grzbietowych po obydwu stronach. Zastanawiając się nad etyologią tego przypadku, rozstrzygnąć przedewszystkiem musimy, czy sprawa patologiczna w mózgu powstała podczas życia płodowego, czy też przy porodzie, albo też jeszcze później. Tę trzecią możebność możemy wykluczyć, gdyż z wywiadów wiemy, że chora zaraz po przyjściu na świat dostała napadu drgawek, które się w ciągu pierwszych dwóch tygodni powtórzyły kilkakrotnie, a matka zauważyła u dziecka kilkodniowego ruchy, które wykonywało twarzą i kończynami. Nie mamy również żadnych danych do przyjęcia, by początek choroby należało odnieść do życia płodowego. Rodzice chorej są zupełnie zdrowi, nie przechodzili kiły; matka chorej w czasie ciąży nie przebywała żadnych chorób zakaźnych i niedoznała urazu. Widzimy natomiast z wywiadów, że poród chorej przeciągał się bardzo długo i był bardzo ciężki. Dziecko urodziło się w stanie zamartwiczym i dopiero po długiem stosowaniu sztucznego oddechania przyszło do siebie. Jeżeli przyjmiemy, że obraz chorobowy, który nam pacyentka przedstawia, zawdzięcza powstanie swoje uszkodzeniu mózgu podczas porodu, to można prawie jako pewnik przyjąć, że chodzi tutaj o krwotok. U dzieci, które umarły wnet po ciężkich porodach, znajdujemy bardzo często krwotoki podoponowe, umiejscowione wzdłuż rowka centralnego, t. j. w przebiegu zwojów centralnych i ich najbliższem otoczeniu.

Wedle Virchowa krwotok ten pochodzi z żył, które, wychodząc z opony miękiej, wlewają się do zatoki sierpowatej. Skutkiem przesunięcia się kości ciemieniowych na siebie zostaje zatoka żylna zwężoną, a może i zupełnie zaciśniętą; powstaje więc w ten sposób zastój żylny, który, jeżeli przekroczy pewne granice, daje powód do krwotoku. Dzieje się to szczególnie łatwo, jeżeli przerwy między bólami porodowymi przy ścieśnionej miednicy są zbyt małe. Jeżeli ognisko krwotoczne jest duże, to może dać powód albo do zejścia śmiertelnego, albo też wessie się powoli, upośledzając tymczasem rozwój odpowiedniej części, a nawet całego mózgu. Z dotychczas znanego z piśmiennictwa materyału sekcyjnego widzimy, że powstają tutaj czasami torbiele, albo rozlany zanik i zwyrodnienie włókniste kory mózgowej, a czasami, jakkolwiek rzadko, małość zwojów mózgowych. (Microgyria). Kilkanaście przypadków mózgowego porażenia dziecinnego, które badano na stole sekcyjnym, jest zebranych w monografii Freuda: z zestawienia tego widać, jak zmiany, usadowione w rozmaitych okolicach mózgu, dają te same objawy za życia. Ztąd też pochodzi trudność umiejscowienia ogniska na podstawie objawów, które się spostrzega za życia. Jakkolwiek w danym przypadku należy przyjąć, że zmiana znajduje się umiejscowiona w zwojach środkowych kory mózgowej, to nie możemy stanowczo wykluczyć, by nie leżała gdzieś dalej w przebiegu dróg piramidalnych. Przeciwko pierwszemu przemawiałby tylko zupełny brak objawów podrażnienia kory mózgowej (napady padaczkowe— padaczka Jacksonoska), jakkolwiek nie należą do rzadkości przypadki, w których ogniska chorobowe, położone w korze mózgowej, nie dawały za życia objawów jej podrażnienia. Za tem przypuszczeniem przemawia natomiast doświadczenie, że w przypadkach, powstałych przy porodzie, ognisko znajduje się w korze mózgowej. Przyjmując zatem ognisko korowe, umiejscowienie jego będzie, idąc od dołu, następujące: zwoje centralne tylne do wysokości dolnego rowka czołowego, dalej zwoje centralne przednie i tylne, wzdłuż rowka centralnego i przednia część zwojów paracentralnych. Ognisko, które znajduje się w wyżej wspomnianej okolicy mózgu, nie może być jednostajne, a raczej składa się z pojedyńczych ognisk, które tak są położone, że działają drażniąco na korę mózgową, która nie okazuje znacznych zmian patologicznych i wywołują w ten sposób atetozę. Przemawia zatem nieznaczny stopień porażenia.

Piśmiennictwo.

Erb: Memorabilien 1877, Ueber das Vorkommen der spastischen Spinallähmnng bei kleinen Kindern. — Tenże: Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse. (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde* 1894, VI). — Eulenburg: Athetose. (*Wiener medic. Presse* 1899). — Tenże: Zur chirurgischen Epilepsiebehandlung, namentlich zur Casuistic der Rindenexcission bei idiopatischer Epilepsie. (*Berliner klinische Wochenschrift* 1895). — Freud: Die infantile Cerebrallähmung. (*Nothnagel spec. Pathologie und Therapie* t. IX. 2). — Monakow: Gehirnpathologie. (*Nothnagel spec. Pathologie und Therapie* t. IX. 1).

II. Doświadczenia nad zastósowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce.

Podał

Dr. W. Łepkowski

Doc. dentystyki w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy).

Wyniki badania wydobytej miazgi gołem okiem i pod drobnowidem zestawiam w tym samym porządku, w jakiem doświadczenia przeprowadzano.

1) Kieł górny strony prawej: barwa zęba prawidłowa, dziąsła nie okazują żadnych zmian, plomba nienaruszona. Osłonka korzenia (*pericementium*) lekko nastrzykana. Miazga zębowa różowa, soczysta, w części koronowej silnie zaczerwieniona. Pod drobnowidem: część korzeniowa prawidłowa, szczyt zaś zmieniony o tyle, że naczynia są tu rozszerzone i zapchane czerwonemi ciałkami. W sąsiedztwie miejsca operowanego, tkanka miazgi bogatsza w komórki. W części środkowej, odpowiadającej jamce wywierconej w zębie, znajduje się ciało czarne, niedające się bliżej określić, które musiało się dostać w czasie operacyi do miazgi i tam obrosło tkanką łączną włóknistą, wśród której nie widać leukocytów. Prawdopodobnie jest to okruszyna z świderka.

2) Kieł górny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, miazga zębowa różowa, w części koronowej widać małe ograniczone miejsca żywo czerwone. Pod drobnowidem: część korzeniowa prawidłowa. Naczynia części koronowej rozszerzone, zapchane ciałkami czerwonemi krwi. Wśród tkanki, obfitszej w komórki, gdzieniegdzie małe wybroczyny, leukocytów nigdzie nie widać.

3) Kieł dolny strony prawej: dziąsła nie zaczerwienione, nie obrzmiałe, kolor zęba nie zmieniony, plomba dobrze się trzyma. Osłonka korzeniowa lekko nastrzykana. Po rozłupaniu zęba niema żadnego cuchnienia, miazga zębowa w części koronowej ciemno-wiśniowo zabarwiona, a zabarwienie to ostro odgranicza się od reszty i zajmuje 3 do 4 milim. Część korzeniowa miazgi o wejrzeniu prawidłowem, barwy blado-różowej. Po nacięciu górnej części stwierdza się,

że owo ciemno-wiśniowe miejsce jest wybroczyną. Pod drobnowidem: korzeniowa część miazgi przedstawia się zupełnie prawidłowo. W górnej trzeciej części widziana jest przez cały przekrój przechodząca, ostra linia graniczna, oddzielająca część zdrową miazgi od zmienionej. Część zmieniona zajmuje trzy milimetry na 13 milim. długości całej miazgi. Pas graniczny utworzony jest przez dużą wybroczynę; na brzegu jej ciałka czerwone krwi zachowały zupełnie swój kształt, barwią się silnie, a znajdują się wśród tkanki, której komórki barwią się gorzej, i są od siebie poodsuwane. Dalsza część pasu granicznego jest zajęta przez ciałka czerwone krwi już zmienione, barwiące się gorzej. W tem miejscu widać wśród wybroczyny jeszcze naczynia krwionośne. Powyżej tego miejsca tkanka naciekła jest tak silnie ciałkami białemi a poczęści i czerwonemi, że budowa jej jest zupełnie zatarta. Naciek ropny jest najgęstszy w części środkowej miazgi zębowej; część zaś miazgi, która leżała bliżej korony, jest słabiej naciekła leukocytami, natomiast zamożniejsza w młode komórki łączno-tkankowe. Naczynia tej części są zapchane ciałkami czerwonemi krwi; jądra ciałek białych, leżących w tej części, barwią się gorzej i mają zarysy zamazane. W samej koronie znajdujemy tkankę stosunkowo prawidłową, jednakże zamożniejsza w komórki i gdzieniegdzie zawierająca małe wybroczyny. Badanie kilku skrawków na drobnoustroje nigdzie ich nie wykazało.

Przytoczone powyżej wyniki badania 3 zębów dają nam obraz działania formaliny 40%, użytej w różny sposób i wśród różnych warunków po dwóch tygodniach jej styczności z miazgą zębową. Z kolei przedstawiam wyniki doświadczeń nad zastosowaniem formagenu i jodoformagenu, które pozostawały w styczności z miazgą zębową przez dni 4.

4) Kieł dolny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, barwa niezmieniona, *pericementium* nieznacznie nastrzykane, plomba dobrze się trzyma. Po rozłupaniu zęba przedstawia miazga barwę blado-różową, jest soczysta, gdzieniegdzie w części koronowej widać małe miejsca wiśniowe, ciemniejsze. Pod drobnowidem część korzeniowa posiada wejrzenie prawidłowe, w części zaś koronowej i środkowej są zmiany, polegające na wybroczynach krwi wśród tkanki prawidłowej; naczynia są rozszerzone, miejscami zapchane ciałkami czerwonemi krwi. Nad tą częścią widać wśród tkanki dość gęsto rozsiane komórki duże, okrągławe, z niewielkiem jądrem, ułożonem w niektórych obwodowo. Protoplazma tych komórek ziarnista, w niektórych komórkach zawiera 1 do 3 wakuol; wśród protoplazmy widać drobne ziarenka brunatnawego barwika. Nacieku ciałkami białemi krwi nigdzie nie spostrzegamy. Badanie skrawków na drobnoustroje, nigdzie ich nie wykazuję.

5) Ząb trzonowy drugi dolny strony lewej. Dziąsła nie przedstawiają zmian wybitnych, plomba w dobrym stanie, barwa zęba nie zmieniona, osłonka zęba nieco nastrzykana. Miazga zębowa w części koronowej ciemno-wiśniowo zabarwiona, dalsza jej część o prawidłowem wejrzeniu. Na przekroju widać już gołem okiem w jednej trzeciej części miazgi zębowej ostro ograniczone ognisko, jednostajnie różowo-żółto zabarwione, tylko na brzegu nieco ciemniejsze, wielkości prosa. Pod drobnowidem widać, że ognisko to składa się z czerwonych ciałek krwi, zbitych w jedną masę, a barwiących się gorzej. Tylko część brzeżna zawiera jeszcze dobrze utrzymane ciałka czerwone krwi, leżące wolno w tkance. W części górnej, otaczającej to ognisko, wszystkie naczynia są rozszerzone i napełnione krwią. Podobne zupełnie ognisko wybroczynowe znajduje się na szczycie miazgi zębowej. W obrębie obu tych ognisk jądra dostrzegalnych gdzieniegdzie komórek miazgi, jakoteż jądra śródbłonków naczyń, wcale się nie barwią, co znamionuje martwinę (nekrozę). Badanie skrawków na drobnoustroje nigdzie ich nie wykazuje.

6) Ząb trzonowy drugi dolny strony prawej. Otoczenie zęba zmienione, dziąsła rozpulchnione, nastrzykane, za naciskiem wydobywa się ropa, ponad zębem okostna wyraźnie zgrubiała. Osłonka korzeniowa silnie nastrzykana, okolica plomby dokładnie obejrzana nie przedstawia żadnej zmiany. Czopek porcelanowy silnie sie trzyma. Po rozłamaniu zęba miazgi brak. W kanale korzeni, zamiast miazgi, znajdujemy ciecz brudną, gęstą, ropno-posokowatą, silnie cuchnącą, a wśród niej rozróżnić się jeszcze dadzą strzępki tkanki.

7) Ząb trzonowy drugi górny strony prawej. Otoczenie normalne, *pericementium* nieznacznie nastrzykane, wydobyta miazga zębowa w części koronowej jest naciekła, ciemno-wiśniowa, część korzeniowa wygląda prawidłowo. Pod drobnowidem znajdujemy bardzo wyraźnie odgraniczone pole, nie przechodzące na wskroś, wypełnione głównie ciałkami czerwonemi krwi. W części leżącej ponad tem polem, t. j. w części odpowiadającej koronie, tkanka miazgi jest zamożniejsza w komórki łączno-tkankowe, a oprócz tego znajdujemy dość liczne leukocyty i gdzieniegdzie wybroczyny. Badanie skrawków w kierunku drobnoustrojów daje wynik ujemny.

Doświadczenie II.

Pies mały, czarny, rasy mięszanej; po zachloroformowaniu, nadwiercono dyamentem szkliwo górnego kła strony lewej, a następnie rozszerzono otworek zwykłym świderkiem stalowym kształtu przewróconego stożka. Jamkę wywierconą pogłębiono tak daleko, że pulpa przeświecała różowo, przykryta jeszcze cieniutką blaszką dentyny. Brzegi otworu dokładnie obrównano tak, aby czopek porcelanowy szczelnie przylegał. Na dno otworu wprowadzono formagen gęstości miodu, czyniąc z niego przykrywę ponad miazgę. Resztę jamki wypełniono rzadkim cementem Caovarda i w nim osadzono czopek porcelanowy, zamykający cały otwór.

Kieł dolny strony lewej, zoperowano w podobny sposób, z tą różnicą, że na przykrywę, ponad cienką warstwę dentyny, użyto jodoformagenu.

Kły strony prawej, tak górny, jak dolny, również nadwiercono tak, że miazga przeświecała; w obu kłach otwory wymyto 40% formaliną, zostawiono na dnie małe kawałeczki waty, nią napojone, poczem na płynnym cemencie osadzono czopki porcelanowe. Przez 5 dni po operacyi pies miał się zupełnie dobrze; chcąc użyć go do dalszych doświadczeń, uśpiono go ponownie chloroformem po ukończeniu piątego dnia. Zaledwie jednak nawiercono pierwszy ząb, pies przestał oddychać i zginął mimo długotrwałego sztucznego oddychania, wskutek czego trzeba było zaniechać dalszych zabiegów. Wszystkie cztery kły, po odpiłowaniu szczęki górnej w jej przedniej części i wyłuszczeniu szczęki dolnej, badano gołem okiem i pod drobnowidem.

1) Kieł górny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, plomba dobrze utrzymana, *pericementium* prawidłowe. Miazga zębowa w części koronowej silniej nastrzykana, część korzeniowa blado-różowa. Pod drobnowidem: część korzeniowa nie przedstawia zmian. W części koronowej ograniczone ognisko, w którem są świeże wybroczyny, a naczynia silnie rozszerzone. W sąsiedztwie tego ogniska, wśród tkanki, wiotki naciek, złożony z leukocytów; przedstawia się to tak, jak obraz początku zapalenia.

2) Kieł dolny strony lewej. Otoczenie zęba prawidłowe, plomba zupełnie dobrze utrzymana. Osłonka korzeniowa nieco nastrzykana. Obraz drobnowidowy, podobny do poprzedniego, tylko zmiany na większej przestrzeni i wybitniejsze. Wybroczyna, odpowiadająca polu operacyjnemu, stosunkowo większa; naciek zapalny zbitszy.

3) Kieł górny strony prawej. Otoczenie i plomba jak wyżej. *Pericementium*, szczególniej przy szczycie korzenia, nieco nastrzykana. Przy bliższem badaniu pokazuje się, że ścianka dentyny pozostawiona ponad miazgą, jest nadłamana i że wacik z formaliną 40% leży wprost na miazdze zębowej. Pod drobnowidem, część korzeniowa nie przedstawia żadnych zmian. Tkanka łączna komórkowa, liczne naczynia krwionośne, tętnice i żyły prawidłowe. Dopiero od połowy miazgi zaczyna się ognisko zapalne, w postaci gęstego nacieku ciałkami białemi, wielojądrzastemi, które zasłaniają prawie zupełnie budowę miazgi. Wśród tego ogniska naczynia są rozszerzone, zapchane białemi i czerwonemi ciałkami krwi, a gdzieniegdzie trafiają się dość znaczne wybroczyny.

4) Kieł dolny strony prawej. Otoczenie zęba prawidłowe; osłonka zębowa lekko nastrzykana. Pod drobnowidem część korzeniowa przedstawia się prawidłowo. W części koronowej już gołem okiem widać ciemno-wiśniowe zabarwienie, które zajmuje mniej więcej $^1/_4$ długości całej miazgi. Pod drobnowidem, widzimy zmiany w postaci ogniska wybroczynowego, dość rozległego, w którego środku ciałka czerwone krwi są zmienione, a na obwodzie prawidłowe i dobrze się barwiące. Podobny obraz spotkaliśmy już w jednym z poprzednich zębów. Ponieważ w następnych dwóch doświadczeniach, obydwa psy przy rozpoczęciu operacyi zginęły, trzeciego psa już nie usypiałem chloroformem, lecz przywiązawszy go gwałtem do stołu, odpreparowałem żyłę odgoleniową (*vena saphena*) i wstrzyknąłem wprost do niej rozczyn morfiny. Pies bezpośrednio po tem zasnął i do samego końca doświadczenia, które trwało przeszło pół godziny, zachowywał się zupełnie spokojnie.

Doświadczenie IV.

Powyższe doświadczenia z formagenem, jodoformagenem i 40% formaliną, wyjaśniły: 1) działanie tych 3 środków, wprost stykających się z miazgą zębową prawidłową, niezakażoną, 2) na miazgę zębową zakażoną, 3) na miazgę zębową, ponad którą zostawała cieniutka warstwa zębiny (dentyny). W doświadczeniach tych przeprowadzano badania miazgi operowanych zębów po czterech, po pięciu i po czternastu dniach. Chcąc zaokrąglić niniejsze badania, ostatniego psa utrzymywałem przy życiu przez $2^1/_2$ miesiąca, t. j. 75 dni, a to w tym celu, aby wyrobić sobie zdanie o dalszem działaniu tych środków, przez dłuższy czas z miazgą zęba pozostających w styczności. Postępowanie było zupełnie podobne do postępowania w doświadczeniu pierwszem, drugiem i trzeciem.

W kle dolnym lewym po nawierceniu aż do miazgi i zatamowaniu powstałego przez zranienie krwotoku, przykryto miazgę formagenem, resztę jamki wypełniono cementem i zaczopowano porcelaną.

W kle dolnym prawym oraz lewym górnym postąpiono jak wyżej z tą różnicą, że użyto za przykrywkę jodoformagenu.

W kle górnym prawym wymyto wywierconą jamke 40% formaliną, zostawiono wacik na jej dnie, poczem przykryto cementem, na którym osadzono czopek porcelanowy. Pies pozostawiony przez $2^1/_2$ miesiące przy życiu, miał się zupełnie dobrze. Przy oglądaniu po tym okresie czasu zauważono, że kieł dolny, lewy, zmienił barwę; dziąsła w jego okolicy rozpulchnione, za uciskiem wydobywa się ropa. Inne zęby miały otoczenie prawidłowe, a plomby wszystkich czterech zupełnie dobrze utrzymane i szczelnie przylegały.

Wynik badania anatomicznego był następujący:

1) Kieł dolny lewy: Po otwarciu a raczej rozłupaniu zęba przedstawia się zawartość kanału zębowego, jako ropno-posokowata, cuchnąca ciecz; osłonka przy szczycie korzenia silnie nastrzykana. Ponieważ plomba była zupełnie dobrze utrzymana, a miazga zębowa nie była poprzednio zakażana, przypuścić należy, że musiały się tutaj dostać podczas operacyi drobnoustroje ropotwórcze, których formagen nie zniszczył.

2) Kieł dolny prawy. Otoczenie *pericementium* jako też wejrzenie miazgi zębowej prawidłowe. Pod drobnowidem naczynia silnie rozszerzone, w niektórych skrzepy szkliste. W sąsiedztwie tych naczyń, liczne komórki okrągławe, z protoplazmą zapchaną brunatnym ziarnistym barwikiem; miazga zębowa zamożniejsza w komórki łączno-tkankowe, ułożone gęsto koło siebie. W niektórych miejscach, wśród tkanki, nieliczne, niezbyt wielkie wybroczyny i to tylko na niektórych preparatach. Nacieków z leukocytów nigdzie nie widać.

3) Kieł górny lewy. Wejrzenie normalne; w miejscu, gdzie znajdowało się pole operacyjne, naczynia gdzieniegdzie miernie rozszerzone. Widać dalej nieliczne drobne wybroczyny i komórki, obładowane barwikiem brunatnym.

4) Kieł górny prawy. Obraz bardzo podobny do poprzedniego.

Rozpatrując wyniki powyższych doświadczeń, muszę naprzód zwrócić uwagę na łatwo zrozumiałą okoliczność, że działanie wszystkich trzech przetworów, t. j. formaliny, formagenu i jodoformagenu, jest prawie jednakowe co do jakości, lecz różne co do rozległości i natężenia wywołanych zmian. Wszystkie te trzy środki, wywołują początkowo sprawę zapalną bez udziału drobnoustrojów. Jak wiadomo, takie sprawy zapalne, niezakaźne, mogą powstać pod działaniem bodźców termicznych, chemicznych lub mechanicznych i przebiegać aż do końca zupełnie jałowo w znaczeniu bakteryologicznem t. j. bez współudziału drobnoustrojów. Przypuszczenie, że w doświadczeniach naszych użyte środki w podobny zadziałały sposób, opiera się na stwierdzeniu nacieków zapalnych w naszych preparatach i na ujemnym wyniku badania skrawków na drobnoustroje nawet w tych przypadkach, gdzieśmy miazgę zębową przed zastósowaniem środka sztucznie zakazili. Rzecz to zupełnie naturalna, gdyż formalina i zawierające ją przetwory: jodoformagen i formagen, mają działanie przeciwgnilne, a zarazem podrażniają, w odpowiednich zaś warunkach zabijają i ustalają tkankę. Formagen, jak wynika z doświadczeń, nie posiada prawdopodobnie zbyt silnych własności przeciwgnilnych, gdyż, jak to w protokóle doświadczeń zaznaczono, w obecności jego miazga zębowa raz umyślnie zakażona, drugi raz zaś nawet nie zakażona umyślnie zmieniła się w ropno-posokowatą ciecz. Niektórzy autorowie, jak sam wynalazca Abraham i Beno Sachse [10]) popierają formagen. Sachse podaje, że używał go z dobrym zawsze wynikiem. Sam jednak powiada na początku swej pracy, że do leczenia wybierał zęby, w których albo miazga zębowa wcale jeszcze nie była odkryta, albo tylko przypadkiem ekskawatorem naruszona. Doświadczenia, a raczej spostrzeżenia kliniczne Sachsa nie zupełnie są jasne, gdyż on naprzód wymywał jamki w zębach zgęszczonym kwasem karbolowym, a potem dopiero przykrywał formagenem. Kto wie jednak, czy w tych przypadkach wogóle było potrzebne jakiekolwiek postępowanie przeciwgnilne, skoro przypuścić można, że miazga zębów jeszcze nie była zakażona, a dalej, czy w tych przypadkach odkażająco nie działał dostatecznie sam karbol, tak, że formagen mógł być zupełnie zbytecznym. Jak już wspomniałem starał się Bauchwitz udowodnić zdanie Abrahama o formagenie, doświadczeniami na cielętach. Działanie tego środka jest według niego „nadzwyczajne, zadziwiające, niepojęte“. W poważnej swej pracy ułatwia mi bardzo Julius Witzel [11]) omówienie zapatrywań Bauchvitza i zgodziłbym się ze zdaniem Witzla, że „Bauchvitz musiał mieć chyba cudowny mikroskop, skoro widział martwą tkankę powracającą do życia“. Tak przy formagenie jak jodoformagenie i formalinie nie można mówić o martwinie (nekrozie) całego narządu t. j. o ustaleniu całej miazgi zębowej. Zmiany, jakie spostrzegamy na preparatach, są zmianami częściowemi, dotyczącemi co najwyżej trzeciej części całej miazgi. Natychmiast po zetknięciu się z formaliną lub zawierającemi ją przetworami, powstaje ograniczone, mniej lub więcej rozległe ognisko zapalne, z większą lub mniejszą wybroczyną, z większą lub mniejszą ilością leukocytów, dostających się do tkanki z rozszerzeniem się naczyń, których światło zapchane jest ciałkami czerwonemi krwi. Zapalenie to przebiega bez udziału drobnoustrojów, a w dalszym ciągu pewna część tkanki zapalonej obumiera.

Jakie są dalsze losy całej tej sprawy, na to odpowiedź znajdujemy w wynikach doświadczenia IV, po którem zwierzę żyło przez $2^1/_2$ miesiąca.

W preparatach uzyskanych po upływie tego czasu, widzimy tylko pozostałości zmian pierwotnych, w postaci małych wybroczyn, rozszerzenia naczyń, w których widać skrzepy szkliste, a co najważniejsza zmiany w samem utkaniu miazgi, która jest zamożniejsza w łączno-tkankowe komórki, gęsto obok siebie ułożone. W tych preparatach spotyka się wreszcie w sąsiedztwie naczyń krwionośnych liczne komórki okrągławe, z protoplazmą zapchaną brunatnawym, ziarnistym barwikiem, zresztą zaś miazga zębowa zbliża się do obrazu prawidłowego. Całość obrazów drobnowidowych we wszystkich naszych doświadczeniach świadczy, że formalina i jej pokrewne przetwory, nie zabijają miazgi i nie usta-

[10]) Meine Erfahrungen mit Formagen Dr. von Beno Sachse. Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde XXI. J. 8 Heft 1898.

[11]) Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde XVI. J. 12 Heft December 1898 über die Wirkung der Formols und der Schwefelsäure auf die Pulpa u. Wurzelhaut der Zähne.

lają jej w całości, tylko w części. Po niejakim czasie następuje wessanie nacieku zapalnego i obumarłej tkanki. Jest to sprawa podobna do tej, jaką wywołać można przez zniszczenie miazgi zębowej na drodze termicznej. (Dok. nast.)

III. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.

Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9.

Podał

Dr. Stanisław Droba.

(Wykład, wygłoszony na IX Zjeździe chirurgów polskich, odbytym dnia 18 i 19 lipca 1899 r. w Krakowie.)

(Ciąg dalszy).

Do drugiej gromady należą przypadki czyste, nie powikłane przetokami. Z gromady tej jednakowoż wyłączyć muszę chorego Mildnera *(Omarthritis tbc.)* i to tak ze względów bakteryologicznych, jakoteż histologicznych. W krótkości przedstawia się przypadek ten w sposób następujący: Bóle w stawie barkowym prawym w 17 roku życia. Chory pracował, kuł młotem, — był bowiem z zawodu kowalem. Na 7 tygodni przed przybyciem na klinikę dostaje chory po znacznym wysiłku dreszczy, gorączki i bardzo znacznych bólów w stawie barkowym. Po kilku dniach staw bardzo znacznie brzęknie, a skóra nad nim czerwienieje. Stan ten trwa trzy tygodnie. Potem zaczerwienienie się ogranicza do jednego miejsca, położonego po zewnętrznej stronie stawu. Obrzęk jednakże nie maleje, przeciwnie, powiększa się i twardnieje. Badanie wykazało ogromny obrzęk barku, ruchy zniesione, chrupotanie w stawie. Po zewnętrznej stronie stawu jama, wykazująca chełbotanie, skóra w tem miejscu zaczerwieniona. Przy ucisku znaczna bolesność.

Wogóle przypadek robił wrażenie mięsaka kości barkowej *(osteosarcoma)*. Płyn z jamy aseptycznie wydobyty strzykawką próbną był surowiczo-mętny. Drobnowid wykazał w nim ciałka ropne w znacznej liczbie, obok tego drobnoustroje. Zasiano pożywki, na których po 12 godzinach wyrosły obficie hodowle, jak to dalsze badanie wykazało, g r o n k o w c a b i a ł e g o, posiadającego małą jadowitość (królik). Płyn wstrzyknięto śwince; ta nie padła, żyje do dnia dzisiejszego i ma się dobrze. Od czasu wstrzyknięcia skończyło się 22 lipca 8 miesięcy. Szczepienia cząstek kostki, w której przypuszczano zmiany gruźlicze, zabiły świnkę morską po 8 tygodniach na gruźlicę płuc, wątroby i śledziony. Prątki w gruzełkach padłych świnek znaleziono.

W tym przypadku wykonano resekcyę stawu barkowego. Po otwarciu stawu znaleziono następujące stosunki: Główka kości barkowej (bardzo zniszczona), tożsamo i powierzchnia stawowa łopatki. Zniszczenie polega na głęboko wciskających się nadżerkach. W jamie stawowej mnóstwo powygryzanych, nierównych kostek, wielkości małego i dużego orzecha. Zresekowano resztki główki. Powierzchnię stawową łopatki wyskrobano. Nieznacznie zgrubiałą torbę usunięto w całości. Ocenienie, zkąd wyszła sprawa gruźlicza, czy z torby, czy z kości, było niemożliwe.

Obraz histologiczny przedstawiał typ, podobny do gromady poprzedniej. Naciek drobno okrągło-komórkowy występuje na plan pierwszy. Typowe gruzełki bardzo nieliczne tak, że trzeba je w preparatach z kości z mozołem wyszukiwać. Przywarstwianie dość rozwinięte. Beleczki kostne mimoto zredukowane do cieniuchnych blaszek, z wielu pozostały zaledwo maleńkie szczątki. Dziedziczności brak, płuca bez zmian, w plwocinie prątków nie znaleziono. Świnka szczepiona plwociną nie padła. Z u p e ł n e w y l e c z e n i e. Chory przedstawiał się przed $1^1/_2$ miesiącem, — stan ogólny znakomity, miejscowy również. Rana zupełnie zagojona, żadnej przetoki. Pacyent włada ręką do tego stopnia, że może kuć małym młotkiem.

Przypadek to ciekawy i jedyny wśród naszych spostrzeżeń ze względu na zakażenie mięszane, jakie istniało w tym przypadku.

Zakażenie polegało na obecności gronkowca białego *(Staphylococcus albus)*, który się dostał do poprzednio gruźliczo zmienionego stawu najprawdopodobniej w tym czasie, kiedy chory dostał po raz pierwszy dreszczy i gorączki, oraz nagłego i wielkiego pogorszenia w stawie barkowym. Gronkowcom też, a nie prątkowi gruźliczemu, należy przypisać te dalsze a wielkie zmiany, jakie znaleziono w kościach. Za tem zdaje się przemawiać ta okoliczność, że ciecz, wzięta z opisanej poprzednio jamy, szczepiona śwince, nie wywołała u niej zmian gruźliczych. Cząstki zmienionych kostek, szczepione świnkom, zabiły je w przeciągu 8miu miesięcy. Jamę, wypełnioną cieczą surowiczo-mętną, uważać przecież należało za ropień zimny, którego treść powinnaby była zabić świnkę w czasie od 4—6 tygodni, jak to we wszystkich innych przypadkach rzeczywiście następowało.

Reszta przypadków tej gromady rozpada się na dwa działy. 1) Przypadki, przebiegające z wytwarzaniem się ropni zimnych i znacznych wysięków do stawów, słowem, postacie wilgotne, jak je nazywają Niemcy, i 2) formy typowo przewlekłe, suche.

W pierwszym dziale mamy 1) dwa przypadki gruźlicy stawu biodrowego, 2) jeden przypadek gruźlicy stawu łokciowego, 3) jeden przypadek gruźlicy nasady kości łokciowej, mianowicie końca obwodowego, 4) jeden gruźlicy mostka i 5) jeden gruźlicy stawu skokowego.

Badanie bakteryologiczne tego działu przypadków polegało na szczepieniu na pożywkach, *a)* mazi, branej ze stawów, *b)* cieczy, branej z ropni zimnych, *c)* tkanek zmienionych. Tu podnoszę, że w żadnym przypadku na pożywkach nic nie wyrosło, to znaczy, że tak ciecz ropiasta z ropni zimnych, jak maż stawowa, jakoteż tkanki były z a w s z e j a ł o w e, (wyłączając z pojęcia jałowości prątek gruźliczy).

Obok tego szczepiono tkanki zmienione, maź stawową i treść ropni zimnych świnkom morskim, wypróbowanym tuberkuliną. We wszystkich przypadkach świnki padły. Najwcześniej padały przy szczepieniu t r e ś c i ą r o p n i, bo po 4 tygodniach, po szczepieniu tkanką po 6—8 tygodniach, po szczepieniu mazią stawową po 10—12 tygodniach. We wszystkich przypadkach okazywały padłe świnki rozległe zmiany gruźlicze i to zawsze największe w postaci rozsianych gruzełków. W każdym przypadku badano gruzełki znalezione u świnek, na prątki i zawsze je znachodzono; łatwo w gruzełkach, oddzielnie występujących, trudniej w naciekach rozleglejszych i częściowo się rozpadających.

Zmiany anatomiczne, makroskopowe:

1) Antoni Bochenek (*coxitis*). Ognisko pierwotne w kości i to w kości miednicowej z przodu i tuż przy panewce; ognisko wielkości dużego orzecha włoskiego, przebiło do panewki przez wytworzoną kloakę średnicy $^{1}/_{3}$ ctm. Błona maziowa nastrzykana, przyćmiona, szaro zabarwiona. Torba stawowa obrzękła. Około krętarza wielkiego, mianowicie poza nim, ropień zimny wielkości orzecha włoskiego. Chrząstki w górnej części panewki i chrząstki na główce kości udowej w miejscu, które się bezpośrednio stykało ze ścianą panewki, brak. (Zanik uciskowy). Panewka cała znacznie rozszerzona w wymiarze podłużnym.

2) Obraz anatomiczny w drugim przypadku gruźlicy stawu biodrowego nieznany, bo przypadek ten leczono zachowawczo. Przypadek ten odznaczał się rozległymi ropniami zimnymi.

3) Sadzik (*talocruritis tbc.*). Ognisko pierwotne w kości i to kości goleniowej (*tibia*); po stronie zewnętrznej około kostki ognisko o średnicy 3—4 ctm., od niego prowadzi kloaka o średnicy $^{1}/_{2}$—1 ctm. do stawu skokowego. Środka ogniska brak, obumarłe masy wypadły z niego do stawu skokowego. Torba stawowa obrzękła, a błona maziowa silnie nastrzykana, szaro zabarwiona. Chrząstek na powierzchni stawowej kości goleniowej i skokowej w miejscach ucisku brak. Kość skokowa miękka, daje się nożem łatwo krajać.

4) Korpanta (*olenitis tbc.*). Nad wyrostkiem łokciowym ropień zimny. Ognisko w wyrostku łokciowym skąd przebiło się do stawu. Torba obrzękła. Cała błona maziowa pokryta widocznymi gołem okiem gruzełkami, robi wrażenie ściany świeżego ropnia zimnego. W jamie stawowej, która łączy się z ropniem, znajdującym się nad wyrostkiem łokciowym, znaczna ilość cieczy ropiastej. Chrząstki stawowe kości ramieniowej, łokciowej i sprychowej schodzą łatwo.

5) X-y (*Tbc. epiphyseos ulnae* końca obwodowego). Ognisko w kości łokciowej; ztąd przebiło się do przestrzeni międzykostnej (*spatium interosseum*) wytwarzając tu ropień. Staw nie zmieniony.

6) Woźniczka (*tbc. corporis sterni*). Nad mostkiem ropień zimny, który po otwarciu okazuje obok cieczy surowiczej mnóstwo obumarłej tkaniny strzępów. Ognisko kostne wielkości czworaka przebija kość na wylot.

Obraz drobnowidowy ognisk kostnych i kości, bezpośrednio z ogniskami sąsiadujących, przedstawia w przypadkach 1, 3, 4 i 5 w środku masy obumarłe. Dalej występuje warstwa, w której wśród rozlanego nacieku drobnokomórkowego widać gęsto rozsiane typowe gruzełki. Beleczek kostnych tu zupełnie brak. Warstwa druga przedstawia cienkie i liche beleczki kostne, a wśród nich bardzo obfite typowe gruzełki. Naciek drobnokomórkowy schodzi na plan drugi wobec gruzełków. W warstwie trzeciej widać wśród beleczek kostnych, wyglądających prawidłowo, rozrzucone gruzełki bez nacieku. W gruzełkach występują wśród komórek przybłonkowatych komórki drobne, okrągłe. W warstwie drugiej i trzeciej widać sprawy apozycyjne (przywarstwianie).

Inaczej przedstawiają się obrazy drobnowidowe w preparatach z torby stawowej. Tu różnica odnosi się głównie do samych gruzełków. Rozrzucone są one wśród nacieku drobno-okrągło-komórkowego, a same gruzełki składają się wyłącznie z komórek przybłonkowatych.

Jeżelibyśmy stanęli na stanowisku teoryi Baumgartena w sprawie powstawania gruzełków, tobyśmy musieli wierzyć, że zmiany gruźlicze w torbie w czterech wymienionych przypadkach są zupełnie świeże, znajdujemy tu bowiem gruzełki w pierwszym okresie rozwoju.

Przebieg kliniczny zdaje się potwierdzać to przypuszczenie. W przypadkach tych toczyła się sprawa przewlekła; chory Bochenek mógł chodzić niezawsze, ale bardzo często, bez kul, czasem przy pomocy kul; Sadzik przy chodzeniu uczuwał najpierw mały, później większy ból; Korpanta ręką początkowo ruszała, a X-y czuł tylko głuchy ból przy ucisku na koniec obwodowy kości łokciowej. We wszystkich przypadkach znaczne pogorszenie wystąpiło nagle, a u Sadzika, Bochenka i Korpanty wśród dreszczy. Stawy obrzękły znacznie, skóra nad nimi była zaczerwieniona. Prawdopodobnie wtedy miało miejsce przebicie się ogniska do stawu i zakażenie gruźlicze stawów, które przedtem chromały jedynie wskutek obocznego stanu zapalnego. U chorego Sadzika występuje wyłącznie i najwyraźniej ten typ gruzełków, bo też u niego operacyi dokonano w 10 dni po tem nagłem zaostrzeniu się sprawy chorobowej. Najmniej wyraźny obraz spotykamy u chorego Bochenka, bo też u niego najpóźniej operowano po wystąpieniu wybitnie ostrych objawów miejscowych. Tu spotykamy obok powyżej opisanych gruzełków także gruzełki z komórkami okrągłemi.

Wogóle przypadki te cechują się początkowo przebiegiem przewlekłym. Nieznaczne pogorszenia występują wprawdzie co jakiś czas, ale ustępują szybko. Wybitnie ostry obraz wystąpił we wszystkich powyższych przypadkach nagle i już nie ustąpił. To nagłe zaostrzenie odnieść trzeba najprawdopodobniej do przebicia się ogniska do stawu. Wejrzenie gruzełków w preparatach z torby stawowej zdaje się za tem przemawiać.

W przypadku pierwszym dziedziczność istniała, zmian w płucach nie było, prątków w plwocinie nie znaleziono. Wykonano resekcyę stawu sposobem Langenbecka, połączoną z oddłutowaniem panewki wraz z ogniskiem gruźliczem. Wynik operacyi pomyślny.

W przypadku drugim: Dziedziczność udowodniona, zmiany w płucach, prątki w plwocinie znaleziono. Leczenie zachowawcze, wynik bardzo lichy.

W przypadku trzecim: Dziedziczność udowodniona-zmiany w płucach, prątki w plwocinie. Resekcya stawu sposobem Hütera. Wynik dobry.

W przypadku czwartym: dziedziczności i zmiany w płucach brak, w plwocinie prątków nie znaleziono. Typowa resekcya stawu. Wynik znakomity.

W przypadku piątym: dziedziczności i zmian w płucach brak, w plwocinie prątków nie znaleziono. Nacięcie, odsłonięcie ogniska, wyskrobanie tegoż i otoczenia. Wynik znakomity.

W przypadku szóstym: dziedziczność udowodniona. Zmiany gruźlicze w płucach i gruczołach chłonnych szyi. Świnka, szczepiona plwociną, padła na gruźlicę. Nacięcie i wyskrobanie. Po miesiącu nawrót. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Aleksander Rosner: **W sprawie etyologii złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych** (*t. zw. deciduoma malignum*) (Wydawnictwo Akademii Umiejętności).

Monografia prof. Dr. Rosnera stanowi pierwszy w piśmiennictwie polskiem opis tego rzadkiego nowotworu. Zanim autor przystąpił do opisania swego przypadku i zanim podał wyniki swych dociekań i badań drobnowidowych, skreślił we wstępie, stanowiącym pierwszy dział pracy, w chronologicznym porządku zapatrywania autorów, którzy podobne przypadki mieli sposobność badać. Zestawiając w krótkości wyniki pracy Marchanda, zastanawia się autor nad tem, jakie przyznać pochodzenie obu warstwom, osłaniającym prawidłowo kosmki. W swych dedukcyach przychyla się on do zdania tych autorów, którzy tak warstwę komórek Lang-

hama jak i warstwę syncytyalną uważają za warstwy nabłonkowe, a więc pochodzenia płodowego; autor zastrzega się, że nie przytacza na poparcie tego swego zapatrywania dostatecznych dowodów, ale wprost tylko to przypuszczenie zdaje mu się być logicznem. Przypuszcza autor, że nabłonek błony śluzowej macicy, może przy ciąży zmienić się na masę bezpostaciową, ale trudno pojąć, skądby się przeszczepiał na inne podłoże, to jest na tkanki płodu. „Syncytium“ jak wiadomo, ma bardzo znaczną zdolność rozrodczą, co również przemawia za jego pochodzeniem płodowem. W dalszym ciągu odpiera autor zarzut, jakoby dziwnem było, że nabłonek jednej warstwy tak jest różny od nabłonka drugiej, znajduje on to zupełnie naturalnem, a jako analogiczny przykład przedstawia zachowanie się naskórka. Również zwraca autor uwagę, że ścisłej granicy między jedną, a drugą warstwą niema, a często napotkać można, jak komórki warstwy Langhama, wtłaczają się niejako między „syncytium“. Wytwarzanie się t. zw. *deciduoma*, które nie jest niczem innem jak patologicznem bujaniem tych obu warstw nabłonka, określa autor jako rodzaj przeszczepienia tkanki fizyologicznej dziecka na ustrój matki i przemianę nowotworową tej właśnie tkanki.

W drugim rozdziale swej pracy podaje autor protokóły historyi choroby trzech chorych: pierwszy odnosi się do przypadku deciduoma zupełnie typowego, drugi do przypadku zaśniadu krwawego, okazujący zmiany odpowiadające opisanemu przez Breussa *haematoma tuberosum subchoriale deciduae* trzeci zaś do przypadku zaśniadu groniastego. Dwa ostatnie przypadki przywodzi dlatego autor w tej pracy, by wykazać, jak każda z warstw nabłonka kosmkowego zachowuje się przy różnych warunkach zwyrodnienia kosmka.

W przypadku drugim badanie skrawków pouczyło autora, że przy zaniku kosmka tkanka łączna ulega powolnemu zanikowi, natomiast warstwa Langhausa, nim zacznie ulegać przemianie wstecznej, najpierw buja nadmiernie. Poszukiwanie za „syncytium“ w tym przypadku wykazało, że ten rodzaj komórek znajdował się tylko tam, gdzie kosmek nie dotykał wprost skrzepu.

Przypadek trzeci, jako zaśniad groniasty, dawał obraz drobnowidowy nadmiernego znowu bujania „syncytium“ przy niezbyt znacznej ilości komórek warstwy Langhausa. Obraz ten jest niezmiernie podobny do obrazu, jaki daje t. zw. „deciduoma malignum“ i nie ma, zdaniem autora, cech decydujących, któreby zezwoliły z obrazu drobnowidowego przechylić rozpoznanie w tę lub ową stronę.

W rozdziale trzecim dochodzi autor z rozważania wyników badania trzech wspomnianych przypadków do następujących wniosków: 1) w nowotworze złośliwym bujają stale obie postacie nabłonka kosmkowego; 2) w zaśniadzie groniastym buja przedewszystkiem „syncytium“; 3) w zatrzymanych po śmierci płodu jajach buja przedewszystkiem warstwa Langhausa.

W rozdziale czwartym odpowiada autor na pytanie, dlaczego właśnie ten nabłonek buja? Rozumuje on tak: skoro przy śmierci płodu ustaje utkanie łożyskowe, to nabłonek jest nadmiernie żywiony krwią matki i nic mu tego pokarmu nie odbierze, dlatego też buja. Jeżeli przybłonek będzie otoczony płynem, to buja „syncytium“, jeżeli zaś otoczą go skrzepy, to buja warstwa Langhausa. Od bujania komórek do wytwarzania przerzutów nie daleko; ale gdzie tkwi przeszkoda, która nie dozwala, by przy każdem bujaniu nabłonka powstał zaraz nowotwór złośliwy? Autor przypuszcza, że tym wałem ochronnym jest doczesna; skoro ona wraz z przerwaniem ciąży zaniknie, to braknie tej ochrony, a zwykła świeża tkanka łączna może nie jest zdolną do stawienia oporu patologicznie rozrastającym się nabłonkom. *St. D.*

V. Wyciągi.

Keller. **O wpływie soli amonowych, wprowadzonych do ustroju, na wydzielanie mocznika.** *(Jahrb. d. Kinderheilkunde* XLVII Nr. 2; 3 XIV. 6). W powyższej pracy chodzi autorowi o wykazanie, czy zwiększone wydzielanie się amoniaku moczem u osesków w cierpieniach przewodu pokarmowego należy odnieść do upośledzonej przemiany amoniaku na mocznik, spowodowanej nieprawidłową czynnością wątroby, jaka częstokroć w tych przypadkach u osesków ma miejsce. W tym celu wprowadzał autor oseskom zapomocą zgłębnika żołądkowego rozcieńczony roztwór węglanu amonowego do żołądka, a w moczu oznaczał ilości wydzielanego amoniaku, jako też i sumy azotu, przyczem przekonał się, iż w jednym przypadku ilość amoniaku była prawidłową, w dwóch zaś innych zwiekszoną tylko nieznacznie. Skoro jednak waga ciała tych dzieci spadała, widział się autor spowodowanym odnieść to zwiększenie się ilości wydzielonego amoniaku do kwasów powstałych przez rozpad ciał białkowatych. W następnych doświadczeniach oznaczał autor obok amoniaku i sumy azotu w moczu także ilość mocznika wydzielanego. Dzieciom, które użył do doświadczenia, podawał równe ilości pokarmu, w porcyach jednak minimalnych, aby zmniejszyć ilość wydzielanego N. W tym celu podawał dzieciom rozcieńczoną polewkę słodowo-mleczną. Doświadczenia te wykazały, iż w okresie podawania węglanu amonowego wydzielanie się sumy azotu jak i mocznika było znacznie zwiększone, z czego wnosić należało, iż amoniak został w jelitach wessany i zamieniony na mocznik. Że zaś zwiększona ilość wydzielanego mocznika nie pochodziła od rozpadu białka, za tem przemawiało zachowanie się wagi ciała dzieci, jak również i ta okoliczność, iż wydzielanie się kwasu fosforowego w okresie podawania soli amonowych nie było zwiększonem. Autor dochodzi w końcu do wniosku, że zdolność ustroju w kierunku przemiany soli amonowych na mocznik u dzieci ze schorzałym przewodem pokarmowym pozostaje utrzymaną, coby również zgadzało sie z zapatrywaniem, iż zwiększone wydzielanie się amoniaku w moczu stoi w zwiazku z podniesioną ilością wytworzonych i wydzielanych kwaśnych wytworów przemiany materyi. *Dr J. L.*

W. P. Herringham: **Doświadczenia nad toksycznością moczu.** *(Pathological Society of London. Wiener med. Presse* 1899, Nr. 32). Mocznicę tłómaczymy sobie zatrzymaniem we krwi pewnych substancyj toksycznych; o przyrodzie jednak tej trucizny w moczu pewnych wiadomości nie posiadamy. Tłómaczono sobie mocznicę zatrzymaniem we krwi węglanu amonowego, względnie kwasu karbaminowego; tłómaczenia tego jednak nie udowodniono. W nowszych czasach wykonane przez kilku autorów doświadczenia wykazały, iż toksyczność moczu odnieść należy do zawartości soli potasowych. Bouchard zaprzeczył temu tłómaczeniu sprawy, lecz przyjął 7 hipotetycznych trucizn w moczu i twierdził iż mocz w nocy wśród snu oddany mniej działa trująco od moczu oddanego wśród dnia. Autor stwierdził na podstawie własnych doświadczeń, iż toksyczność moczu stoi w prostym stosunku do ilości zawartych w nim soli potasowych.

Dr. J. L.

Dechamps. **O wysypkach, poprzedzających wysypkę odrową.** *(Societé d. ped.* Czerwiec, 1899). D. zauważył dość często, 4—5 dni przed pojawieniem się osutki odrowej, występowanie wysypki różnopostaciowej, raz podobnej do odry lub płonicy, to znów do pokrzywki lub prosówki *(miliaria)*. Wysypki te mają jednę wspólną właściwość, t. j. że łatwo blednął i giną pod wpływem zimna, n. p. gdy dziecko leży odkryte. W czasie pojawiania się tych wysypek ciepłota ciała jest prawidłowa, niema też żadnych innych objawów zwiastunowych odry. Najczęściej przydarzają się te wysypki u dzieci źle odżywionych, skłonnych do chorób skórnych, oraz u limfatycznych z obrzękami gruczołów chłonnych.

R.

Dr. N. Bardescu. **Nowy sposób operacyjnego leczenia wrzodów podudzia.** *(Ctrbl. für Chir.* Nr. 28, 1899). Autor, wychodząc z zapatrywania, że w powstawaniu wrzodów podudzia występują jako czynnik przyczynowy nietylko żylaki i inne ogólnie znane wpływy, lecz także uwzględnić potrzeba znaczenie nerwów odżywczych (troficznych), podwiązuje w odpowiednich przypadkach nietylko żyłę podskórną odgoleniową *(v. saphena major)*, jak to zalecał Trendelenburg, lecz odsłania także i naciąga n. strzałkowy *(n. peroneus)*, względnie inny nerw, zaopatrujący zajętą okolicę.

Herman.

S. Jellnich i Fr. Schiffer. **O kilku porównawczych badaniach ciężaru gatunkowego pozostałości stałej i zawartości żelaza we krwi.** *(Wien. klin. Wochenschrift* 1899, Nr. 31). Już Hammerschlag, po ogłoszeniu swojej metody benzolo-chloroformowej do oznaczenia ciężaru gatunkowego krwi, doszedł na podstawie badań swych do wniosku, że między ciężarem gatunkowym krwi a jej zawartością hemoglobiny zachodzi pewna zależność i stosunek i na tej podstawie zestawił tablicę, służącą do obliczenia ilości hemoglobiny z ciężaru gatunkowego krwi. Stintzing i Gumprecht wykazali, że między zawartością wody a substancyą suchą krwi z jednej strony, a zawartością Hgb. nie istnieje stosunek bezwzględny. Autorowie postanowili zbadać, jaki stosunek zachodzi między ciężarem gatunkowym krwi, pozostałości stałej i zawartości żelaza. Do oznaczenia c. g. użyli metody Hammerschlaga, pozostałość stałą oznaczyli według Grawitza, a ilość żelaza kalorimetrycznie z popiołu według Jollesa. Z doświadczeń ich wynika, iż we krwi zdrowych osobników znajduje się między cięż. gat., pozostałością stałą i zawartością żelaza pewien stały stosunek; u osobników jednak z krwią patologicznie zmienioną znajduje się pewna zależność tylko między ciężar. gatunk. a pozostałością stałą, nie znajdujemy zaś bezwzględnego stosunku między wartościami rzeczonemi a zawartością żelaza. *Dr. J. L.*

Th. Paucer: **Przyczynek do poznania cieczy mózgowo-rdzeniowej.** *(Wien. klin. Wochenschrift.* 1899, Nr. 31). W nowszych czasach zajmował się Nawratzki badaniem cieczy mózgowo-rdzeniowej cieląt, koni i osób umysłowo chorych, a wyniki tych badań były wprost sprzeczne z wynikami badań Halliburtona. Halliburton określił substancyę redukującą, którą znalazł w cieczy mózgowo-rdzeniowej, jak resorcynę, podczas gdy Nawratzki znalazł cukier gronowy. Halliburton znalazł dalej w cieczy rzeczonej globuliny i albumozy, gdy Nawratzki albumozów wykazać nie zdołał. Cavazzani w końcu wykazał w cieczy mózgowo-rdzeniowej psów zaczyn, zamieniający skrobię w cukier. Te okoliczności spowodowały autora do powtórzenia rozbioru. Materyał, który poddał badaniu, pochodził z dwóch donoszonych płodów, dotkniętych wodogłowiem, otrzymany przez nakłócie podczas porodu. Wynik badania był następujący: pominąwszy sole nieorganiczne, wykazał w pierwszym przypadku obecność białka (4·85 gm.), globuliny, cholesterynę, tłuszcz i mydła; zaś nieobecność albumozów, peptonów, zaczynów w ogólności i mocznika. W drugim zaś przypadku obecność glukozy, niedającej się dla braku substancyi bliżej określić. Ciecz mózgowo-rdzeniowa z pierwszego przypadku posiadała barwę bursztynową, była słabo mętnawa, a po dłuższym staniu wydzielała się z niej szczupła ilość osadu, składającego się z kłaczkowatych strątów kilku ciałek krwi czerwonych i białych i tabliczek cholesteryny. W obec zawartości białka (4.85 gr.) zachodziłoby pytanie, czy obecność jego nie jest pochodzenia zapalnego, którą to sprawę pozostawia autor klinicystom do rozstrzygnięcia. *Dr. J. L.*

Dr. Otto Schnaudigel. **Przypadek wielokrotnych krwotoków narządu wzrokowego w szczególności do pochewki nerwu wzrokowego.** *(v. Graefe's Arch. f. Ophthalm.* XLVII, 3). Magnus zebrał w swoim czasie przypadki, gdzie najczęściej wskutek udaru mózgowego lub urazu nastąpił krwotok do pochewki nerwu wzrokowego lub do samego nerwu i podał cechy charakterystyczne w obrazie wziernikowym dla takiego krwotoku, a mianowicie zamglenie siatkówki dookoła tarczy nerwu wzrokowego i plamki żółtej, czerwona plamka w plamce żółtej i nieco cieńsze tętnice.

Obecnie Schnaudigel, przejrzawszy dokładnie piśmiennictwo wszystkich dotąd podanych przypadków takich krwotoków, twierdzi, że są one niedokładnie opisane, gdyż albo dopiero po śmierci przypadkowo odkryto krwotok w pochewce, albo też rozpoznanie stawiano jedynie tylko na podstawie zmian wziernikowych, podanych przez Magnusa, nie stwierdziwszy krwotoku sekcyjnie. Otóż na tej podstawie, jakoteż na podstawie przypadku przez siebie spostrzeganego, a którego przebieg kliniczny, obraz wziernikowy, badanie drobnowidowe bardzo szczegółowo opisuje, przychodzi autor do wniosku, że krwotoki do pochewki nerwu wzrokowego albo nie sprawiają żadnych zmian wziernikowych, albo dawać mogą co najwyżej obraz lekkiej *papillitis*, jeżeli oczywiście nerw wzrokowy nie został bezpośrednio urazem dotknięty.

Dr. J. Kreutz.

Dr. Ach. **O chorobie morskiej.** *Wien. klin. Wochens.* 1899, Nr. 29). Dotychczas, pomimo licznych prac, nie jest dokładnie poznana choroba morska. Główną tego przyczynę powoduje brak wiadomości ścisłych o wahaniach okrętu. Autor, lekarz okrętowy Lloydu północno-niemieckiego, czynił w tym względzie spostrzeżenia z pomocą aneroidu, którego użył pierwszy do badań nad wahaniami okrętu „Neumayer“.

Co do teoryi choroby morskiej oświadcza się za zdaniem, że jest to choroba czynnościowa, a nie organiczna. Za tem przemawiają względy, że: 1) nawet najsilniejsza choroba morska przebiega bez innych zaburzeń w ogólnym stanie; 2) niemowlęta wcale nie ulegają chorobie morskiej; 3) starcy są bardzo mało do niej skłonni; 4) w głębokim śnie nie pojawia się choroba morska; 5) w razie nagłego niebezpieczeństwa, grożącego człowiekowi, ustaje i t. d.

Teoryę czynnościową choroby morskiej streszcza autor w tych słowach, że objawy choroby morskiej powstają tylko wtedy, kiedy zmiany w położeniu okrętu wchodzą w sferę świadomości. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Pagenstecher. **Rana lewej komórki serca wyleczona przez założenie szwu** *(Deutsche med. Wochschr.* 1899 Nr. 32). Autor operował 17 let. chłopca w 16 godzin po obrażeniu. Chodziło o ranę kłótą w IV przestworze międzyżebrowym na wewnątrz i nieco ku dołowi od brodawki sutkowej. Wskazaniem do operacyi było ciągłe przybywanie krwi w lewej jamie opłucnowej i nie poprawiające się tętno. Ranę w opłucnej i w osierdziu uprzystępnił sobie P. przez wypiłowanie 6 ctm. długiego kawałka z chrząstki V żebra; po rozszerzeniu rany na worku osierdziowym spostrzegł on na ścianie bocznej lewej komory, około 3 ctm. ponad wierzchołkiem serca, ranę ciętą, nie ziejącą, $3^1/_2$ ctm. długą, przebiegającą od tyłu i góry ku przodowi i dołowi. We worku osierdziowym krwi nie było. Zakładanie szów nie przedstawiało zbytnich trudności; — najtrudniejszem było założenie szwu na górnym i (tylnym) końcu rany. P. szył nićmi celuloidowemi, końców nie obcinał, lecz przez ranę w klatce piersiowej wyprowadził je na zewnątrz. Następnie rozszerzył ranę w jamie opłucnowej, wydalił z niej dużą ilość skrzepów i nie mogąc odszukać miejsca krwawiącego, cały worek opłucnowy wytamponował gazą. Przebieg pooperacyjny był idealny. Szwy ze serca wydalił przez pociąganie końców na zewnątrz wyprowadzonych. — Z tego faktu, że po odsłonięciu rany sercowej widział P. sączący z niej jednostajnie mały strumień krwi, wnosi autor, że rana przenikała przez całą grubość ściany komory (?). — Widocznie niedogodności podczas operacyi napotkane, skłoniły autora, że zaczął oglądać się za metodą, któraby najlepiej odsłaniała serce. Żaden ze znanych mu sposobów nie zdawał się celowi odpowiadać i w końcu wynalazł metodę, zupełnie analogiczną do metody już dawniej zaleconej przez Rydygiera *(Przeg. lek.* Nr. 47, 1898 r.), jak to sam w przypisku dodanym podczas korekty przyznaje. *Herman.*

Gev. F. Keiper. **Leczenie chorób przewodu łzowego zapomocą kataforezy.** *(The ophthalmic Record.* Maj 1899, Nr. 5). Kataforeza jest to sposób wprowadzenia leków w żyjące tkanki ustroju zapomocą stałego prądu elektrycznego. Gdy biegun dodatni włożymy do gęstszego środka, a ujemny do środka o mniejszej gęstości, oba środki przedzielimy błoną organiczną i zamkniemy prąd, wtedy środek gęstszy przechodzić będzie przez błonę do środka o mniejszej gęstości, wprost odwrotnie do praw osmozy. Umieszczając przy biegunie dodatnim różne leki, jak kokainę, aconit, chloroform i t. p. można je wprowadzać w ten sposób w tkanki ustroju.

W zastosowaniu do przewodu łzowego potrzebne są zgłębniki (sondy) z kilkoma dołkami na powierzchni; w te dołki wkłada się lek (kamień piekielny, protargol z wazeliną). Zgłębnik wprowadza się w zwykły sposób do przewodu i łączy się jego wystający koniec z dodatnim biegunem bateryi. Ujemny biegun trzyma chory w dłoni. Trzy do pięciu miliamperów przez pięć minut wystarcza, aby lek wprowadzić w tkanki przewodu. Pod wpływem tego sposobu leczenia prędzej ustępuje ropne zapalenie przewodu i worka łzowego, aniżeli pod wpływem któregokolwiek ze starych sposobów.

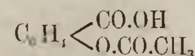
Dr. J. Kreutz.

Prof. Dr. A. Bier. **Fizyologiczne wytłomaczenie zmian występujących w naczyniach podczas i po sztucznej bezkrwistości** *Esmarcha* (*Deutsche med. Wochschr.* 1899 Nr. 31). Przekrwienie czynne, które występuje po zdjęciu opaski Esmarcha, tłomaczono powszechnie porażeniem nerwów naczynioruchowych. Tłomaczenie takie jest zupełnie fałszywem. Tego dowodzą liczne doświadczenia. B. wypreparował tętnicę i żyłę, ramieniową u człowieka, któremu miano wyłuszczyć ramię w stawie barkowym. Po pod naczyniami założył opaskę Esmarchem, zacisnął ją mocno. Zatem krążenie było zupełnie swobodne, — uciśnięte natomiast były nerwy. Po zdjęciu opaski przekrwienia nie było. Na tej samej zaś kończynie wystąpiło zwyczajne przekrwienie, gdy uciśnięte były także i naczynia. Przekrwienie w obwodowych częściach kończyny występuje także po zniesieniu przemijającego ale zupełnego ucisku wywartego palcami, wyłącznie na tętnicę udową u ludzi chudych. Podobne doświadczenia przeprowadzał autor na świniach. Na kończynach tylnych przecinał wszystkie mięśnie, nerwy i t. d. z wyjątkiem tętnicy i żyły udowej. Po chwilowem zaciśnięciu tak odsłoniętej tętnicy występowało znane przekrwienie w częściach obwodowych. Dokładnie to samo zjawisko można było spostrzegać po przecięciu tętnicy udowej i przywróceniu jej ciągłości zapomocą rurki szklanej. Ba, nawet po przecięciu rdzenia w części lędźwiowej i nerwów spółczulnych, przez pewien czas trwający ucisk na tętnicę brzuszną pociągał za sobą w następstwie przekrwienie czynne w obu tylnych kończynach. Z tych doświadczeń wnosi autor, że przekrwienie czynne, występujące po zdjęciu opaski Esmarcha, nietylko nie polega na porażeniu nerwów naczynioruchowych, lecz wogóle z nerwami nie ma nic wspólnego. Występuje ono dzięki automatycznej własności naczyń obwodowych zmniejszania oporów dla krążenia, w razie istniejącej powyżej przeszkody. Zmniejszenie oporów następuje skutkiem rozszerzenia się rozgałęzień obwodowych tętnic, a głównie naczyń włosowatych. Rozszerzenie zaś to nie jest bynajmniej równoznacznem z porażeniem, gdyż przez czas kiedy opaska Esmarcha leży, tętnice i naczynia włosowate czynnie wypychają zawartą w nich krew do żył.

Herman.

Schlesinger: **O sztucznem żywieniu osesków.** (*Therap. Montshefte* 1899, marzec). Powszechnem jest zapatrywanie, że sernik mleka krowiego jest trudno strawny. Przekonanie to, od dawna utrzymujące się w pedyatryi, naprowadziło na myśl rozcieńczania mleka krowiego, aby w ten sposób pozbawić go nadmiaru sernika, uczynić podobnem do mleka kobiecego i łatwiej strawnem. Zapatrywań głęboko zakorzenionych nie zdołały obalić prace nad przemianą materyi u osesków (Uffelman, Camerer, Magnus), któremi wykazano, że przewód pokarmowy oseska wyzyskuje 90—97% wprowadzonego sernika krowiego. Dotąd tylko Heubner wyraża odmienne zdanie. Nowszemi, z całą ścisłością przeprowadzonemi badaniami, udowodniono niewątpliwy pewnik, że organizm doskonale wyzyskuje białko mleka krowiego, że pod tym względem nie zachodzi żadna różnica między mlekiem krowiem a kobiecem. Zdaniem S. niemożna na podstawie tych badań mówić o niestrawności sernika mleka krowiego. Prawda, że sernik mleka kobiecego jest łatwiej strawny (jest on prawie najstrawniejszy ze wszystkich rodzajów białek roślinnych i zwierzęcych), nie wynika ztąd jednak, aby sernik mleka krowiego był niestrawnym. Jeżeli zgodzimy się na to zapatrywanie, to musimy uważać za nieodpowiednie wszelkie rozcieńczanie mleka krowiego, dokonywane właśnie dla odsetkowego zmniejszenia tej rzekomo niestrawnej kazeiny; przez rozcieńczenia mleka bowiem zmieniany na niekorzyść stosunek zawartości ważnych dla ustroju oseska składników, jak sole, tłuszcze, żelazo i cukier. Schlesinger radzi więc zaprzestać rozcieńczania mleka krowiego, gdyż przez to osłabiamy znacznie jego wartość spożywczą, a używać do karmienia osesków mleka czystego, bez żadnych domieszek, zwracać jednak bardzo wielką uwagę na przepisy dyetyczne, tak co do częstości jak ilości spożywanego mleka. Ten sposób żywienia osesków jest zdaniem S. najodpowiedniejszy, najprostszy i najtańszy.

Doc. Raczyński.



VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Salicylan metylowy stósował P. Caziot z dobrym skutkiem w zapaleniu przyjądrza rzeżączkowem w sposób następujący: Moszna skrapia 20 kroplami salicylanu metylowego, obwija je płatkiem tkaniny nieprzemakalnej, warstwą waty i układa na tekturce wywatowanej i opatrzonej tasiemkami, służącemi do lekkiego umocowania moszen wraz z członkiem. Chory naturalnie leży w łóżku. Początkowe lekkie pieczenie, spowodowane salicylanem metylowym, ustępuje w krótkim czasie; ciepłota miejscowa obniża się o 1° i więcej, a chory doznaje znacznej ulgi. Skrapianie i opatrywanie moszen w sposób podany należy stósować 3 razy dziennie. Po 4—6 dniach leczenia objawy zapalenia ustępują. Zdaniem Caziota sposób ten leczenia jest skuteczny, nieszkodliwy i szybko prowadzi do pożądanego wyniku.

J. L.

Aspirinum, nowy przetwór salicylowy, wypróbował Witthausor *(Heilkunde,* 1899, Nr. 7) na 50 chorych i doszedł do następujących wniosków: aspiryna nie drażni błony śluzowej żołądka, a to z tej przyczyny, iż się w kwaśnym soku żołądkowym nie rozkłada jeszcze, a rozkład ten następuje dopiero w alkalicznym soku jelit; działanie leku tego okazało się skutecznem we wszystkich tych chorobach, w których podajemy kwas salicylowy lub salicylan sodowy, a w szczególności w gośćcu stawowym i mięśniowym, suchem zapaleniu opłucnej, dnie; wprowadzenie tego przetworu do ustroju nie sprawia następstw ubocznych jako to: szumu w uszach, dolegliwości żołądkowych lub sercowych: łaknienie chorych, którym podawano aspirynę, nie zmniejszało się nawet po długotrwałym podawaniu. Witthauser zaleca wobec tego ten lek i zaznacza, że pod względem działania przewyższa on o wiele kwas salicylowy i jego sole, jako też inne przetwory, jak laktofenina, fenacetyna, salol i t. p.

Aspiryna w znaczeniu chemicznem jest kwasem octowo-salicylowym wzoru

$$C_6H_4 < \begin{matrix} CO.OH \\ O.CO.CH_3 \end{matrix}$$

Przedstawia igiełki krystaliczne białe, które się przy 135° topią, w wodzie dość trudno się rozpuszczają (1%). W rozczynnikach organicznych rozpuszcza się łatwo. W styczności z rozczynami alkaliów rozpada się aspiryna w krótkim czasie na swoje części składowe.

Aspirynę podają w dawce 1 grm. trzy do czterech razy dziennie, zmieszaną z cukrem.

J. L.

Frickenhaus zaleca w niezbyt rozległych wypryskach głowy i twarzy *(seborrhoea)* 25% wyskok rezorcynowy, którym pomazuje miejsca zajęte, a następnie zaleca choremu robić tak samo przez 3 dni, co wieczór 10% rozcz. Na noc poleca smarowanie lanoliną. Po 8 dniach leczenie skończone, zmiany bowiem przypłaszczają się i łuszczą. Podobnie postępować można w łupieżu pstrym. *(Mon. f. pr. Derm.* T. 28. 11).

F. K.

Prof. Jaquet omawia *(Corr. Bl. f. Schw. Aerz.* 1899) wszystkie dotąd znane przetwory gruczołu tarczykowego, przenosząc nad inne przetwór wytworzony przez strącenie taniną wyciągu grucz. tarczykowego, ajodynę, gdyż przetwór ten ma być silniejszym i działać lepiej od najwięcej dotąd zachwalanej jodotyryny. Lanz otrzymał bardzo dobre wyniki, podając aiodynę w wolach i u dziewczynki bez grucz. tarcz., upośledzonej w rozwoju, która po używaniu tego leku wzrosła w 7 mies. o 7·5 cm. Autor zauważył w 3 przypadkach przerostu gr. tarcz. po podawaniu 1—2 gr. aiodyny dziennie już po kilkunastu dniach znaczne zmniejszenie się tego narządu. *F. K.*

Linossier i Lannois wprowadzają nowy przetwór salicylu *Methylium salicyl.*, używany tylko zewnętrznie, przez co nie wywołuje zaburzeń żołądkowych, ani nerwowych. Stosowanie jest bardzo proste: na część ciała, zmienioną chorobowo, rozściela się, po dokładnem jej obmyciu, papier gutaperkowy, puszcza się z flaszeczki jedną po drugiej kroplę tego przetworu (50—150 kropel) i opasuje papierem ściśle to miejsce, poczem okłada się watą i owija dokładnie opaską, najlepiej flanelową, aby utrudnić przystęp powietrza. Używają tego środka również w ostrej rzeżączce w postaci wstrzykiwań roztworu. Rp. *Met. salic.* 1,0, *Bism. salic.* 10,0, *Vasel. liquid.* 100,0. S. przed użyciem wstrząsnąć, wstrzykiwać 3 razy dnia. *(Pharm. Post.).* *F. K.*

W mieszkaniu, gdzie przebywa suchotnik, radzą używać mieszaniny: *Formalin.* 60,0, *Kreosot.* 15,0, *Ol. therebin.* 37,5, *Menthol.* 1,0, z której 20—30 kropli paruje się na ciepłej metalowej płycie. *(Pharm. Centrhal.).* *F. K.*

VII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Ciąg dalszy).

7) Schmidt (z Bonn). *Dalsze wiadomości o badaniu czynności przewodu pokarmowego.*

Na podstawie doświadczeń nad kiśnieniem (fermentacyą) w jelitach doszedł Schmidt do wniosku, że pewne zaburzenia w czynności jelit, mianowicie nazwane przez Strasburgera zaburzenia nieżytowe i czynnościowe cechują się podwyższonem kiśnieniem (fermentacyą) stolców. Zaburzenia te należą do lekkich, ponieważ jak pokazały nowsze badania, w ciężkich schorzeniach jelit występuje obniżenie kiśnienia, albo nawet brak jego zupełny. Są to zwłaszcza te zaburzenia, w których upośledzone jest znacznie wsysanie tłuszczów i białka. Mówca starał się wynaleźć metodę prostą, któraby posłużyła do ocenienia trawienia białka. W rozległych schorzeniach jelit trawienie białka znajduje się w odwrotnym stosunku do ciężkości choroby.

Szukając w kale drobnowidowych resztek mięsa, doszedł do przekonania, że resztki te składają się przeważnie z tkanki łącznej. Złożyć je należy na karb niedomogi żołądka, a nie zaburzeń w trawieniu jelitowem lub trzustkowem.

Przeciwnie, wydalanie większej ilości mikroskopowych resztek włókien mięsnych przemawia za zaburzeniem w czynności jelit. Dotąd jednak niema sposobu aby oznaczyć stopień tego zaburzenia, ponieważ nie wiadomo, gdzie się znajduje granica pomiędzy prawidłowem a chorobowem wydalaniem pozostałości z włókien mięsnych w stolcach.

Mówca posługiwał się własnym sposobem, aby oznaczyć ilość resztek białka niestrawionego, a wydalonych z kałem; mianowicie poddawał resztki te trawieniu sztucznemu zapomocą soku żołądkowego.

Posiłek próbny był ściśle oznaczony, a po strawieniu jego oddany kał rozmięszywało się, część jego oczyszczano przez centryfugowanie od miazgi rozpadowej, a z pomocą rozcieńczonego kwasu solnego i eteru — od soli i tłuszczu. Osad pozostały składał się z resztek błonnika (celulozy), a w większej części z niestrawionego białka.

W ten sposób zbadał mowca 50 rozmaitych stolców i doszedł do przekonania, że tylko wtedy była różnica na niekorzyść w ilości niestrawionego białka pomiędzy stolcem prawidłowym a chorobowym, jeżeli zaburzenie dotykało większą przestrzeń jelit. Kiedy zaś podpadał chorobie tylko żołądek lub mała przestrzeń jelit, różnicy większej nie można było znaleść.

W zapaleniu jelit pogorszenie trawienia białka było tem większe, im choroba przebiegała ciężej, ale niezależnie od stopnia samej biegunki. Na tych zasadach można rozróżnić pomiędzy rozlanemi zajęciami jelit cienkich przypadki lżejsze i cięższe. W lekkich kiśnienie stolców jest podwyższone, a trawienie białka tylko nieznacznie zmniejszone: w ciężkich wprost przeciwnie, kiśnienie zniesione, a trawienie białka bardzo upośledzone.

8) Gans (z Karolowych Warów). *O wpływie wytworów bakteryj na gnicie w jelitach.*

1) Czyste hodowle prątka okrężnicowego *(bact. coli)*, 2—4 dniowe zwiększają kwas eterosiarkowy, przyczem indykanu nie można wykazać. 2) Czyste hodowle *proteus vulgaris* 4—7 dniowe podnoszą wydalanie indykanu, kwas eterosiarkowy raz był w większej ilości, innym razem w prawidłowej. 3) Czyste hodowle prątka kwasu mlekowego 2—4 dniowe częściowo podwyższają ilość kwasu eterosiarkowego, a częściowo nie. Indykan nie wydzielał się. 4) 10 grm. drożdży w zawiesinie z wodą (200 ctm.) wywołało wydzielanie się indykanu bez wyraźnego wpływu na kwas eterosiarkowy. 5) Równoczesne podawanie prątka okrężnicowego i prątka kwasu mlekowego podwyższa wybitnie ilość kwasu eterosiarkowego bez wpływu na ilość indykanu.

9) Lenbuscher (z Meiningen). *O wydzielaniu tłuszczu przez ciało.*

Mowca badał u znacznej liczby osobników wydzielanie tłuszczu przez skórę. Chodziło mu o następujące zagadnienia: 1) Ile tłuszczu wydziela skóra zdrowego człowieka? różnice u pewnych osobników i w różnych okolicach ciała. 2) Jak bywa w chorobie? 3) Wpływ leków, ruchu, chorób na wydzielanie tłuszczu.

Wydzielanie tłuszczu bywa rozmaite u różnych osobników. Również wiek ma tu znaczenie. Zwłaszcza w okresie pokwitania wydziela się więcej tłuszczu przez skórę, w starości dużo mniej.

Płeć jest bez wpływu, ale barwa włosów coś znaczy, a wogóle bruneci więcej wydzielają tłuszczu niż blondyni. U ludzi zupełnie zdrowych znalazł L. niekiedy podwójną, a nawet poczwórną ilość tłuszczu wydzielonego przez skórę. Ludzie tacy bywają chudzi i mimo dobrego odżywiania się, nie tyją. Przeciwnie, często ludzie otyli wydzielają niewiele tłuszczu. Zdaje się więc, że istnieje pewien związek pomiędzy wydzielaniem tłuszczu przez skórę, a odkładaniem się jego w ciele. Mniejwięcej wydziela ciało przez tydzień około 100 grm. tłuszczu. Ilość ta może dojść u ludzi, którzy odznaczają się nadmiernem wydzielaniem tłuszczu, ponad 300 grm. Najwięcej tłuszczu wydziela się na twarzy (przez czoło, nos, brodę).

Wysiłki cielesne nie wpływają na zwiększenie wydzielania tłuszczu mimo pocenia się znacznego. Tak samo bez wpływu są leki (pilokarpina, atropina, tyreoidyna). Za to wywiera wpływ rodzaj pożywienia. Pożywienie tłuste zwiększa ilość tłuszczu wydzielanego skórą. Niektórzy ludzie dostają wyrzutów na skórze po tłustych potrawach. Znany jest związek trądzika (acne) z większem wydzielaniem tłuszczu. W chorobach gorączkowych przewlekłych (dur brzuszny) zmniejsza się wydzielanie tłuszczu, tak samo maleje i to coraz bardziej, w gruźlicy i w raku. Zwłaszcza w raku skóra jest tak sucha, że niema wcale tłuszczu.

10) F. Blumm (z Frankfurtu nad Menem). *Przyczynki do fizyologii gruczołu tarczykowego.* Gruczoł tarczykowy nie posiada żadnej wydzieliny fizyologicznej, lecz wiąże pewne trucizny, powstające stale w ciele ludzkiem. W gruczole tarczykowym odbywa się sprawa osłabiania toksalbuminów zapomocą działania jodu. Wolne toksalbuminy wywołują w ustroju kurcze padaczkowe, charłactwo lub zaburzenia psychiczne. Podawanie gruczołu tarczykowego należy ograniczyć tylko do obrzęku śluzakowego (myxoedema), w wolu należy zamiast tego użyć nieszkodliwego przetworu jodu (n. p. jodalbacid), w otyłości metod dyetetycznych.

11) Lennhoff (z Berlina) zdaje sprawę z badań podjętych razem z Wolfem Becherem nad związkiem pomiędzy kształtem ciała, a położeniem nerek. Do badań użyli Samoanek, aby wykluczyć wpływ sznurówek. — Wnioski, do których doszli są następujące: 1) W warunkach fizyologicznych każda nerka przesuwa się przy oddechaniu, jak to już podał do wiadomości Litten na zjeździe w r. 1887. 2) Jeżeli nerka jest wymacalna, to jeszcze nie dowodzi rozluźnienia lub przemieszczenia tego narządu. 3) Wymacalność nerki w stosunkach fizyologicznych zależy od kształtu ciała. 4) Osoby, u których dadzą się wymacać nerki, posiadają inny kształt ciała, niejako inny typ ciała, aniżeli osoby z nerkami niemacalnemi. 5) Do oznaczenia tych typów posłużyć może wskaźnik (index), obliczony z pomiarów ciała:

$$= \frac{d.(j-p)}{(c.d)} \times 100$$

w którym d.(j—p) oznacza *distantia jugulo — pubica,* zaś c.d. oznacza najmniejszy obwód brzucha *circumferentia abdominis.* 6) Osobniki z wysokim wskaźnikiem mają wogóle nerki macalne, a z nizkim

niemacalne. 7) Różnica w typach ciała okazuje się również w okolicy lędźwiowej, t. j. w tak zw. przykręgowych wnękach *paravertebrale Nischen*, Wołkow i Delicyn). 8) Wskaźnik przeciętny wykazuje wahar 'a stosownie do różnych krajów.

Wykład ten popierał Lennhoff rysunkami typów ciała Samoanek, starożytnych rzeźb z nizkim wskaźnikiem i nowożytnych rzeźb z wysokim wskaźnikiem. U dziewcząt, należących do typu z wskaźnikiem wysokim, rzeczywiście mógł wymacać prawą nerkę.

(Dokończenie nastąpi).

VIII. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

III.

Jak wszędzie, tak i we Francyi, lekarz styka się, wykonując praktykę, z całym szeregiem innych zawodów, jakoto: aptekarzy, położnych, felczerów, dozorców i dozorczyń chorych i t. d. Kształcenie się do tych zawodów odbywa się w innych cokolwiek warunkach, niż u nas, ustawodawstwo inne im zakreśla obowiązki i prawa, dlatego pragnę im słów parę poświęcić.

Oprócz lekarzy praktyką lekarską zajmują się tu jeszcze t. zw. *officiers de santé*. Dla otrzymania tego stopnia odbyć należy studya zupełnie takie same, jak lekarskie i należy się poddać podobnym egzaminom; różnica zaś zasadnicza polega na tem, że do wstąpienia na uniwersytet nie potrzeba przedkładać świadectwa z ukończenia całej szkoły średniej, równorzędnego z naszem świadectwem dojrzałości, a następnie nie przedkłada się rozprawy doktoryzacyjnej. *Officier de santé* w wykonywaniu praktyki lekarskiej jest o tyle ograniczony, że nie wolno mu podejmować poważniejszych zabiegów operacyjnych. Lekarze z dyplomami obcych uniwersytetów, otrzymywali dość częste od ministerstwa oświaty pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiej, jednakże z tytułem i prawami tylko *officier de santé*. Ustawa z r. 1893, zmieniająca urządzenia studyów lekarskich, zniosła zupełnie ten stopień i obecnie kończą studya i składają egzamina tylko ci kandydaci, którzy przed rokiem 1893 rozpoczęli naukę.

Do niedawna, chcąc się zajmować dentystyką, czy to jej stroną techniczną, czy operacyjną nie trzeba było we Francyi przedkładać żadnego dyplomu, żadnego świadectwa. Dentystyka, uważana za wolne rzemiosło, cieszyła się jego prawami i posługiwała jego środkami, to jest w pierwszym rzędzie reklamą. Po dziś dzień widzimy nieledwie przy każdej ulicy Paryża olbrzymie szyldy z łokciowemi literami ogłaszające „dentystów amerykańsktch“ i t. p., wystawy ze sztucznemi szczękami i illustracyami innych zabiegów dentystycznych. W ostatnich czasach ustawa uporządkowała te stosunki i obecnie chcąc się zajmować dentystyką należy albo ukończyć jedną z odpowiednich szkół (w Paryżu są trzy) albo po dwu latach praktyki u dyplomowanego dentysty, dwa lata studyować na wydziale lekarskim odpowiednie przedmioty i złożyć odpowiednie egzamina, lub wreszcie przedłożyć dyplom doktora medycyny.

W zawodzie aptekarskim istnieją dwa stopnie, mianowicie t. zw. aptekarzy pierwszej i drugiej klasy. Kto się ubiega o dyplom aptekarza pierwszej klasy musi przedłożyć świadectwo rownorzędne z naszem świadectwem dojrzałości *(diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique)* świadectwo 3-letniej praktyki aptekarskiej następnie 3 lata słuchać wykładów w jednej z wyższych szkół *„Ecole supérieure de pharmacie“* i wreszcie złożyć odnośne egzamina. Dla otrzymania dyplomu aptekarza drugiej klasy, należy przedłożyć świadectwo z ukończenia niższej szkoły średniej, świadectwo 6-cioletniej praktyki aptekarskiej, następnie rok uczęszczać na wykłady do jednej ze szkół niższych *„Ecole preparatoire de pharmacie“* i złożyć tamże odpowiednie egzamina. Wymagania te w pewnych razach ulegają zmianie, mianowicie po 4-letniej praktyce aptekarskiej i dwu latach studyów w szkole wyższej można składać egzamina i otrzymać również dyplom aptekarza drugiej klasy.

Aptekarze I klasy mają prawo otworzyć aptekę w każdej miejscowości państwa, aptekarze II klasy tylko w departamencie, leżącym w obwodzie szkoły, w której egzamin składali. Do otwarcia apteki (liczba ich nie jest ograniczona) nie potrzeba osobnego pozwolenia. To też w samym Paryżu jest ich przeszło 650. Mają one jednak wszędzie zapewnione istnienie, gdyż publiczność przywykła w najdrobniejszem cierpieniu szukać ulgi w lekarstwie, a wzywając lekarza za złe mu bierze, jeżeli on recepty nie zapisze. Apteka przedstawia „dobry interes“ także dlatego, że we Francyi nie ma stałej taksy, ale każdy aptekarz za swe lekarstwo może żądać, wynagrodzenia ile mu się podoba. To lekarstwo, które w jednej aptece kosztuje franka, może w innej być oszacowane na 5 franków i więcej. Publiczność chcąc się bronić przed wyzyskiem zwykła naprzód dowiadywać się o cenie lekarstwa, a gdy ta wydaje się wygórowaną, można receptę wycofać i wyraźnie zaznaczyć, że się idzie do innej apteki. Odpowiedź, z jaką się w takim razie spotyka, brzmi najczęściej: „Jeśli Pan gdzieindziej taniej to lekarstwo dostanie, to z pewnością nie będzie ono miało składników równie dobrych i pewnych“. Brak stałej ceny lekarstw daje się w wysokim stopniu uczuwać publiczności, skarżą się na to lekarze, i aptekarze pragną zmiany, nie mniej złe trwa i zostawia szerokie pole do wyzysku ludziom złej woli.

W Paryżu odbywa się przynajmniej raz na rok rewizya wszystkich aptek; w skład Komisyi wchodzi dwu profesorów wydziału lekarskiego, dwu profesorów szkoły aptekarskiej i komisarz policyi. Nowe środki lecznicze mogą być w aptekach dopiero wówczas sprzedawane, gdy zostały uznane za pożyteczne przez akademię lekarską. Lekarz przypisując truciznę, jako lekarstwo, jest obowiązany całą receptę słowami napisać, nawet data nie może być oznaczona cyframi, a aptekarz taką receptę wciąga do osobnej księgi która jest obowiązany, przechowywać 20 lat i na żądanie władz każdej chwili przedstawić.

Położnych *(sages-femmes)* we Francyi jest stosunkowo mało a to przedewszystkiem dlatego, że każdy, komu na to środki pozwalają, woli w danym razie mieć zapewnioną pomoc lekarską. Znaczna ilość położnych w Paryżu posiada t. zw. *„Maison d'accouchements“*. Pod tą poważnie brzmiącą nazwą rozumie się najczęściej kilka pokoików, zaopatrzonych w najniezbędniejsze ledwo sprzęty, pozostawiających pod względem higieny bardzo wiele do życzenia a sąsiadujących z prywatnem mieszkaniem położnej, tytułującej się wówczas dyrektorką zakładu w którym najczęściej pielęgnuje położnice, wydalone o ile możności jak najwcześniej po porodzie ze szpitali, z powodu ich przepełnienia. Systematyczne kursa dla położnych odbywają się w największym szpitalu każdego departamentu i trwają dwa lata, poczem następuje egzamin na wydziale lekarskim lub w szkole lekarskiej przygotowawczej. Wydziały wydają dyplomy I i II klasy, szkoły tylko dyplomy II klasy. Wymagania egzaminacyjne są różne, odpowiednio do rodzaju dyplomu. Kandydatki (wiek wymagany lat 18 do 35) przed wstąpieniem do szkoły składają egzamin wstępny z czytania, pisania rachunków i geografii Francyi. Położne I klasy osiedlić się mogą w dowolnej miejscowości całego państwa, położne zaś II klasy tylko w departamencie, w którym szkołę skończyły.

W Paryżu istnieją dwie szkoły dla położnych mianowicie: Szkoła w „klinice położniczej Tarniera, w której uczennice przebywają jeden rok, obowiązane słuchać odpowiednich wykładów i dopełnić 45 dyżurów nocnych i tyluż dziennych, a egzamin składają na wydziale lekarskim, i Szkoła w *Hôpital de la Maternité*, nie zależna od wydziału lekarskiego, kształcąca rok rocznie około 100 uczennic, które wszystkie muszą mieszkać w szpitalu i podlegają rygorowi niemal klasztornemu. Nauka tu stoi wyżej, niż we wszystkich innych szkołach, a składa się z następujących przedmiotów:

położnictwo teoretyczne i praktyczne, szczepienie ospy, pielęgnowanie dzieci, opatrywanie ran, zasady farmakologii, botanika i zoologia. Po roku, względnie dwu, zależnie od uzdolnienia, składają uczennice egzamin i otrzymują dyplom, równy dyplomowi położnej I klasy.

Nie tak dawno, bo mniej więcej przed 20 laty, mięsienie, jako zabieg leczniczy, nie cieszyło się uznaniem, ani w kołach lekarskich, ani u szerszej publiczności, uważane było poniekąd za szarlatanerya i pozostawało w rękach „specyalistów“ zupełnie zawodowo nie wykształconych. Obecnie rzecz się ma inaczej. Dziś istnieją tu osobne szkoły mięsienia dla lekarzy, a cały ich szereg tak jak wszędzie gdzieindziej, zajmuje się wyłącznie mięsieniem, stosując je w rozlicznych cierpieniach nerwowych, ginekologicznych i innych. Prócz tego jednak, jak dawniej, tak i teraz obierają sobie i nie lekarze mięsienie jako sposób zarobkowania, i to tak mężczyźni, jak kobiety, przyjmują u siebie w domu lub odwiedzają chorych w ich mieszkaniach, a obok tego w każdej prawie łaźni publicznej znaleźć można przynajmniej jednego mężczyznę i jedną kobietę (w zawodzie wyćwiczonych?) cieszących się dość liczną klientelą. Osoby, zajmujące się mięsieniem, zajmują się równocześnie zazwyczaj i stawianiem baniek, które stanowią ulubiony środek leczniczy u publiczności francuskiej i używane są gdzie trzeba i gdzie nie trzeba, bez porady, a czasem i wbrew poradzie lekarskiej. Do zawodowego zajmowania się mięsieniem i stawianiem baniek nie potrzeba wykazywać się zawodowem uzdolnieniem, a publiczność jest zmuszona sama bronić się przed oszukańczą reklamą.

Pielęgnowaniem chorych po szpitalach i w domach prywatnych zajmują się tu rozliczne zakony, jak: *Soeurs du bon secours*, *Soeurs de l Espérance*, *Soeurs gardes malades* i wiele innych, ale prócz tego i liczne osoby prywatne. Przy niektórych szpitalach paryskich znajdują się osobne szkoły, t. zw. *„Ecoles d'infirmiers et d'infirmières“*, gdzie nauka odbywa się bezpłatnie. Profesorami są lekarze szpitalni, a nauka obejmuje przedmioty praktyczne i teoretyczne. O to najważniejsze z nich: Anatomia, fizyologia, higiena, administracya, opatrywanie ran, zasady farmakologii, pielęgnowanie chorych. Po zdaniu egzaminu można otrzymać dyplom, który do wykonywania zawodu nie jest potrzebny, ale przez publiczność dobrze widziany. W szpitalach tutejszych po salach chorych zajęci są wyłącznie dyplomowani dozorcy i dozorczynie; każdemu bowiem zgłaszającemu się do służby szpitalnej daje zarząd w pierwszym roku jakiekolwiek inne zajęcie a równocześnie zostawia mu czas do ukończenia szkoły i potem dopiero przydziela go do sal chorych.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba Lekarska wschodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia pełnej Izby (ustępującej), odbytego w dniu 9 września 1899 roku.

Obecni: Przewodniczący-prezydent Dr. Festenburg, członkowie delegaci: Dr. Piaskiewicz, Dr. Eckhardt, Dr. Muszkiet, Dr. Lechowski, Dr. Wysocki, Dr. Ziemiański, jako zastępca Dr. Świątkiewicz; Dr. Żukowski i Dr. Pisek — pełniący funkcyę Sekretarzy.

Jako komisarz rządowy: JWny protomedyk Dr. Merunowicz, c. k Radca Namiestnictwa

I Sekretarz odczytuje sprawozdanie z posiedzenia pełnej Izby z dnia 26 stycznia 1899. Protokół przyjęto.

II. Prezydent czyni wniosek, by przez powstanie z miejsca dali obecni wyraz smutkowi po stracie ś. p. kolegi Dra Gabryela Sysaka, delegata w Kołomyi, zacnego lekarza, gorliwego delegata i szlachetnego obywatela. Obecni na znak żałoby wstają

III. Prezydent zdaje sprawę z czynności Izby za ubiegłe trzechlecie kadencyi Izby (1896, 1897, 1898). Sprawozdanie obejmuje szczegółowe zestawienie czynności na podstawie sprawozdań rocznych, dawniej już przedłożonych. W szczególności omawia Prezydent zmianę ustawy o Izbach, stosunek do władz, sprawę Kas chorych, sprawę jubileuszowego adresu i t. d.; 540 lekarzy było przy rozpoczęciu kadencyi; obecnie z końcem trzechlecia wynosi liczba przynależnych 680.

IV. Skarbnik odczytuje sprawozdanie kasowe za trzechlecie 1896, 1897, 1898 i sprawozdanie za czas od 1 stycznia 1899 po 25 sierpnia 1899 r.

V. Dr. Lechowski imieniem Komisyi kontrolującej, po przeprowadzeniu skontrum, wnosi udzielenie absolutoryum Skarbnikowi, oraz podziękowanie za żmudne czynności. Wniosek jednomyślnie przyjęto i udzielono Skarbnikowi i Wydziałowi absolutoryum.

VI. Dr. Lechowski wnosi, by nie przesadzano w oszczędności i ułożono akta, kwity i t. d. w sposób więcej buchalteryjny, aby ułatwić szybsze oryentowanie się.

VII. Nawiązując do sprawozdania Skarbnika przedstawia prezydent Dr. Festenburg, iż wykazany majątek Izby lekarskiej powstał z nadwyżek kasowych i wnosi, by Izba uchwaliła utworzyć z tego majątku fundusz na zabezpieczenie lekarzy przynależnych do Izby i ich wdów i sierót.

Wśród rozpraw, które się nad tą sprawą wywiązały, postawił Dr. Lechowski wniosek, ażeby użyć tego funduszu na utworzenie kasy pożyczkowo-zapomogowej; uchwalono przekazać oba wnioski nowej Izbie do załatwienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Festenburg.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Izby (nowowybranej), odbytego w dniu 9 września 1899.

Przewodniczący: Dr. Festenburg; obecni: Dr. Lechowski, Dr. Piaskiewicz, Dr. Eckhardt, Dr. Wysocki, Dr. Żukowski, Dr. Muszkiet, Dr. Bylicki, Dr. Lutyński, Dr. Smolarski, Dr. Sobierański, Dr. Pisek, Dr. Papée.

Jako komisarz rządowy: JWPan Radca Namiestnictwa Dr. Merunowicz.

Prezydent Dr. Festenburg składa przewodnictwo na ręce najstarszego wiekiem Dra Lechowskiego.

I. Dr. Festenburg zdaje pokrótce sprawę z odbytych w dniu 30 czerwca 1899 r. wyborów i przeprowadzonego przez Komisyę skrutynium. Ogłasza nazwiska wybranych w pojedyńczych okręgach członków i zastępców.

Sprawozdanie przyjęto bez rozpraw i jednogłośnie.

II. Z porządku dziennego przystąpiła Izba do ukonstytuowania się.

1) Prezydentem Izby, na 13 głosujących, wybrany Dr. Edward Gerard Festenburg 12 głosami; 1 głos padł na Dra Bylickiego.

2. Przy wyborze Wiceprezydenta Izby, na 13 głosujących otrzymali: Dr. Władysław Bylicki 10 głosów, Dr. Wacław Sobierański 2 głosy, Dr. Wiktor Lechowski 1 głos. Wybrany Dr. Władysław Bylicki.

3. Członkami Wydziału na 13 głosujących wybrani: Dr. Wilhelm Pisek 12 głosami, Dr. Wacław Sobierański 12 głosami, Dr. Wiktor Lechowski 8 głosami, Dr. Jan Papée 12 głosami.

Na zastępców wybrani: Dr. Grzegorz Ziembicki 12 głosami, Dr. Hilary Schramm 7 głosami.

Na delegatów do krajowej Rady zdrowia wybrani: Dr. Edward Festenburg 9 głosami, Dr. Wacław Sobierański 7 głosami.

III. Dr. Lechowski proponuje, by sprawy przekazane przez dawną Izbę Wydział wziął pod obrady i do 8 tygodni zwołał posiedzenie Izby, na któremby z konkretnymi wnioskami wystąpił.

Dr. Lutyński wnosi, ażeby na tydzień przed posiedzeniem wnioski te na piśmie każdy członek Izby otrzymał, celem ich przestudyowania.

Dr. Festenburg proponuje, ażeby sprawę załatwić na posiedzeniu rocznem Izby, mającem się odbyć w styczniu. W głosowaniu przyjęto wniosek Dra Lechowskiego, z poprawką Dra Festenburga.

Dr. Piaskiewicz wnosi, by Izba zrobiła przedstawienie do Rządu, aby lekarze miejscy, w chwili sprawdzenia epidemii w mieście przez Rząd, byli delegowani do prowadzenia epidemii. Formę tego przedstawienia ma obmyśleć Wydział Izby.

Komisarz rządowy, Radca Dr. Merunowicz, daje krótkie wyjaśnienie.

Dr. Lechowski wnosi, aby Rząd postarał się o zaopatrzenie wdów po lekarzach zmarłych na ostre choroby zakaźne.

Wnioski Drów Piaskiewicza i Lechowskiego przyjęto.

Dr. Lechowski wnosi, aby Izba wystósowała petycyę do c. k. Namiestnictwa, by przed rozdaniem szczepień Starostwa zebrały daty, kto z lekarzy deklaruje się do wykonywania szczepień.

Wniosek przyjęto.

Dr. Lechowski wnosi, ażeby Izba utworzyła w swem łonie biuro informacyjne dla posad lekarskich.

Dr. Eckhardt proponuje, by Izba wpływała na Wydziały powiatowe, ażeby te przy obsadzie lekarzy okręgowych uwzględniały, o ile możności, lekarzy dawniej osiadłych w tej miejscowości.

Wnioski Drów Lechowskiego i Eckhardta przyjęto po przeprowadzonej dyskusyi.

Dr. Lechowski wnosi, aby sprawozdanie odczytane przez Prezydenta, wydrukowano i rozesłano wszystkim lekarzom.

Wniosek przyjęto.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Festenburg.

Namiestnictwo Czech wygotowało już sprawozdanie z epidemii duru plamistego, która od stycznia do kwietnia b. r. nawiedziła 12 powiatów Czech i dotyczyła 103 chorych. Streszczenie tego sprawozdania znajdujemy w Nrze. *Öster. Sanitätswesen.* Należy podnieść z uznaniem, z jaką energią i zapałem wszystkie powołane czynniki spełniły swe obowiązki i osiągnęły tak świetny wynik zupełnego stłumienia zarazy, która tak już szerokie przybrała rozmiary, mimo różnorodnych a nie małych trudności. Największą stanowiło wykrycie przyczyny szerzenia się zarazy.

Stosunkowo łatwo udało się wykryć, że pierwszą osobą chorą w powiecie litomierzyckim była wyrobnica, którą dopiero w okresie ozdrowienia odesłano do szpitala. Nie można było jednak w żaden sposób wykazać, by ona nabyła choroby tej od innej osoby, gdyż z całą stanowczością stwierdzono, iż ani w miejscu jej pobytu, ani w całych Czechach, żadnego przypadku duru plamistego nie było — tak, że nie można tu wykluczyć samoistnego (autochton) powstania choroby.

Wkrótce jednak po umieszczeniu chorej w szpitalu (litomierzyckim) zachorowały tamże: naprzód inna chora (prostytutka z wypryskiem), dalej zakonnica, pielęgnująca te dwie chore, wreszcie trzech mężczyzn ze służby. Zaraz też przedsięwzięto z energią odpowiednie środki i to tak skutecznie, że ograniczono chorobę do tych pięciu przypadków.

Natomiast zaczął pojawiać się dur plamisty w coraz dalej położonych powiatach. Tu poszukiwanie źródła zarazy było o wiele trudniejsze, gdyż w bardzo krótkim czasie sygnalizowano telegraficznie Namiestnictwu pojawienie się zarazy prawie równocześnie w kilku powiatach. Ale i tu dochodzenia żmudne, lecz energicznie prowadzone, wykazały, że przyczyną szerzenia się zarazy jest mąż i syn owej wyrobnicy, którzy, zabrawszy dwie derki i inne rzeczy, których chora przed przewiezieniem do szpitala używała, puścili się w półtrzecia tygodnia trwającą podróż pieszą przez całe Czechy od północnego zachodu (Litomierzyce) do południowego wschodu (Landskron), — i choć obaj nie zachorowali, zakazili, nocując po różnych szynkach, oberżach, stajniach i t. p. całe powiaty. Zajmującem jest właśnie to ścisłe stwierdzenie, jak w ślad za tym wyrobnikiem powstawały jeden za drugim przypadki duru, dając znowu przyczynę szerzenia się zarazy w okolicy.

Pomimo takiego rozszerzenia się epidemii, stłumiono ją w bardzo krótkim czasie, bo w ciągu trzech miesięcy we wszystkich 12 powiatach w zupełności, co świadczy o doskonałej organizacyi i energii służby zdrowia w Czechach, jak również o wysokim stopniu poczucia obowiązków, z jakiem każdy z jej organów obowiązki te spełniał.

Epidemia miała w pojedyńczych przypadkach dość łagodny przebieg tak, że śmiertelność wynosiła 20%.

Badanie krwi chorych na dur plamisty pod drobnowidem i przez szczepienie na pożywkach, dokonane w pracowni Prof. Chiarego w Pradze, wydało wynik ujemny.

Z lekarzy żaden nie zachorował.

W zakończeniu tego sprawozdania (Ner 36. *Öster. Sanitätswesen*) wyliczono szczegółowo, jakich środków użyto w celu stłumienia epidemii. A więc naprzód dokładne odosobnienie chorych i ciągłe czuwanie nad osobami, które się z chorymi stykały; — dalej staranie się o przygotowanie w gminach, nawiedzonych zarazą, lub choćby tylko zagrożonych, o budynki izolacyjne, względnie baraki; — dalej dokładne odkażenie rzeczy i mieszkań zakażonych, — troska o służbę do pielęgnowania chorych (ile można taką, która już dur plamisty przebyła); — ostrzeganie gmin zagrożonych i dozór nad niemi, by odpowiednie kroki zapobiegawcze przeprowadziły, nim się epidemia pojawi; — czuwanie nad aresztami, schroniskami i t. p.; — dalej zakaz domokrąztwa i zarządzenie wydawania bezpłatnych posiłków biednym z równoczesnem surowem obostrzeniem zakazu żebractwa po domach; — wreszcie ogłoszenie pouczenia ludności o ochronie przed epidemią, obchodzeniu się z chorymi, odkażaniu i t. d.

Wszystko to są rzeczy znane: podajemy je więc tylko w zwięzłem streszczeniu; dodać jednak musimy, że wszystko to lekarze urzędowi albo sami czynili, albo dokonania osobiście dopilnowali, bez czego najprawdopodobniej nie byłoby można osiągnąć tak świetnego wyniku. *J. G.*

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi w miesiącu sierpniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 36 osób, w liczbie tej 11 pozostałych z lipca i 11 pozostających nadal w leczeniu na miesiąc wrzesień.

Wykaz liczbowy tych 36 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	1	3	4
w kończyny górne	3	8	9	20
w kończyny dolne i tułów	3	4	5	12
w ciało nagie	3	10	13	26
przez ubranie	3	3	4	10
liczby ogólne	6	13	17	36

Zwierzęta kąsające były we wszystkich przypadkach psy.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 września.

* Przed tygodniem odbył się we Lwowie Wiec delegatów Kas chorych, który rzucił światło na tę nową, a wielkiej doniosłości instytucyę społeczną. Jak każde dzieło ludzkie, Kasy chorych w ubiegłem dziesięcioleciu nie wykonały należycie tu i ówdzie mandatu; lecz rzut oka na całość przedstawia nietylko przewagę rozwoju pomyślnego, ale daje rękoimię, że zakres działania Kas chorych jest pożyteczniejszy i sięga dalej, niż z pozoru się wydaje, i że mogą one z czasem odegrać rolę potężnego czynnika społecznego.

Rozwój galicyjskich Kas chorych stwierdzają liczby statystyczne o stanie Kas w r. 1890 w porównaniu do r. 1896. W pierwszym okresie było Kas chorych 27, członków — 58,508, a zasiłków wypłacono 90,890 złr.; w drugim zaś było: 136 Kas, 106,686 członków i wypłacono zasiłków 207,672 złr.

Nie piszemy sprawozdania, więc nie pójdziemy za biegiem rozpraw wiecowych; podkreślamy tylko najważniejsze postulaty najwybitniej odźwierciadlające kierunki, którymi Kasy chorych idą, lub iść pragną. Wymieniamy najdonioślejsze: »należy domagać się koniecznie, ażeby służba domowa i wszyscy ci, którzy dotychczas nie należą do Kas chorych, — zostali do tego zmuszeni, tak, aby Kasy chorych objęły wszystkich pracujących; należy przeprowadzić przymusowe ubezpieczenie na starość i ubezpieczenie wdów i sierót oraz ubezpieczenie na brak pracy. Domagać się stanowczo rzetelniejszego poparcia ze strony władz, i dążyć do zmiany wadliwej ustawy Kas chorych. Wiec uznaje potrzebę zakładania własnych kolonij wakacyjnych i tanich kąpieli dla ubogiej ludności; w dalszym rozwoju zamierzają Kasy objąć apteki we własny zarząd; zakładać własne szpitale, a w szczególności zakładać własne uzdrowiska dla suchotników«; ważną tę sprawę rozwinął i wyłożył Dr. Sztembarth.

To pobieżne zarejestrowanie podniesionych na wiecu spraw stwierdza, że Kasy chorych dążą do objęcia niemal całokształtu samopomocy społecznej i jeśli kiedy swe postulaty przeprowadzą, staną się dźwignią do ziszczenia wielkich czynów społecznych.

W obradach Wiecu brał udział protomedyk Dr. Merunowicz.

* Dr. Ross, kierownik zakładu dla badania chorób podzwrotnikowych, który wyjechał z Liwerpolu na czele komisyi do zachodniej Afryki w celu poszukiwań źródła zakażenia zimniczego, donosi, że mu się udało wykryć w moskitach, rodzaju *Anopheles*, pasorzyta zimnicy czwartaczkowej.

* Rząd pruski wysłał do Oporto, dla dalszych badań nad dżumą, profesorów Froscha i Kossela.

* *Prawitielstwiennyj Wiestnik* donosi, że dzięki zarządzeniom komisyi przeciwdżumowej i energii jej prezesa, księcia Aleks. Oldenburgskiego, epidemia dżumowa w Kołobówce nie przekroczyła granic tej osady i w samem ognisku prawie już wygasła. Na 24 osob, które zachorowały, zmarło 23.

* W Zamościu otwarto stacyę higieniczną do badania środków spożywczych. Badania dokonywać będzie dr. Krzykowski wraz z aptekarzem Kłosowskim, który ofiarował na cele stacyi pomieszczenie i niektóre przyrządy.

* Nadzwyczajne zgromadzenie współwłaścicieli Nałęczowa poruczyło posadę kierownika tego zakładu, w miejsce śp. Dr. Chmielewskiego, — drowi Antoniemu Puławskiemu.

* Tytuł doktora farmacyi istnieje we Francyi; Eymar Lacour jest pierwszy, któremu tę godność nadał w lipcu Uniwersytet paryski po obronie rozprawy: »Wody wersalskie pod względem historycznym, chemicznym i bakteryologicznym«.

* Między 25 a 30 września odbędzie się w Brukseli Zjazd lekarzy Towarzystw ubezpieczenia na życie i od wypadków. Na porządku dziennym postawiono następujące sprawy: ubezpieczenie w przypadkach cukrzycy, białkomoczu i kiły; niedomoga nerwowa; porażenie postępujące; nerwica urazowa; statystyka; konieczność ujednostajnienia formularzy do badań lekarskich; tajemnica lekarska zawodowa w stosunku do Towarzystw ubezpieczenia na życie.

* Kongres chirurgów francuskich odbędzie się w połowie października b. r. w Paryżu.

* Dzienniki donoszą, że hr. Branicki zakupił majętność Proszków za cenę 175,000 rb. z zamiarem urządzenia tam przytułku dla nieuleczalnych i chorych na raka. Przystosowanie budynków wyniesie 30,000 rb., a na utrzymanie ofiarodawca przeznacza do 12,000 rb. rocznie.

* Dr. Wincenty Tyszkiewicz donosi nam, że opuścił stanowisko lekarza kierującego w pensyonacie i Zakładzie wodoleczniczym »Klemensówka« w Zakopanem.

(G.) Tryesteński Wydział krajowy zajął się sprawą uzdrowotnienia gmin swej prowincyi. W tym celu porozumiał się z Namiestnictwem tryesteńskiem i obie te władze wspólnemi siłami biorą się do pracy, której pierwszym widocznym objawem są dwa okólniki, — jeden Namiestnictwa do wszystkich Starostw, z dodaniem drugiego, t. j. okólnika Wydziału kraj. do poszczególnych gmin. W pierwszym Namiestnictwo poleca lekarzom powiatowym, by na podstawie osobistego poznania potrzeb zdrowotnych gmin, które przy sposobności swych objazdów, komisyj i t. p. nabyli, — ułożyli co do każdej gminy osobny szemat prac, jakie celem ich uzdrowotnienia przeprowadzić należy, przyczem naprzód uwzględnić należy krzyczące usterki przeciw higienie, następnie zaś, — stósownie do środków pojedynczych gmin, — ułożyć odpowiedni plan reszty prac asanizacyjnych. Lekarze powiatowi mają wreszcie co miesiąc składać wykazy kontrolne, ile z prac tym planem objętych już wykonano.

Dołączony do tego pisma okólnik Wydziału kraj. do poszczególnych gmin, zwraca naprzód ich uwagę na obowiązki gminy, wynikające z ustawy, czuwania nad zdrowotnością gmin i zaprowadzenia odpowiednich urządzeń zdrowotnych (dobra woda, kanalizacya, dom izolacyjny i t. d.), przyczem słusznie podnosi, że obowiązki te są co najmniej równie ważne, jak dostarczenie gminom pięknych teatrów, szkół, ratuszów i t. p. Dalej poucza gminy, że na podstawie ustawy rząd ma nietylko prawo, ale i obowiązek niepozwalać, by gmina powyższych obowiązków nie spełniała; co więcej, rząd (zwłaszcza w razie epidemii), może wykonać potrzebne roboty asanizacyjne na koszt gminy.

Wzywa zatem Wydział kraj. wszystkie gminy, by corocznie pewną część swych funduszów użyły na cele asanizacyjne i według pewnego z góry ułożonego planu odpowiednie prace nietylko same wykonały, lecz i swych obywateli do ich wykonania zmuszały. (*Oester. Sanitätswesen* Nr. 35, 1899).

Mianowania i odznaczenia: Prof. Szerwińskij mianowany został kierownikiem kliniki lek. w Moskwie. Dr. Pawlinow — prof. szczegółowej patologii i terapii.

Nekrologia: Zmarli: Dr. Tytus Wasylewski, lekarz powiat. zmarł w Rohatynie, w 46 r. życia. Wysoko był ceniony dla zalet umysłu i serca. Napisał trzy rozprawy z medycyny wewnętrznej. Dr. J. Cunning, prof. wewnętrznej medycyny w Belfast. Dr. Kowalkowskij, prof. higieny w Uniw. warszawskim, zmarł w głębi Rosyi.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Nowinach lekarskich* Nr. 8 i 9: Serkowskiego St.: O stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej na wszelki wypadek. Rychlińskiego K.: Przyczyny powstawania bezwładu postępującego (dok.). W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 8: Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów (dok.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 36 Dr. Piltza I.: O nowych zjawiskach źrenicowych. Pechkranza: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. Fajersztajna J.: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie* Nr. 36: Sachsa F.: 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych zapomocą intubacyi. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 9: Dr. Sterlinga S.: Ospa a suchoty. Dr. Puławskiego Win.: Przypadek rzucawki na początku piątego miesiąca ciąży. Poronienie. Dr. Berensteina M.: O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi. Dr. Grodeckiego Fr.: Projekt ustawy kasy samopomocy lekarzy Królestwa polskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Na posadę lekarzy c. k. kolei państwowych na otworzyć się mającej linii Chabówka-Zakopane z siedzibą w *Nowym Targu* i w *Zakopanem* ogłasza się niniejszem konkurs.

Do okręgu lekarskiego w Nowym Targu przydzieloną będzie przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 29·0 wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Raba wyżna, Sieniawa, Lasek, Nowy Targ i Szaflary.

Okręg lekarski w Zakopanem obejmować będzie przestrzeń od kilometra 29·0 do kilometra 43·560 również z budkami strażniczemi tamże się znajdującemi i ze stacyami: Biały Dunajec, Poronin i Zakopane.

Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą lekarza kolejowego w Nowym Targu połączone jest honoraryum w kwocie 180 złr. w. a. — w Zakopanem w kwocie 100 złr. rocznie. 174

O posady powyższe ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone wnosić należy najdalej do 25 września b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posady powyższe obsadzone będą od 1 października 1899 roku.

Wskutek rozporządzenia Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1899, L. 52.961, rozpisuje się niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, obejmującego 14 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 14.607 hektarów, w ilości 12·704 mieszkańców z siedzibą lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim, tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*, obejmującego 9 gmin i obszarów dworskich, na obszarze 23.270 hektarów, w ilości 11.294 mieszkańców, z siedzibą lekarza okręgowego w Dąbrowicy.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie § 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z d. 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82, Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczona została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom Doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdatność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899. 173

Gródek, dnia 22 sierpnia 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 23 Września 1899. Nr. 38.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 23 Września 1899. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*).

Referat wstępny wygłoszony na IX. Zjeździe chirurgów polskich

przez

Prof. Ludwika Rydygiera.

Szanowni Panowie! Rozprawę o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego wybrałem dlatego na nasz Zjazd tegoroczny, ponieważ sprawa ta w ostatnich latach żywo zajmowała wszystkie towarzystwa lekarskie, jak n. p. Towarzystwo chirurgów francuskich, gdzie na licznych posiedzeniach od grudnia przeszłego roku aż do maja roku bieżącego kwestyę tę roztrząsano. My mamy, według mego zdania, jeszcze więcej przyczyn do zajęcia się tem pytaniem niż inni, gdyż, o ile ja przynajmniej znam nasze stosunki lekarskie, u nas liczne szczegóły tego zagadnienia mniej są znane i mniej się przyjęły zasady nowoczesnego leczenia tej dość często występującej choroby. Sądziłem, że właśnie takie sprawy należy umieszczać na porządku obrad naszych Zjazdów, gdzie wymiana zdań w żywej dyskusyi może się przyczynić do usunięcia wątpliwości i szybszego przyjęcia oraz rozszerzenia słusznych zapatrywań. Ponieważ sprawa ta w równej mierze zajmuje lekarzy chorób wewnętrznych i dziecięcych, jak i chirurgów, zaprosiliśmy wszystkich do wzięcia udziału w naszych naradach, chcąc tym sposobem nadać im szerszy zakres i gruntowniej sprawę zbadać.

Przystępuję od razu do pytania, kiedy należy operować w zapaleniu wyrostka robaczkowego?

Już takie postawienie sprawy przekonywa Panów, że nie należę do zwolenników Dieulafoya, który chce, żeby w każdym przypadku tej choroby operować, a pewny jak najlepszych wyników takiego postępowania, twierdzi dalej zupełnie poważnie, że żaden chory na zapalenie wyrostka robaczkowego nie powinien umrzeć; jeżeli zaś umrze w leczeniu przez lekarza dość wcześnie przywołanego, to tej śmierci winien jest lekarz. Ani jedno, ani drugie zdanie sławnego paryskiego internisty, co z naciskiem podnoszę, nie zyskało szerszego uznania.

Chcąc należycie odpowiedzieć na postawione pytanie „kiedy należy operować w zapaleniu wyrostka robaczkowego?", trzeba dokładnie znać postacie tego cierpienia, a raczej, często tak bardzo zmienny przebieg. Mówię wobec kolegów obeznanych z przedmiotem, więc nie zapuszczę się w tę stronę, boby to nam zawiele czasu zabrało; tem więcej, że autorowie, piszący o tym przedmiocie, wcale nie są zgodni.

Powiem tylko tyle, że mnie nie zadawalnia podział Sonnenburga, gdyż podane przez niego liczne postacie nie dają się za życia rozpoznać, nie można więc na nich oprzeć postępowania leczniczego. Kto bowiem zdoła w przeważnej liczbie przypadków odróżnić klinicznie jego *appendicitis simplex* z ropieniem naokoło nieprzedziurawionego wyrostka robaczkowego (I. rozdział, 2 postać) od *appendicitis perforativa* z ropieniem (II. rozdział, 1 postać), czyli innemi słowy: kto za życia chorego zdoła rozpoznać, czy otoczony mniejszym lub większym ropniem wyrostek robaczkowy jest przedziurawiony lub nie? Tak samo nie zdołamy zwykle klinicznie rozpoznać, czy mamy do czynienia z *appendicitis perforativa* z ogólnem posokowatem zapaleniem otrzewnej (II. rozdział, 4. postać), czy z *appendicitis gangraenosa* z ogólnem posokowatem zapaleniem otrzewnej (III. rozdział, 2. postać). Jeszcze trudniej odróżnić *appendicitis gangraenosa* z ogólnem zapaleniem otrzewnej bez przedziurawienia wyrostka robaczkowego (III. rozdział, 1. postać) od *appendicitis gangraenosa* z ogólnem zapaleniem otrzewnej i przedziurawieniem wyrostka robaczkowego (III. rozdział, 2. postać). Po cóż więc taki szczegółowy podział robić, jeżeli za życia chorego różnych tych postaci rozpoznać nie możemy?

Rozumie się, że wszystkie te zmiany należycie uwzględnić i opisać należy przy anatomii patologicznej, ale za podstawę podziału klinicznego służyć one nie mogą.

Ze względu na rokowanie i postępowanie lecznicze najważniejszem jest według mego zdania rozstrzygnięcie, czy zapaleniu wyrostka robaczkowego towarzyszy zapalenie otrzewnej lub nie, i czy to zapalenie otrzewnej jest ograniczone, czy też rozlane (ogólne).

Dlatego przyjąłem następujący podział:

1. Zapalenie wyrostka robaczkowego nieżytowe bez towarzyszącego zapalenia otrzewnej: *a)* z przekrwieniem, *b)* z owrzodzeniem błony śluzowej.

2. Zapalenie wyrostka robaczkowego, połączone z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i tkanek sąsiednich, z mniejszym lub większym naciekiem lub wysiękiem zapalnym (plastron).

3. Zapalenie wyrostka robaczkowego, połączone z ogólnem zapaleniem otrzewnej: *a)* ropnem, włóknisto-ropnem, *b)* posokowatem.

Ułatwię sobie zadanie, jeżeli rozpocznę od tych postaci zapalenia wyrostka robaczkowego, w których już nastąpiło porozumienie co do sposobu leczenia, pomiędzy internistami a chirurgami.

Zgadzamy się wszyscy na to, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonem z ogólnem posokowatem zapaleniem otrzewnej, należy jak najwcześniej przystąpić do operacyi, jeżeli jest choć słaba nadzieja, że chory może operacyę przetrzymać. Niestety, najczęściej chorzy ci i po operacyi w bardzo krótkim czasie umierają na zatrucie posocznicze. Powoli zaczęło się więc wyrabiać przekonanie u chirurgów,

że chorych tych nie należy operować, chyba w pierwszych godzinach po wystąpieniu posokowatego zapalenia, gdyż zabiegi późniejsze nigdy nie są w stanie uratować chorego od śmierci, a przeciwnie, zgon jego przyspieszyć mogą przez wstrząs *(shock)* operacyjny, zaliczając najniesłuszniej wynik ten ujemny na karb chirurgii. Zdziwienie było wielkie, kiedy w kilku takich zupełnie beznadziejnych i opuszczonych przypadkach wyjątkowo nastąpiło wyleczenie: to tylko umocowało w nas przekonanie, że w tych przypadkach nie należy operować w późniejszych okresach.

Również panuje zgoda, że przeciwnie, w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonych z ogólnem zapaleniem ropnem lub włóknikowo-ropnem otrzewnej, należy operować. Tutaj nawet widoki uratowania chorego są daleko lepsze, chociaż postępowanie operacyjne wymaga wielkiej oględności, wprawy i doświadczenia, mianowicie w tych przypadkach, gdzie potworzyły się w dalszym przebiegu ogólnego zapalenia ropnego otrzewnej osobne ogniska ropne, otorbione pomiędzy jelitami pozlepianemi. Potrzeba nieraz kilka nacięć na rozmaitych miejscach.

Zasadniczo nie różnimy się także, jak postępować w najlżejszych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego, w tak zwanem zapaleniu nieżytowem. Zgadzamy się wszyscy, że postacie te mogą się wyleczyć bez operacyi.

I byłaby zupełna zgoda, gdyby nie zachodziły nieraz okoliczności, które tę harmonię psują i wywołują pewne wątpliwości.

Wiemy z doświadczenia, że zdarzają się przypadki, w których, po rozpoczęciu nieróżniącem się od zwykłego przebiegu, ani nasileniem co do ciepłoty, ani bólami, ani innymi objawami, nagle 2-go, 3-go lub 4-go dnia występuje przedziurawienie wyrostka robaczkowego w czasie, kiedy się jeszcze nie wytworzyło odczynowe odgraniczające zapalenie naokoło niego (plastron) i zakażająca jego treść nagle się wylewa do jamy otrzewnowej, wywołując ogólne zapalenie otrzewnej, zwykle posokowate. Możemy sobie wyobrazić, w jakiem położeniu wtenczas znajduje się wobec rodziny lekarz, który od początku czuwał nad chorym i zaręczał, że operacyi nie potrzeba, że żadne znaczniejsze niebezpieczeństwo nie grozi choremu. Co gorsza, wobec siebie samych musimy czuć pewne niezadowolenie, że nie posiadamy żadnych środków rozpoznawczych, któreby nam dozwalały choćby tylko przypuścić podobne niebezpieczeństwo w danym przypadku, bo przecież przyznać musimy, że każdy z tych przypadków dałby się na pewno uratować, gdybyśmy, przeczuwając podobne zejście, wczas wykonali operacyę. Niestety, przyznać musimy, a przyznają to też z nami najsławniejsi interniści, jak np. N o t h n a g e l w swojem wielkiem dziele, że bardzo często niema absolutnie żadnych znaków rozpoznawczych i wskazujących na grożące niebezpieczeństwo. I to jest broń, którą walczą zwolennicy operacyjnego leczenia k a ż d e g o przypadku: ponieważ nigdy na pewno wiedzieć nie możemy, jak się i najlżejszy w początkach przypadek zakończy, a zakończyć się może śmiertelnie, więc należy w k a ż d y m przypadku wykonać operacyę, która wcale nie grozi żadnem niebezpieczeństwem!

I mieliby zupełną słuszność, gdyby nieszczęśliwe te przypadki częściej się zdarzały i gdyby operacyę wycięcia wyrostka robaczkowego, bo o nią tylko w tych przypadkach może chodzić, każdy lekarz był w stanie bez wszelkiego niebezpieczeństwa dla chorego wykonać. Nie możemy też jeszcze zapomnieć o pobocznym wprawdzie już tylko względzie, ale ostatecznie zawsze rozstrzygającym: gdyby każdy chory zechciał się poddać operacyi, bo zawsze jest to przykre położenie dla lekarza, jeżeli zaleca operacyę jako potrzebną, a chory potem i bez niej wyzdrowieje — i to znaczniejsza liczba chorych. Nawet wykształconym ludziom trudno tę sprawę tak przedstawić, żeby potem nie mieli jakiegoś żalu do swego lekarza, a cóż dopiero mówić o mniej oświeconych. Zwolennicy operacyi w k a ż d y m przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego przywodzą jeszcze jedną bardzo ważną okoliczność na poparcie swego zapatrywania: Wskazują oni mianowicie na to, że tak anatomia patologiczna, jak i doświadczenie przy operacyach i spostrzeganie kliniczne z pewnością dowodzą, że niema zupełnego wyleczenia, ale to takiego bez w s z e l k i c h śladów, nawet po lekkich zapaleniach nieżytowych wyrostka robaczkowego, połączonych choćby tylko z nadżerkami nieżytowemi, a więc w przypadkach najłagodniejszych, które jeszcze w ogóle dają tylko obraz kliniczny zapalenia wyrostka robaczkowego. Zostają po nich zwężenia, skręcenia, zagięcia wyrostka, które stanowią przyczynę późniejszych nawrotów przy lada sposobności: w ich oczach taki wyleczony nigdy nie jest prawdziwie zdrowym i pewnym swego życia. C. B e c k z New-Yorku wyraża się dowcipnie: „Man braucht aber durchans nicht ultraradical angelegt zu sein, um einzusehen, dass ein Wurmfortsatz, welcher nur ein einziges Mal entzündet war, viel besser im Praeparatenspiritus aufgehoben ist, als in dem nicht beneidenswerthen Koerper seines Besitzers“.

I znowu jest tu racya do pewnego stopnia po tych stronie, którzy tak twierdzą. Ale są przecież przypadki znane, że po w y r a ź n y m napadzie zapal. wyrostka robaczk. nigdy później nie wystąpiły żadne objawy tego cierpienia i zwolennicy nieoperacyjnego leczenia tymi zawsze wojować będą i prawie zawsze zwyciężą u chorych i ich rodziny. Do tego przedmiotu wrócę jeszcze raz, gdy będę mówił o operacyach pomiędzy napadami *(à froid)*; tutaj tylko zaznaczam, że i ja zaliczam się do tych, którzy w l e k k i c h przypadkach zapalenia wyrostka robaczk., w nieżytowem zapaleniu, p r z e b i e g a j ą c y c h b e z g r o ź n i e j s z y c h o b j a w ó w, nie zalecają operacyi natychmiastowej; a dodam zaraz, że wolę ją wykonać po napadzie, *à froid*. Przyznaję, że oznaczenie, który przypadek jest „lekki“ „bez groźniejszych objawów“, nie jest łatwe i do jasnego określenia nie nadaje się; ale w medycynie nie mamy przecież w ogóle do czynienia z pewnikami matematycznymi, a rozstrzyga tu przedewszystkiem osobiste doświadczenie i dokładne spostrzeganie każdego przypadku z osobna, innemi słowy — tyle razy podnoszone i wysławiane „indywidualizowanie“.

Wybór jest najtrudniejszy w tych przypadkach, gdzie mamy zapalenie wyrostka robaczk. połączone z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i naciekiem tkanek sąsiednich (plastron).

Kiedy tu operować? R o u x ułatwia sobie rzecz nadzwyczajnie i powiada, że jeżeli istnienie ropnia jest niewątpliwe, wtenczas mamy pewne wskazanie do operacyi. Powiedzieć choremu „masz Pan ropień w brzuchu“, to on się sam zapyta lekarza „to czemuż Pan nie stara się go otworzyć“, zawstydzając w ten sposób niezdecydowanego lekarza. Szkoda tylko, że rozpoznanie mniejszych ilości ropy sprawia nieraz

wielkie trudności. Mimochodem wspominam, że zgadzam się zupełnie z Rouxem *contra Koerte*, że nakłócia, jako środka rozpoznawczego obecności ropy, nie należy używać. Roux ma racyę mówiąc: „la ponction exploratrice est quelquefois dangereuse, très souvent sans résultat, toujours inutile“.

Roux twierdzi, że niema żadnej trudności w rozpoznaniu, czy ropa znajduje się naokoło wyrostka robaczkowego, czy nie. Według niego następujące są pewne środki rozpoznawcze:

1. Ropa znajduje się w guzie, jeżeli ponad guzem mamy odgłos jawny *(sonore)*, jeżeli kątnica *(coecum)* jest próżna, a ściany jej są bardzo naciekłe, jakby kartonowe. Jeżeli w czasie badania niema tej jawności odgłosu, trzeba czekać z rozstrzygnięciem, aż nastąpi wypróżnienie!

Czekać na wypróżnienie, podając przy tem makowiec, (tak przynajmniej chce większość), to moglibyśmy czasem bardzo długo czekać!

2. Ropa znajduje się w guzie, jeżeli ten jest odłączony od kątnicy *(coecum)*, a mimo to ściany jej i okrężnicy wstępującej *(colonis ascendentis)* są naciekłe.

3. Ropa znajduje się w guzie, chociaż ściany kątnicy są mniej naciekłe, jeżeli guz, jeszcze bardziej oddalony od kątnicy *(coecum)*, dochodzi wielkości gęsiego jaja.

Przedewszystkiem kładzie Roux nacisk na naciek zapalny ścian kątnicy, bo w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z ropniem, naciek ten musi być z natury rzeczy daleko silniejszy, niż w tych gdzie ropy niema. Ale mimo wszelkiego szacunku dla Rouxa i mimo jego twierdzenia, że nigdy się nie omylił i gdzie rozpoznawał ropień, zawsze ropę znajdował — przecież śmiem twierdzić, że wymacanie mniej lub więcej naciekłych ścian kątnicy, otoczonej naciekłą tkanką, jest rzeczą nie dla każdego i nie zawsze możliwą i dlatego nie dziwię się, że na objaw ten, przez Rouxa tak podnoszony, nikt prawie nie zwraca uwagi. Niczego też nie dowodzi jego twierdzenie, że w każdym przypadku znalazł ropę tam, gdzie ropień rozpoznawał. Wiemy z doświadczenia przy wczesnych, nawet bardzo wczesnych operacyach (Sonnenburg), że prawie w każdym przypadku z naciekiem, nieraz już po kilkunastu godzinach, znajduje się choć kilka kropli ropy.

Mimo to dowiedzioną jest rzeczą, mianowicie przez spostrzeżenia internistów, że i w tych przypadkach wyleczenie bez operacyi nastąpić może. Śmiem tylko twierdzić, że wyleczenie to nie będzie nigdy, albo prawie nigdy, zupełną *restitutio ad integrum*, bo jeżeli po nieżytowych postaciach zwykle następuje zwężenie, skręcenie, ostre zagięcie wyrostka robaczkowego, t. j. zmiany usposabiające do nawrotów, tak że słusznie mógł Beck powiedzieć: „lepiej takiemu robaczkowi w spirytusie niż w jamie brzusznej“, to tem bardziej dla chorego będzie pożądanem pozbyć się swego wyrostka robaczkowego, jeżeli zapalenie nietylko zajęło i przeszło przez jego ściany, ale rozszerzyło się na otoczenie: tam muszą pozostać pewne zmiany usposobiające do nawrotów; nadzwyczaj wyjątkowych przypadków nie można brać w rachubę.

Nie można też brać w rachubę takiego rozumowania: „Są ludzie, którzy mieli po kilka i kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy zapalenie wyrostka robaczkowego i zawsze wyzdrowieli“. Znam sam nawet dwóch profesorów, którzy takie przypadki przedstawiają: jeden z nich po ostatnim napadzie jest długi czas zupełnie zdrów, drugi zaś powiada, że jeżeli tyle razy przebył szczęśliwie napady, to jeszcze kilka razy je przebędzie. Niczego te przypadki nie dowodzą, bo znam także profesora chirurgii, który ropnia w migdałkach nie pozwolił sobie przeciąć i coś dwa tygodnie go pielęgnował, aż sam pękł, a przecież chyba nikt, ani on sam nie powie, że tak należy postępować. A było to jeszcze mniej niebezpieczne postępowanie, niż czekanie przy ropniu około wyrostka robaczkowego; bo ropień migdałka może tylko pęknąć na zewnątrz, nigdy z tego niebezpieczeństwa dla chorego nie będzie; ropień około wyrostka robaczkowego może wprawdzie pęknąć do jelit lub pęcherza, lub na zewnątrz, i wyjątkowo w ten sposób nawet zupełnie się wygoić, zwykle jednak pozostaną i wtenczas takie stosunki: przetoki kałowe, nawroty i t. d., że zmuszą mimo wszelkiego oporu do noża. — Ale co najgorsza, ropień taki może też pęknąć do jamy otrzewnowej, do żyły biodrowej i niechybnie wywołać śmierć. Tak więc nie może być wątpliwości ani dyskusyi, czy ropień około wyrostka robaczkowego mniejszy, lub większy — należy operować lub nie: należy go stanowczo operować.

Zachodzi tylko pytanie, czy go zaraz operować, t. j. wykonać operacyę w samym napadzie t. zw. *opération d'urgence*, czy czekać aż napad minie, t. j. operować pomiędzy napadami — *à froid*.

Jalaguier zaleca operacyę *d'urgence;* twierdzi bowiem, że lepiej operować zawcześnie niż zapóźno. To samo radzi Stümpell, a Roux nawet twierdzi, że operacya *à froid* jest niebezpieczniejsza i trudniejsza; — na co się wcale nie zgadzam.

Są przypadki łagodne, gdzie można napad przeczekać, ale pilnie trzeba je nadzorować.

Zanim podam własne wnioski, przytoczę tu te, które Poirier postawił w Towarzystwie chirurgów francuskich po dyskusyi, która ciągnęła się, jak już podnosiłem, przez kilka posiedzeń tego Towarzystwa w tym roku.

Czytamy w *Revue de chirurgie* (Nr. 6. 1899, pag. 820): „M. Poirier, streszczając rozprawy, stwierdza, że znaczna większość członków Towarzystwa chirurgicznego uznaje, że 1) nie istnieje leczenie wewnętrzne (niechirurgiczne) zapalenia wyrostka robaczkowego; że 2) zapalenie ostre, jak tylko rozpoznanie zostanie ustalone, powinno być operowane bezzwłocznie, z konieczności, jak się to czyni z przepukliną uwięzłą; że 3) jeżeli niektórzy chirurdzy wyczekują z operacyą do chwili przeminięcia objawów sprawy ostrej, to liczniejsi są ci, którzy sądzą, że roztropniej jest nie zwlekać, gdyż mniejszem jest niebezpieczeństwo wynikające z zabiegu operacyjnego niż z wyczekiwania; że 4) w razie rozszerzenia się zapalenia na całą otrzewnę należy operować bezzwłocznie z konieczności, bez względu na znikome widoki uratowania chorego; że 5) niebezpieczną jest rzeczą w zapaleniu wyrostka robaczkowego, chociażby to zapalenie miało pozory dobrotliwe, odkładać termin operacyi do chwili przeminięcia okresu ostrego (operować *à froid); że* 6) rozpoznanie zapal. wyrostka robaczk. w początku często nie jest łatwe; że 7) rękoczyn operacyjny winien być zastosowany do przypadku; że 8) należy w zasadzie szukać wyrostka we wszystkich przypadkach, z zastrzeżeniem, ażeby to poszukiwanie nie pociągało za sobą znacznego spustoszenia trzew“.

Ja nie zupełnie tak daleko się posuwam w stronę operacyi i stawiam następujące wnioski:

I. Zapalenie wyrostka robaczk. jest chorobą chirurgiczną, należy więc do chirurgów od samego początku, a przynajmniej trzeba chirurga od samego początku do narady wezwać, a nie dopiero do wykonania operacyi, bo chirurg, jako lepiej się na tem znający, lepiej będzie umiał w czas wskazanie postawić.

II. Jak żadnej choroby, tak i zapalenia wyrostka rob. nie można szablonowo leczyć, lecz należy pilnie obserwować i indywidualizować każdy przypadek.

III. Zapalenie wyrostka robaczk. z ogólnem zapaleniem otrzewnej należy operować z konieczności, jeżeli tylko ogólny stan na to pozwala; jest to jednak przykre położenie chirurga, nóż na gardle.

IV. Zapalenie wyrostka robaczk. nieżytowe z lekkim przebiegiem, można leczyć środkami wewnętrznymi, ale trzeba być zawsze przygotowanym w razie pogorszenia się do wykonania operacyi.

V. W zapaleniu wyrostka robaczkowego z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i tkanki otaczającej (plastron), należy rozróżniać 2 postacie:

a) w przypadkach z jawnym ropniem należy bez wątpienia operować natychmiast;

b) w przypadkach z wątpliwym ropniem należy, nawet przy łagodnym przebiegu, przedstawić rzecz otwarcie i zalecić operacyę jako postępowanie pewniejsze, nie tając jednak, że i bez operacyi można się wyleczyć; rozstrzygnięcie pozostawia się choremu lub jego otoczeniu.

VI. Operacyę pomiędzy napadami (*à froid*) należy wykonywać:

a) po napadach nieżytowych, jeżeli się powtarzały choćby 2 razy;

b) po lekkich napadach zapalenia wyrostka robaczk. z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i naciekiem plastycznym części sąsiednich;

c) jeżeli chirurg nie był zawezwany w czasie zapadu, a przeciwnie dopiero po napadzie ciężkim.

VII. Lepiej powiedzieć sobie raz „możeby chory był wyzdrowiał i bez operacyi“, niż mieć na sumieniu przekonanie „gdyby się było wcześniej operowało, choryby był wyzdrowiał, jak to zupełnie słusznie Struempell wyraża słowami „Lieber zu früh, als zu spät, a Jalaguier „En cas de doute, il ne faut jamais s'abstenir. Mieux vaut une intervention peut-être prématurée qu'une temporisation trop prolongée“.

Na zakończenie powiem jeszcze kilka słów o technice operacyjnej.

Rozumie się, że nie w każdym przypadku można jednakowo postępować; przeciwnie, sposób operowania zależy od postaci zapalenia i rozmaitych powikłań.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonem z ogólnem zapaleniem otrzewnej, otwieramy zwykle jamę brzuszną w smudze białej; ztąd ją najłatwiej we wszystkich jej kątach i zaułkach oczyścić. Jeżeli ogólne zapalenie podzieliło się na osobne jamy, jak to nieraz bywa w zapaleniu włóknisto-ropnem, natenczas trzeba nieraz kilka nacięć zrobić i każdą jamę z osobna otworzyć tam, gdzie najbliżej przylega do ścian brzusznych.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonem z ograniczonem zapaleniem otrzewnej, gdzie się wytworzył t. zw. plastron, używa się najczęściej cięcia, jak do podwiązania tętnicy biodrowej *(art. iliaca)*, przedłużając je według potrzeby ku dołowi lub ku górze, stosownie do kierunku, w jakim się naciek znaczniej rozszerzył.

Ja w tych przypadkach używam wyłącznie cięcia, które mi już od kilku lat oddaje wyborne usługi przy operacyach na kątnicy *(coecum)* i kiszce esowatej, dając zupełnie swobodny dostęp do miejsca operacyjnego i zapewniając ewentualnie odpływ wydzieliny w najniższem miejscu rany. Cięcie to jest łukowato wygięte, okrążające przedni kolec biodrowy górny. Dolne ramię odpowiada zwykłemu cięciu do podwiązania tętnicy biodrowej, nie sięga tylko zwykle tak daleko na dół. Górne ramię idzie na palec lub dwa palce powyżej i równolegle do grzebienia kości biodrowej tak daleko w tył, jak tego potrzeba do tego, żeby dolny kąt rany znajdował się na najniższem miejscu rany czy jamy koło kątnicy i wyrostka robaczkowego. Jestem pewny, że cięcia tego, ten lub ów kolega już używał, bo któreż cięcie na powłokach brzusznych nie było jeszcze stosowane; nie znajduję jednak w piśmiennictwie mi dostępnem takiego cięcia zalecanego do systematycznego stosowania w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego i takich cięć, które wymagają wycięcia kątnicy lub kiszki esowatej *(tuberculosis, carcinoma)*. W takich przypadkach właśnie wypróbowałem to cięcie i mogę je gorąco zalecić, jako dające najlepszy dostęp i zapewniające, w razie potrzeby sączkowania, swobodny odpływ wydzielinie.

W przebiegu cięcia skórnego przecinamy mięśnie i powięzie. Przeszedłszy na otrzewnę, możemy ją albo przeciąć albo od podstawy odsunąć, stósownie do potrzeby i wymagania przypadku; w każdym razie możemy z łatwością dotrzeć do tylnej ściany kątnicy. Dolne przednie ramię cięcia, odpowiadające cięciu do podwiązania tętn. biodrowej, zaszywam prawie w każdym przypadku zapalenia wyrostka rob. z ograniczonem ropieniem, a nieraz i zagięcie i część górnego ramienia, zostawiając tylko dolny kąt rany, mniej lub więcej otwarty. W ten sposób staram się o ile możności nawet i w tych przypadkach zapobiedz powstaniu przepuklin w ścianie brzusznej. Szyję naturalnie każdą warstwę osobno, łącząc przynależne do siebie warstwy mięśniowe ze sobą.

W przypadkach zapalenia wyrostka robaczk., gdzie operujemy *à froid*, rozporządzamy znaczniejszą liczbą sposobów do odsłonięcia wyrostka robaczkowego. Możemy tutaj użyć cięcia jak do podwiązania tętnicy biodrowej, lub tegoż sposobu z modyfikacyą Mac Burnaya, Wołkowicza, Becka i innych, która polega na tem, że rozdziela się mięśnie na tępo, stosownie do przebiegu ich włókien tak, że powstaje otwór, który po usunięciu haków sam się zamyka, dzięki skłonności mięśni do powrotu w dawniejsze, prawidłowe położenie i w ten sposób najskuteczniej zapobiega się powstawaniu przepuklin brzusznych. Jedyną wadą tego sposobu jest, że daje on stosunkowo ciasny otwór, a już wcale nie można go użyć w tych przypadkach, gdzie po operacyi należy się osączkować pole operacyjne.

Użyć można też sposobu M. Schüllera, który polega na cięciu wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha; nie chroni on jednak wcale od powstawania przepuklin brzusznych.

Najlepszym wydaje mi się sposób Jalaguiera, zale-

cany także przez Battlea. Sposób swój opisuje Jalaguier jak następuje:

Cięcie prowadzi się w środku przestrzeni pomiędzy pępkiem a przednim kolcem biodrowym górnym, równolegle do zewn. brzegu mięśnia prostego brzucha, na 8—10 ctm. długie tak, że jedna trzecia jego znajduje się powyżej linii biodrowo-pępkowej, a dwie trzecie poniżej. Otwiera się pochwę mięśnia prostego na jeden centymetr od jej brzegu zewnętrznego, oddziela się ten brzeg od mięśnia i przeciąga się mięsień tak, że można i tylną blaszkę pochwy mięśnia przeciąć w odległości tej samej jak przednią, t. j. około 1 ctm. od jej brzegu zewnętrznego. Tak radzi Jalaguier; jabym myślał, że lepiejby było albo bliżej albo dalej od brzegu zewnętrznego naciąć blaszkę tylną pochwy tak, żeby otwór w niej właśnie nie odpowiadał otworowi w przedniej blaszce; w ten sposób jeszcze pewniej po zasunięciu i zeszyciu wszystkich warstw zapobiegłoby się powstaniu przepukliny brzusznej. Sposób Jalaguiera daje pod tym względem rzeczywiście największą pewność, gdyż mięsień prosty, odprowadzony na swe miejsce, zamyka nacięcia w ścianie i całym zabiegiem wcale nie uszkodzony daje naturalną pewność ścianie brzusznej. Również i dostęp do wyrostka robaczkowego i kątnicy jest bardzo łatwy z tego cięcia, które w razie potrzeby można jeszcze ku dołowi rozszerzyć; trzeba się tylko wystrzegać, żeby nie naciąć naczyń podbrzusznych *(art.* i *ven. epigastrica)*.

Warstwy nacięte szyje się naturalnie każdą z osobna.

Rozumie się, że sposobu tego nie można użyć w przypadkach ostrych powikłanych ropieniem, gdzie może zachodzić potrzeba sączkowania.

II. Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce.

Podał

Dr. W. Łepkowski

Doc. dentystyki w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Porównywując działanie formaliny z działaniem ciasta (Pasty) arszenikalnego, stwierdzić można, że między jednym a drugim środkiem jest znaczna różnica. Ciasto arszenikalne, zdaniem prof. Areövy działa na całą miazgę zębową, a nie na jej części. Ciasto arszenikalne wywołuje obumarcie miazgi zębowej w całości, formalina zaś działa podobnie, ale tylko w pewnej części miazgi. Areövy przypuszcza, że działanie arsenu odbywa się wprost przez naczynia krwionośne. — Przypuszczenie to jest zupełnie słuszne, gdyż niema innych dróg przewodzących w miazdze zębowej. Naczyń limfatycznych miazga zębowa nie posiada, jak to wynika z nadzwyczaj dokładnych badań Körnera i Ollendorffa[1]). Do wessania przyczyniają się fagocyty, które wynoszą wszystkie zbyteczne części po za obręb zęba, a które spotkaliśmy pod drobnowidem w naszem doświadczeniu IV.

To wszystko ma nadzwyczaj doniosłe znaczenie w praktyce, bo daje nam możność ścisłego określania wskazań, na których podstawie możemy się od formaliny i jej przetworów spodziewać skutecznego działania. Jeżeli sprawa zapalna objęła całą miazgę zębową, to zastosowanie formaliny formagenu, lub jodoformagenu, z myślą jej wyleczenia nie ma podstawy. Środki te zadziałają tylko w koronowej części, część zaś korzeniowa, chorobowo zmieniona, ulega dalszym losom zapalenia. O wyleczeniu może być mowa tylko w samych początkach, gdy mamy do czynienia z *Pulpitis partialis*; przy *Pulpitis totalis* zaś, bez wydobycia całej miazgi zębowej, nie można zdaniem mojem za pomocą formaliny i jej przetworów przeprowadzić wyjałowienia zawartości kanału zębowego na całej jego przestrzeni. Położenie na powierzchni miazgi, czy formaliny, czy jakiegokolwiek jej przetworu, nie wyleczy i wyleczyć nie może chorobowo w całości zmienionej miazgi. Chcąc iść drogą pewną, trzeba najprzód miazgę zębową w takim przypadku ciastem arszenikalnem zniszczyć, a uczyniwszy ją bezbolesną, wydobyć, i kanał zębowy dopiero potem formaliną wyjałowić. Do zupełnego zaplombowania zęba trzeba conajmniej 2 posiedzeń, jedno na założenie ciasta arszenikalnego, drugie na odkażenie kanału zębowego i wypełnienie cementem, amalgamem lub złotem. Chcąc jednak na jednem posiedzeniu ukończyć leczenie, można się o to pokusić używając sposobu, który podaje Witzel, a to wstrzykując formalinę szczypczykami rurkowanemi (pincettą) wprowadzoną do samego szczytu korzenia. Sposób ten podaje Witzel w ostatniem swem dziele: *„Über das Füllen der Zähne mit Amalgam"*. Teoretycznie wydaje się ten sposób zupełnie możliwym i dobrym, odstrasza jednak od niego ból, jaki się wywołuje podobnem postępowaniem. Niema w tem zresztą żadnego celu, chyba tylko zysk na czasie, bo miazga zębowa jest po takiej operacyi zupełnie zabitą i dla zęba ma to samo znaczenie, co kawałek waty poprzednio napojony formaliną, wprowadzony do kanału.

W ten sposób ograniczyłbym wskazania do zastosowania wymienionych wyżej przetworów. Ograniczenie to bynajmniej nie obniża ich wartości, owszem dając możność pewniejszego wyniku, podnosi ich znaczenie w zachowawczej dentystyce. Należy jeszcze rozstrzygnąć, czy wszystkie te środki są równie dobre, czy też jeden ma wyższość nad drugim.

Zdaje mi się, że najsilniej działa 40% formalina; wywołuje ona jednak, stosowana przy *pulpitis partialis*, nieznośne początkowo bóle. Jest to wielka wada, to też słusznie zupełnie Abraham i wynalazca jodoformagenu, starali się ją usunąć. Własne moje doświadczenie kliniczne pouczyło mnie, że istotnie po zastosowaniu tych obydwów przetworów w podobnych przypadkach bólu nie było. Jak działają jednak te obydwa przetwory, na to odpowiedziały niniejsze badania i właśnie na tej podstawie jodoformagen, a nie formagen, wydaje mi się być pewniejszym w działaniu. W praktyce również więcej do jodoformagenu niż do formagenu nabrałem zaufania. Formagen możnaby przy jego słabem przeciwgnilnem działaniu, stosować jako środek osłaniający miazgę zębową. Jednak tam, gdzie zapalenie miazgi jest wyraźne i daleko posunięte, trudno mu ufać i lepiej przy częściowych zapaleniach miazgi zębowej użyć jodoformagenu. Nawiasowo wspomnę na tem miejscu, że również dobrze działa ciasto (pasta) prof. Boenneckena[1]) z Pragi, o czem, stosując ją

[1]) Ollendorff, Über Zusammenhang der Schwellungen der regionären Lymphdrüsen zu den Erkrankungen der Zähne. Monatschr. für Zahnheilkunde XVI. J. 6. Heft. 2 Juli 1898.

[1]) Über neuere Methoden in der Behandlung erkrankter Pulpen. Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde. XIV. J. H. I. 1898.

także w mojej praktyce, miałem sposobność niejednokrotnie się przekonać.

Z doświadczeń na zwierzętach można przypuszczać, że jeżeli zamknięcie za pomocą plomby jest zupełne i szczelne, to, po zastosowaniu przetworów formalinowych, wyleczenie przy *pulpitis partialis* napewne nastąpi. Przypuszczenie to znajduje poparcie w korzystnym stanie miazgi zębowej, widocznym na preparatach z psa, przez $2^1/_2$ miesiąca utrzymywanego przy życiu.

Pasta prof. Boenneckena i jodoformagen śmiało mogą służyć do zachowawczego leczenia miazgi zębowej przy częściowem jej schorzeniu. Skoro raz miazga zębowa w całości ropnem zapaleniem została dotknięta, usunięcie jej po poprzedniem zniszczeniu ciastem arszenikalnem uważam za najwłaściwszy sposób leczenia. W tych przypadkach, jak również tam, gdzie kanał zębowy jest pusty, lub wypełniony posokowatą ropną cieczą, wyjałowienie kanału, po możliwie dokładnem mechanicznem oczyszczeniu, najpewniej nastąpi za użyciem 40% formaliny.

Że to postępowanie zupełnie i pewnie wystarcza, najlepszym tego dowodem jest zabliźnianie się przetok zębowych na dziąsłach. Przy *phlegmone acuta septica*, oraz tam, gdzie torebka ropnia ponad szczytem korzenia jest zbyt wielką, powyższe postępowanie wystarczyć nie może, gdyż ilość formaliny zamknięta w korzeniu, nie wystarcza do działania na tak znaczną odległość.

W końcu niechaj mi wolno będzie podziękować Prof. Dr. Henrykowi Hoyerowi za łaskawe a uprzejme pozwolenie przeprowadzenia doświadczeń, w kierowanym przez niego Zakładzie anatomii porównawczej Uniw. Jagiellońskiego.

III. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.

Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9.

Podał

Dr. Stanisław Droba.

(Wykład, wygłoszony na IX Zjeździe chirurgów polskich, odbytym dnia 18 i 19 lipca 1899 r. w Krakowie.)

(Dokończenie).

Dział drugi tej gromady obejmuje trzy przypadki gruźlicy stawu kolanowego z typowo przewlekłym suchym przebiegiem.

We wszystkich przypadkach sprawa pierwotna w torbie. W dwóch przypadkach wstrzykiwano raz przed rokiem, drugi raz przed dwoma laty mieszankę jodoformowo-kreozotowo-glicerynową. Mazią stawową i tkankami zmienionemi szczepiono pożywki zawsze z wynikiem ujemnym. Obok tego szczepiono zmienione tkanki świnkom morskim. Wszystkie padły na typową gruźlicę.

Anatomicznie przedstawia się torba we wszystkich trzech przypadkach znacznie zgrubiała, w miejscu przejścia torby na kość zmiany gruźlicze powierzchowne w kości. Klinicznie przebieg typowo przewlekły, czas trwania 3—4 lat. Wszystkie przypadki zupełnie czyste, nigdzie przetoki, nigdzie śladu zimnego ropnia. Co do dziedziczności, to można ją wykazać tylko w jednym przypadku. Zmian w płucach i w innych narządach w żadnym przypadku niema.

Obraz drobnowidowy torby przedstawia w dwóch przypadkach gruzełki dość liczne, obmurowane dookoła tkanką łączną włóknistą, zbitą. Zdarza się gdzieniegdzie, że odosobniona komórka olbrzymia siedzi jakby w ramie, wytworzonej z włóknistej tkanki łącznej. Patrząc na te obrazy drobnowidowe nasuwa się mimo woli chęć przypisać ten silny rozwój tkanki łącznej działaniu mięszanki jodoformowej. Obraz drobnowidowy w przypadku trzecim przedstawia gruzełki rozsiane również wśród tkanki łącznej włóknistej. Podnieść należy, że w przypadku tym występuje ogromna liczba komórek olbrzymich. Całe pola widzenia są niemi zasiane. Leżą one nietylko wśród gruzełków, ale także wolno wśród tkanki włóknistej. Obok gruzełków widać tu i owdzie naciek drobnokomórkowy. W dwóch z tych przypadków znaleziono c i a ł a r y ż o w e. Z obu przypadków zaszczepiono je świnkom morskim. O b i e ś w i n k i p a d ł y n a g r u z l i c ę. Preparaty z ciał ryżowych, barwione sposobem Weigerta, wykazują dwojaką substancyę bez wyraźnej budowy. Jedna się barwi sposobem Weigerta, druga się odbarwia. Barwione hematoksyliną i podbarwiane sposobem Van Giesona, wykazują te preparaty co następuje: Substancya, która się poprzednio barwiła sposobem Weigerta, barwi się tu żółto. Substancya, która się tam odbarwiała, barwi się tu rdzawo. Wśród tej dwojakiej substancyi widać wpryśnięte komórki, dobrze utrzymane, a obok tego widać większe ogniska tkanki stałej dobrze utrzymanej, która robi wrażenie tkanki gruźliczej; wreszcie tu i owdzie widać bezkształtne masy szkliste.

Badanie torby stawowej, szczególnie z jednego przypadku, wykazuje bardzo pięknie kosmki błony maziowej, gruźliczo zmienione i odrywające się.

Na podstawie badania tych dwóch przypadków trudno nabrać pewnego wyrobionego zdania o ciałach ryżowych. To jednakowoż podnieść trzeba, że badanie moje więcej mi przypomina wyniki badań i wnioski z tych badań, podane przez zwolenników teoryi degeneracyjnej, niż zwolenników teoryi Königa.

Wogóle wynik badań po uwzględnieniu nie podniesionych jeszcze szczegółów przedstawia się w streszczeniu w sposób następujący:

1) Wszystkie przypadki, rozpoznawane jako sprawy gruźlicze, były niemi w rzeczywistości. Tkanki bowiem zmienione, szczepione wypróbowanym tuberkuliną świnkom, zabijały je bez wyjątku. Świnki padłe wykazywały typową gruźlicę. Najwięcej zmienione były u padłych świnek wątroba i śledziona. Tu znajdowałem zawsze dość rozległe, częściowo obumarłe nacieki. W płucach znajdowałem zawsze rozsiane, odosobnione gruzełki. W gruzełkach i w naciekach, branych z płuc i wątroby padłych świnek, znajdowałem zawsze prątki gruźlicze.

2) Znajdowane prątki przedstawiały pewną rozmaitość co do kształtu. Raz były to cieniuchne, proste linijki, drugi raz linijki te były powyginane, raz występowały pojedyńczo, to znowu ułożone w gromadkach po 3—4. Prątki, brane ze świeżych gruzełków, występowały znacznie obficiej, niż z większych obumierających nacieków.

Raz były to jednostajne linijki, kiedyindziej przedstawiały się, jakby były złożone z drobnych punkcików. Tę drugą postać znajdowałem wtedy, gdy prątki były brane z ognisk obumierających.

3) Przy szczepieniu płynów świnkom uderza okoliczność, że płyn z jamy u chorego Mildnera, w którym się znajdował obok tego gronkowiec biały, świnki nie zabił: podobnie nie padły świnki, szczepione treścią z przetok w trzech przypadkach, w której to treści znajdowano również obok prątka gruźliczego inne drobnoustroje

Przy zastanawianiu się nad tym szczegółem, przyszło mi na myśl, czy to przypadkowo nie te drobnoustroje innego rodzaju wpływają osłabiająco na jadowitość prątka gruźliczego, zwłaszcza, gdy od kolegi Kostaneckiego, pełniącego obowiązki I asystenta u prof. Bujwida, dowiedziałem się, że prątki gruźlicze w pożywkach bulionowo-glicerynowych przestają rosnąć, gdy się do nich dostają innego rodzaju drobnoustroje, jak n. p. prątek sienny.

Od dalej idących wniosków, dotyczących wpływu innych razem żyjących drobnoustrojów na prątek gruźliczy, na razie się powstrzymuję. Doświadczenia w sprawie tego spółżycia (symbiozy), jakie rozpocząłem na zwierzętach w kierunku wskazanym mi przez prof. Browicza, ogłoszę później.

4) Płyny, brane ze stawów, ciecz z ropni zimnych i tkanki ze stawów, były, jak hodowle wykazały we wszystkich przypadkach niepowikłanych przetokami, jałowe (wyłączając prątek gruźliczy z pojęcia jałowy). Wyjątek w tym względzie stanowił jedynie przypadek, dotyczący chorego Mildnera, w którym wykazano zakażenie mięszane (gronkowiec biały).

5) Co się tyczy badania drobnowidowego, to do szczegółów, podniesionych w ciągu wykładu, dodać muszę: *a)* We wszystkich przypadkach znajdowałem znamienne dla gruźlicy gruzełki. *b)* W sprawie resorbcyi kości odgrywa rolę naciek gruźliczy sam, jako taki. Osteoklastów nie znajdowałem bądź wcale, bądź w bardzo małej ilości, zatem zupełnie przeciwnie, jak to w literaturze spotykałem. *c)* Odradzanie się kości występuje tu w rozmaitych sprawach rozmaicie. Przy sprawach szybko niszczących odradzania się (przywarstwiania) prawie zupełny brak, w przypadkach więcej przewlekłych, występuje ono wybitniej. *d)* W preparatach odpowiednio barwionych spotykałem następujące stany: jedna połowa beleczek kostnych, przytykająca bezpośrednio do nacieków gruźliczych była odbarwioną, druga połowa barwiła się. Na brzegu beleczki, po stronie zabarwionej, usadowione były szeregiem osteoblasty.

6) Co się tyczy przebiegu klinicznego, to tu podnieść muszę dwa szczegóły: 1) Obecność zakażenia mięszanego wpływa na szybkość przebiegu i wielkość zniszczenia, albowiem u chorego Mildnera był przebieg ostry, a zniszczenie duże. W przypadkach powikłanych przetokami przebieg z chwilą ich wystąpienia stawał się widocznie szybszym i groźniejszym.

Pogorszenie to jest wynikiem działania dołączających się drobnoustrojów, a nie prątka gruźliczego, bo ten zdaje się wtedy nawet tracić na swej sile żywotnej. 2) Obrazy histologiczne odpowiadają przebiegowi klinicznemu. Przypadki nasze, w których sprawa pierwotna wychodziła z torby stawowej, przebiegały przewlekle; przypadki zaś z pierwotnemi ogniskami kostnemi przebiegały przewlekle do czasu przebicia się ogniska do stawu lub wogóle na zewnątrz. Występujące od czasu do czasu pogorszenia, ustępowały szybko. Objawy ze strony stawów, w czasie kiedy ognisko do nich jeszcze nie przebiło się, były wynikiem obocznego zapalenia, które nietyle stale się tu toczyło, ile raczej w czasie wspomnianych pogorszeń w nich występowało.

Z chwilą przebicia się ogniska, przebieg przybierał na stałe charakter ostry.

Porównywanie preparatów z torby stawowej z preparatami z kości w przypadkach, w których ognisko kostne przebiło do stawu i zestawianie różnicy obrazów histologicznych z czasem, jaki upłynął od chwili przebicia do chwili operacyi, naprowadza na myśl teoryę Baumgartena o powstawaniu gruzełków. Nasze badania zdają się za nią przemawiać.

W przypadkach ostrych, powikłanych zakażeniem mięszanem, występuje na pierwszy plan rozlany naciek drobnokomórkowy. Gruzełki występują skąpo, a jeszcze skąpiej komórki olbrzymie.

W przypadkach ostrych czystych występują obficie gruzełki wśród nacieku drobnoo-krągło-komórkowego. W przypadkach przewlekłych uderza silny rozwój tkanki łącznej włóknistej, bardzo wielka obfitość komórek olbrzymich i nader skąpy naciek drobno-okrągło-komórkowy.

Niemały wpływ na jakość przebiegu klinicznego mają: 1) usadowienie cierpienia, 2) ogólny stan ustroju. Kości śródręcza i śródstopia zdają się nadawać do szybkiego i niszczącego przebiegu, podobnie jak usposabia do niego równocześnie występująca gruźlica płuc i innych narządów.

Kończąc ten krótki wykład, poczuwam się do miłego obowiązku złożenia podziękowania szefowi memu, Drowi Maksymilianowi Rutkowskiemu, za łaskawe zachęcenie mnie do tej pracy; również składam serdeczne podziękowanie Jaśnie Wielmożnym PP. Profesorom: Browiczowi i Bujwidowi za cenne wskazówki i rady, jakich mi w ciągu całej pracy udzielali; JWmu Docentowi Drowi Stanisławowi Ciechanowskiemu za mozolne przeglądanie preparatów histologicznych i sprawdzanie mych w tym kierunku badań, a wreszcie kochanemu koledze Drowi Napoleonowi Kostaneckiemu — za łaskawe wprowadzenie mnie w tok badań bakteryologicznych.

IV. Oceny i sprawozdania.

Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase vom Doc. Dr. Hajek (z 89 po większej części oryginalnymi rysunkami). Franz Deuticke. Lipsk, Wiedeń.

Wychodząc z założenia, opartego na doświadczeniu, że brak dokładnej wiedzy anatomii nosa i jam bocznych stanowi główną przeszkodę do postępu w poznaniu cierpień tych narządów i że dla nabycia gruntownej wiedzy na polu rynologicznem dokładne wiadomości anatomiczne są niezbędnym warunkiem, poprzedził autor swój wykład rozpoznania i leczenia obszerniejszem nakreśleniem stosunków anatomicznych. Na tej podwalinie anatomicznej ułożył H. metody techniki badania, leczenia, oraz symptomatologię. Ponieważ badanie zgłębnikiem (sondowanie) jam pobocznych stanowi najważniejszy czynnik w rozpoznaniu i leczeniu tych części, słusznie autor położył największy nacisk na wykonanie tego zabiegu. Niemniej inne szczegóły badania i leczenia zostały nakre-

ślone ściśle, logicznie i jasno. Nie mniejszą zaletę tego dzieła stanowi ta okoliczność, że autor starał się podać i polecić przeważnie własne, przez siebie wypróbowane i sprawdzone środki rozpoznawcze i lecznicze. Liczne, przeważnie oryginalne, rysunki służą do ułatwienia zoryentowania się w wielce zawikłanych nieraz stosunkach anatomicznych i patologicznych, oraz wykonania trudnych niekiedy rękoczynów.

Wprawdzie w pierwszym rzędzie powinno się polecać tę książkę specyalistom, jako dzieło klasyczne i oryginalne; zważając jednak na rozliczne i różnorodne wtórorzędne zaburzenia i powikłania ze strony innych narządów, które cierpienia jam sąsiednich często za sobą pociągają, jak dychawica, zapalenia górnych dróg oddechowych, zaburzenia żołądkowe i nerwowe, ból głowy, stany przygnębienia i podniecenia, wrzekomą niedomogę nerwową i w. i., tudzież uwzględniwszy jak często podobne cierpienia, skutkiem zapoznania lub przeoczenia choroby podstawowej, latami bywają błędnie oceniane i bezskutecznie leczone, należy przyznać, że przeczytanie tego dzieła dużo korzyści przynieść może każdemu lekarzowi, trudniącemu się praktyką.

W dodatkowej części omawia autor w sposób równie zajmujący jak pouczający, stosunek chorób jam bocznych do ozeny i powikłania ze strony oczodołu, narządu wzrokowego i mózgu. Liczne przykłady, przytoczone z własnego doświadczenia, ilustrują wywody autora. Zewnętrzne wyposażenie dzieła godnem jest zaszczytnie znanej firmy nakładcy.

Spira.

V. Wyciągi.

Koch: **Pierwsze sprawozdanie z czynności wyprawy dla zbadania zimnicy.** (*Dtsch. med. Woch.* 1899. Nr. 37). Wyprawa, w skład której wchodzili: prof. Koch, prof. Frosch i lekarz sztabowy Ollwig, przebywała od kwietnia do sierpnia b. r. w Grosseto, mieście położonem w toskańskich Maremmach, sławnych z ciężkich endemij zimniczych. W czasie tym poddano badaniu w kierunku zimnicy 650 osób, — 408 z wynikiem dodatnim. Badania odbywały się na chorych w szpitalu miejscowym, oraz na chorych w mieszkaniach prywatnych. We wszystkich przypadkach niewątpliwej zimnicy znaleziono pasorzyty zimnicze, przyczem można było odróżnić przypadki świeżego zakażenia od nawrotów. Świeże zjawiają się, o ile można wykazać sumiennie zbieranymi wywiadami, tylko w miesiącach lipcu, sierpniu i wrześniu. Jestto bardzo ważnem, bo jeżeli pośrednikami w zakażeniu zimniczem, jak to już prawie jest udowodnione, są mustyki, to ze spostrzeżenia powyższego wynikałoby, że pasorzyty zimnicze mogą się w ciele mustyków rozwijać tylko w gorącej części roku, a przez resztę czasu, tj. 8—9 miesięcy, są ograniczone do ciała ludzkiego. Wobec tego, że nie znane jest zwierzę, któreby podlegało zakażeniu pasorzytami zimniczymi identycznymi z ludzkimi, przyjąć należy, że jedynym łącznikiem między endemią jednego roku, a roku następnego, są nawroty choroby; gdyby się udało ten łącznik zerwać, możnaby pojawieniu się świeżych zakażeń zapobiedz. Środkiem zaś byłoby wyleczenie poszczególnych przypadków zapomocą chininy. Zimnicę należałoby tak samo zwalczać jak cholerę, dżumę, lub trąd; w miejsce jednak odosabniania i odkażania wszedłby w użycie jedyny w swym rodzaju środek, chinina, mająca zniszczyć zarazek tam, gdzie on dla nas jest najbardziej dostępny [1]).

Rozmieszczenie poszczególnych przypadków było ogniskowe, a w niektórych ogniskach udało się wykazać stary przypadek, który przypuszczalnie był punktem wyjścia dla świeżych zakażeń.

Pomiędzy przypadkami zimnicy niewiele tylko było czwartaczek, a przeważna liczba trzeciaczek zwykłych i t. z. gorączek letniojesiennych. Te ostatnie udawało się oznaczyć zawsze jako złośliwe trzeciaczki.

Chininę podawano zawsze w przerwie gorączkowej, w ilości 1—2 grm. *pro dos.*; zawsze działała pewnie. Doświadczenia z urotropiną i arszenikiem wypadły ujemnie.

Poszukiwania, mające na celu stwierdzenie, jakie rodzaje mustyków znachodzą się stale w okolicach zimniczych, wykazały, że takimi są *culex nemorosus*, *culex pipiens*, *anopheles maculi pennis* i pewien *phlebotomus*. Z tych jednak tylko drugi i trzeci zdają się mieć znaczenie w przenoszeniu zimnicy. W obu też udało się Kochowi znaleźć w paru przypadkach zarodki półksiężycowate w gruczołach jadowych, lub ciała w żołądku, podobne do kokcydyów, opisane przez Rossa. Koch więc, w przeciwieństwie do Rossa i Grassiego, którzy przyznają znaczenie w przenoszeniu zimnicy jedynie rodzajowi: *anopheles*, stawia z nim na równi rodzaj *culex pipiens*.

Pozorna sprzeczność, że mustyki kłóją przez cały rok, a świeże przypadki zimnicy zdarzają się tylko w pewnej porze, tłómaczy się tem, że rozwój pasorzytów w mustykach może się odbywać tylko przy pewnej ciepłocie. Zestawienie pojawiania się świeżych przypadków ze stosunkami ciepłoty w Grosseto w kilku latach ostatnich wykazało, że pojawiają się one około 3 tygodnie potem, gdy ciepłota najwyższa dnia dosięgła 27°, coby odpowiadało ciepłocie w miejscach zamkniętych (także nocą) 24—25°. Ta więc ciepłota byłaby potrzebną do rozwoju pasorzytów w ciele mustyków. Z czasu 3 tygodni przypadałoby 8—10 dni na okres wylęgania choroby w człowieku zakażonym. *Lewkowicz.*

A. Branca. **O zabliźnianiu przybłonkowem.** (*Recherches sur la cicatrisation epithéliale.* Thèse de Paris, 1899). Mimo prac Ranviera, Cornila i innych z lat ostatnich, nie wiemy jeszcze dokładnie, w jaki sposób rany w okresie gojenia pokrywają się nabłonkiem. Praca B. jest ważnym przyczynkiem do wyświetlenia tej sprawy.

W pierwszem szeregu badań B. używał trytonów i *axolotli*, u których, jak wiadomo naskórek odznacza się utkaniem stosunkowo niezłożonem, a ztąd też mechanizm gojenia znacznie jest uproszczony. Po tych studyach wstępnych przeszedł B. do badań ziarniny branej z ran gojących się u ludzi. Stwierdziwszy przez porównanie tożsamość przebiegu sprawy zarówno w niższych jak i wyższych ustrojach, B. doszedł do następujących wyników:

1. Przybłonek nowy, pokrywający świeżą ziarninę, powstaje wyłącznie z przybłonka starszego, poprzednio już istniejącego w najbliższym otoczeniu rany; zachowuje on jego cechy morfologiczne, t. j. przedstawia komórki warstwowe brukowe, natomiast nie spotykamy w przybłonku pochodnym komórek o wyższym stopniu zróżniczkowania; jak gruczoły, włosy, paznogcie.

2. Mechanizm zabliźniania polega zarówno naześlizgiwaniu się (glissement) komórek starych z brzegów rany ku środkowi, jakoteż na tworzeniu się nowych (proliferation). Ranvier przyznaje tylko pierwszy z wymienionych czynników twierdząc, że stare komórki pod wpływem przerostu i rozpęcznienia tak się łatwo przemieszczają, że są w stanie dostatecznie pokryć całą powierzchnię rany. B. jednak podnosi ważność drugiego czynnika, t. j. powstawania nowych komórek, powołując się na liczne obrazy mitozy zarówno we wczesnych okresach, gdy komórki z brzegu rany zaledwie zaczynają się posuwać ku środkowi, jak też i w okresach późniejszych, gdy powierzchnia rany pokrytą jest całkowicie cienką warstwą przybłonka.

3. Na preparatach, w których warstwa Malpighiego liczyła 12 rzędów komórek, B. widział mitozy jeszcze w 6-tym rzędzie, t. j. na połowie wysokości całej warstwy; ztąd wniosek, że nietylko najgłębsza warstwa (couche germinative, stratum cylindricum) jak dotąd utrzymywano, ale także i następna (stratum dentatum) bierze czynny udział w tworzeniu nowych komórek.

[1]) Zapatrywanie to jest prawie identycznem z zapatrywaniem referenta, wyrażonem w artykule: »O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom«. (*Przegl. lek.* 1898 Nr. 33).

4. Badania B. dostarczyły również materyału do obalenia nowej teoryi Fabre-Domergue, która za punkt wyjścia nowotworów przybłonkowych (epithelioma) uważa rozstrzelenie mitozy (désorientations des mitoses), t. j. zboczenia od właściwego planu, którym ma być płaszczyzna prostopadła do powierzchni powłok skórnych. Podług B. komórki pochodne układają się bez planu i kierunku wytycznego, raz jedna obok drugiej, to znów jedna ponad drugą prostopadle jak i skośnie. *Beaurain.*

Niedrygajłow. **Przyczyny nieskuteczności surowicy przeciwbłoniczej przy wprowadzaniu jej do żołądka lub odbytnicy.** (*Wracz*, 1899, Nr. 26). Niejednokrotnie już stwierdzono, że, przy wprowadzaniu surowicy przeciwbłoniczej do żołądka lub odbytnicy, ustrój nie zostaje uodporniony przeciw błonicy i poszukiwania antytoksyn błoniczych we krwi w tych przypadkach dają zawsze wynik ujemny; lecz gdzie surowica przeciwbłonicza utraca swe lecznicze własności, — dotychczas istniały tylko mniej lub więcej uzasadnione przypuszczenia; to skłoniło autora do przeprowadzenia w tym kierunku licznych doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te wykazały co następuje: 1) antytoksyny błonicze nie zostają wydzielane z kałem, przynajmniej w stanie niezmienionym; 2) antytoksyny błonicze, wprowadzone nawet w wielkiej ilości do żołądka, już po upływie 7 godzin nie mogą być jako takie wykazane ani w treści żołądkowej, ani w jelitach, podczas gdy po 3 godzinach autor zawsze je znajdował i w jelitach i w żołądku; 3) sok żołądkowy, sok trzustkowy oraz żółć nie wywierają prawie żadnego wpływu na antytoksyny błonicze, podczas gdy na toksyny błonicze wydzieliny te działają bardzo energicznie, szczególnie zaś sok trzustkowy, który działa na toksyny błonicze prawie równie silnie, jak surowica przeciwbłonicza; 4) antytoksyny błonicze z żołądka do wątroby nie dostają sie w stanie niezmienionym; 5) wbrew twierdzeniu Eschericha, przy wprowadzaniu do żył krezkowych surowicy przeciwbłoniczej, wątroba nie niszczy antytoksyn błoniczych: po upływie 24 godzin od wprowadzenia surowicy do żył krezkowych, krew, wzięta z żyły szyjnej, wykazywała wybitne własności antytoksyczne. Wobec tego, iż przy wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej do żołądka lub odbytnicy antytoksyny błonicze nie ulegają zmianom pod wpływem soków przewodu pokarmowego, a z drugiej strony nie zostają zeń wydzielone w stanie niezmienionym, sądzi autor, że zniesienie leczniczych własności, wprowadzonej w ten sposób surowicy przeciwbłoniczej, następuje pod wpływem czynności żywego nabłonka jelitowego, a być może także jelitowego narządu chłoniczego, gdyż, jak to wykazał Miecznikow, ciałka białe są w stanie niszczyć nietylko bakterye, lecz także i niektóre toksyny (tężcowe). *Dr Gliński.*

Dr. F. Kuhn. **Użycie kostek szklanych do budowy sal operacyjnych i pracowni.** (*Münch. med. Wochenschrift*, 1899, Nr. 30). Wynalezione niedawno we Francyi kostki szklane do budowy, patentu Falconier, wyrabiają teraz także w Niemczech, w hucie szklanej Adlerhütte w Penzig na Śląsku pruskim. Są to graniaste kamyki ze szkła z wydrążeniem wewnątrz wypełnione rozrzedzonem powietrzem. Kostki te można układać jak cegły i spajać wapnem lub cementem. Powstają przez to ściany przeźroczyste, nieprzepuszczające rażących promieni słonecznych, tylko łagodne światło rozproszone. Dalej ściany takie nie przepuszczają ani zimna ani ciepła z zewnątrz, ponieważ, jak wiadomo, szkło należy do złych przewodników ciepła. Można wystawić salę operacyjną lub pracownię kliniczną na ulicy ludnej, a mimo to nikt ciekawy z zewnątrz nie dojrzy, co się tam w środku dzieje. Wzgląd bardzo ważny w miastach wielkich, gdzie nieraz trzeba dobudować salę operacyjną, pracownię, do już istniejącego szpitala w ruchliwej części miasta. Ściany te dadzą się myć i wyglądają zawsze czysto i porządnie. Autor radzi wstawić w ścianę jedną, w górze wysoko, okno, tak zw. oświetle (Oberlicht), aby powiększyć ilość światła. W korytarzach ciemnych można też zbudować boczne ściany z tych kostek szklanych, przez które wpadać będzie dostateczna ilość światła z pokojów sąsiednich. Robią już w Niemczech z kostek szklanych ściany tam, gdzie podług przepisów budowlanych nie przysługuje właścicielowi prawo umieścić okna, gdyż wychodzi na zabliską posiadłość sąsiada. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

H. Hofmann. **O uchyłkach workowatych przełyku i ich doszczętnem leczeniu chirurgicznem z poprzedniem wytworzeniem przetoki żołądkowej.** (*Deutsche med. Wochschr.* Nr. 31. 1899). Podczas gdy uchyłki, powstałe z pociągania (Tractionsdivertikel), nie bywają nigdy przedmiotem chirurgicznego leczenia, to analogiczne im uchyłki z wypychania, czyli workowate (w przeciwieństwie do poprzednich stożkowatych), z powodu zaburzeń w połykaniu, wielokrotnie przez operacyę były leczone. W piśmiennictwie zanotowanych jest 11 odpowiednich spostrzeżeń, którą to liczbę autor powiększa do 13. Ta stosunkowo niezmierna liczba powoduje prawdopodobnie, że sposób operacyjny nie został dotychczas dostatecznie ustalony i różni autorowie różnych sposobów używali. Autor, w imieniu Prof. Witzla, zaleca jako metodę, aby przed przystąpieniem do właściwej operacyi, na parę tygodni poprzednio, otworzyć przetokę żołądkową, przez nią wyłącznie chorego odżywiać, a dopiero potem, kiedy z całą pewnością przyjąć możemy, że uchyłek doszczętnie się wypróżnił i wszelkie objawy zapalne, jakieby istnieć mogły, zupełnie ustąpiły, przystąpić do operacyi uchyłku. W obu przypadkach autora, w których tej metody użyto, osiągnięto wynik pomyślny, w obu uchyłek usadowionym był w przełyku w odległości 19—20 ctm. od zębów. Drugi z tych chorych o tyle jeszcze budzi szczególny interes, że u niego istniały bardzo wybitne objawy żołądkowe tak, że nawet gdzieindziej otworzono jamę brzuszną, nic jednak w żołądku nie znaleziono. Te dokuczliwe i przeważające przypadłości ustąpiły zupełnie po wycięciu uchyłku wielkości i kształtu śliwki. H. mniema zatem, że przyczyną ich był właśnie ów uchyłek, a istnienie ich tłómaczy sobie tem, że wobec wspólnego unerwienia przełyku i żołądka, objawy żołądkowe wywołane zostały odruchowo, przyczem drażnienie wychodziło z patologicznie zmienionego miejsca w przełyku. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vucetic N. O podawaniu Hydrastis canadensis w większych dawkach dzieciom i dorosłym. (*Allg. Wien. med. Ztg.* Nr. 32, 1899). Zwykle używana dawka wyciągu płynnego wynosi 20 kropel 2—4 razy dziennie, zaś chlorku hidrastyniny wstrzykuje się 0·05 podskórnie, a 0·025 daje się wewnętrznie 2—4 razy dziennie. Jakkolwiek z doświadczeń na zwierzętach przedsięwziętych wynika, iż *Hydrastis* jak i hidrastyna są truciznami dla serca, to przecież dawki podawane musiałyby być bardzo wielkiemi, aby przyszło do działania trującego, a według autora dawki: 30 kropel u dzieci, a 100 kropel u dorosłych nie sprowadzają trujących objawów. Na 137 przypadków nie stwierdził autor przy podawaniu wysokich dawek *Hydrastis* ani razu przypadłości poważnych i utrzymuje, że nie przekroczymy jeszcze ostatecznych granic dawki, podwajając zwykle przyjętą ilość, a w przypadkach cięższych można ją jeszcze podnieść. *Dr. J. L.*

Leduc podaje (*Arch. prov. de Méd.* T. I. A. 3.) uproszczony sposób leczenia zmian w krtani zapomocą nader prostego przyrządu. Do tego celu używa się rurki szklanej o 6 mm. świetle, 20—25 cm. długiej, która zgiętą jest na 1—2 cm. od jednego, a 4—5 cm. od drugiego końca pod kątem 100°, względnie 145°. Przy użyciu chory bierze w usta koniec krótszy mniej zagięty i nie dotykając podstawy języka przesuwa go aż do tylnej ściany przełyku, drugi zaś koniec zanurza w cieczy lub w proszku, przez co przy wdechu płyn przechodzi przez rurkę. Dla wdychania zaleca L. podnosić z płynu po jednej kropli i robić silne wdechy, przez co płyn rozdziela się na nader delikatne, drobne cząstki. W ten sposób więc dochodzi płyn lub proszek z łatwością do krtani. W końcu podaje L. następujące przepisy: przy zapaleniu ostrem krtani: *Ac. boric., Natr. biborac., Salol. aa 4·0, Menthol. 0·2, Cocaïn. 0·08, M. subtill.* S. co 2 godz. 2—3 razy na koniec noża wdychiwać; w nieżycie przewlekłym: *Ac. carbol. cryst. 1·0, Menth. 0·4, Cocaïn. m. 0·1, Ol. Amygd. dulc. 40·0* S. Co 2—3 godziny

łyżeczkę od kawy wdychiwać. Przy gruźlicy początkowej *(st. infiltrationis)* zaleca L. co 2—3 godz. wchychiwać dijodoform, przy wrzodach zaś: *Dijodof. 8·0, Cocaïn. m. 0·08, Morph. 0·04, M. subtill.* S. 2—3 razy na koniec noża. *F. K.*

Müller *(Aerzt. Runds.* 1899. 27) stosuje na oparzenia ichtyol, rozcierając go na miejscach zajętych w cienkiej warstwie i posypując obficie sproszkowanym łojkiem, poczem zawija miękką opaską. Opatrunek taki pozostaje 3—5 dni; lekkie oparzenia goją się w tym czasie. Przy cięższych zaleca M. dwa razy dziennie zmieniane okłady z ichtyolowego wazogenu, który można stosować także zamiast czystego ichtyolu, szczególnie u chorych mniej zamożnych. *F. K.*

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie.

Podał

Dr. T. Janiszewski
lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

IV. Terapia.

Nie ulega obecnie najmniejszej wątpliwości, że gruźlica płuc jest chorobą uleczalną, należy jednak porozumieć się co do pojęcia uleczalności. Ściśle biorąc, wyleczenie w znaczeniu anatomo-patologicznem należy do wyjątków; w znaczeniu jednak klinicznem wyleczenie z wytworzeniem się blizny w tkance płucnej jest zupełnie możliwem i dosyć częstem. Odróżniamy jeszcze trzeci rodzaj wyleczenia, t. z. wyleczenie względne, to znaczy, że sprawa nie zatrzymuje się w zupełności, lecz niejako przycicha na czas dłuższy, stan ogólny pacyenta znakomicie się poprawia i może on znów na czas dłuższy lub krótszy oddać się swemu zwykłemu zajęciu. Już w roku 1880 opisał Leyden przypadki stałego wyleczenia gruźlicy, potem podobne przypadki opisywali Dettweiler, Meissen, Spengler, Turban i inni.

Czem wcześniej zaczyna się leczenie, czem mniejsza część płuc zajęta jest sprawą chorobową, tem większa pewność wyleczenia; ztąd wynika niezmierna doniosłość wczesnego rozpoznania zmian gruźliczych w płucach i zwracania bacznej uwagi na t. z. postacie ukryte gruźlicy płuc. Nawet przy daleko posuniętych zmianach w płucach możliwem jest znaczne polepszenie. Nie posiadamy dotąd środka swoiście działającego w gruźlicy płuc. Jedynie racyonalnym sposobem leczenia gruźlicy płuc jest metoda higieniczno-dyetetyczna, wprowadzona do terapii przez Brehmera, udoskonalona przez Dettweilera, a zastósowana po raz pierwszy w klimacie górskim w zakładzie zamkniętym przez Turbana. Metoda ta daje się zastosować wszędzie, najlepsze jednak wyniki otrzymano przy stósowaniu jej w klimacie górskim (Weber, Egger, Turban). Metoda ta polega na postawieniu chorego w możliwie korzystnych warunkach higienicznych, tyczących się mieszkania, odzieży, odżywiania i całego trybu życia, na racyonalnem, t. j. zastosowanem do każdego oddzielnego przypadku, dawkowaniu godzin spokoju i ruchu i na używaniu najobfitszem świeżego, czystego powietrza, w końcu na zastósowaniu całego aparatu środków zapobiegawczych (profilaktycznych). Takie leczenie daje się bezwątpienia najdokładniej przeprowadzić w specyalnie na ten cel urządzonych zakładach, tak zw. sanatoryach, gdzie chory na gruźlicę, pozostając pod stałym nadzorem lekarza specyalisty, nietylko się leczy, ale przyucza się zarazem czego ma unikać, a co dla zdrowia jego jest pożytecznem; początkowo zapomocą przymusu, potem przez przyzwyczajenie i własne doświadczenie uczy się odpowiednio żyć i nietylko wynosi z zakładu zdrowie, ale zarazem do pewnego stopnia pewność, że potrafi uniknąć nawrotu choroby, lub powtórnego zakażenia się.

Jakkolwiek metoda ta jest jedynie racyonalną i pewną, jednak nie jesteśmy w stanie obejść się przy leczeniu, szczególniej dalej posuniętej sprawy płucnej, bez środków farmaceutycznych. Przegląd tych właśnie środków, działających jedynie na objawy, podał na zjeździe prof. Kobert. Nie podaję treści jego sprawozdania, gdyż było to raczej mało krytyczne zestawienie wszystkich nowych leków z tego działu, wspomnę tylko, że szczególnie gorąco przemawiał za stósowaniem w razie potrzeby pyramidonu, jako środka przeciwgorączkowego.

Pierwotna tuberkulina Kocha jest nietylko prawie pewnym i przy ostrożnem stósowaniu zupełnie bezpiecznym środkiem rozpoznawczym wczesnych okresów gruźlicy, ale według Briegera, Turbana, Petruschkyego w pewnych razach i dobrym środkiem leczniczym, byleby stósowaną była ostrożnie. Turban radzi zaczynać od dawki 0,000025 *Tuberculini Kochii*, wstrzykiwania robić nie codziennie, ale każde następne wstrzykiwanie robić dopiero wtedy, gdy odczyn po poprzedniem wstrzyknięciu już zupełnie minie. Dawki należy zwiększać powoli i stósować środek przez czas dłuższy; chory zachować ma zupełny spokój w przeciągu 5—30 godzin po wstrzyknięciu, a w razie podniesienia się ciepłoty ciała do 38° leżeć w łóżku aż do zupełnego spadku gorączki. Jako przeciwwskazania do stósowania tuberkuliny podają: szybkie tętno, wysoka gorączka, wielka wrażliwość sercowa i zbyt daleko posunięte zmiany w płucach.

Dokończenie nastąpi.

VIII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Dokończenie).

7 posiedzenie dnia 14 kwietnia przedpołudniem.

1) van Niessen (z Wiesbaden) mówił o stanowisku dzisiejszem etyologii kiły.

2) Rosenfeld (z Wrocławia). *Pochodzenie tłuszczu.*

Voit nauczał, że tłuszcz może pochodzić z białka, tłuszczu i węglowodanów. Jednak Pflüger i Rosenfeld ograniczyli to twierdzenie o tyle, że białko nie jest źródłem tłuszczu, a więc tylko tłuszcz i węglowodany. Mięsożerca może przy żywieniu zwyczajnem odłożyć tłuszcz tylko z tłuszczu pożywienia. Wprawdzie może powstać tłuszcz z węglowodanów, ale bardzo trudno i w małej ilości (przy 150 ciepłotkach (kaloryach) na 1 k. zwierzęcia). — Roślinożercy noszą lepiej wielkie ilości węglowodanów, bo są do nich przyzwyczajeni, mogą też łatwiej wytwarzać tłuszcz z tego pożywienia. Tłuszcz, wytworzony z węglowodanów, posiada bardzo mało oleiny. Tłuszcz ryb zależy również od pożywienia. Tak samo tłuszcz człowieka różni się stósownie do pożywienia. Tylko wtedy istnieje swoisty tłuszcz zwierząt pewnych, jeżeli to zwierzęta mają skłonność do swoistego pożywienia. Ponieważ w pierwszym rzędzie tłuszcz ciała tworzy się z tłuszczu pożywienia, należy w leczeniu tuczącem podawać przedewszystkiem tłuszcze, a w wychudzającem zabronić tłuszczów.

3) D. Mayer (z Karolowych Warów). *Przyczynek do patologii kamicy żółciowej.*

Mowca zbija twierdzenie Riedela, że każda kolka żółciowa łączy się z zapaleniem woreczka *(cholecystitis)*. Są też inne przyczyny tej kolki, na co przytacza dowody z własnego doświadczenia. Oświadcza się przeciw wczesnemu operowaniu w kolce żółciowej. Działanie wody karlsbadzkiej polega nie na własności żółciopędnej, której mowca przeczy, ale woda ta wywiera dobre skutki przez to, że usuwa przeszkody mechaniczne i chemiczne dla prawidłowej czynności komórek wątrobianych, polegającej na wydzielaniu żółci, następnie wpływa korzystnie na krążenie w wątrobie, a usuwa szybko z przewodu pokarmowego zagęszczoną żółć. Wspiera działanie to usuwanie przewlekłego zaparcia stolca i skutek moczopędny wody karlsbadzkiej.

4) Hermann (z Karol. Warów). *Leczenie kamicy nerkowej zapomocą gliceryny.*

Od czasu pierwszego ogłoszenia tego sposobu miał mówca znowu 85 przypadków nowych. Z tych w 14 odeszły kamyki i poprawił się stan podmiotowy, w 17 odeszły tylko kamyki bez poprawy w bólach, w 21 nastąpiła ulga w bólach bez odejścia kamyków, w 33 przypadkach podawanie gliceryny było bez skutku. Podaje on duże dawki gliceryny aż do 130 grm. naraz, z dodatkiem Syr. cort. aurant. Gliceryna nie rozpuszcza kamieni, ale naoleja błonę śluzową dróg moczowych i ułatwia w ten sposób odejście kamieni. Złych wpływów nigdy nie widział Hermann (krwio- lub białkomoczu).

Rosenfeld w dyskusyi potwierdza, że gliceryna jest zupełnie nieszkodliwa, a działanie jej dodatnie tłómaczy w ten sposób, że mocz staje się cięższym i lepkim i że przez to wybiera kamyki i piasek z dróg moczowych.

Jaksch ostrzega przed wielkiemi dawkami, ponieważ gliceryna rozpuszcza ciałka krwi, a również może sprowadzić zapalenie nerek.

5) Spitzer (z Karol. Warów). *O powstawaniu kwasu moczowego.*

Horbaczewski otrzymał kwas moczowy z nukleiny miazgi śledziony, oraz z innych narządów, obfitujących w komórki, przez gnicie i następowe utlenienie. W tych doświadczeniach bakteryo

gnilne rozszczepiały i utleniały nukleinę. Mówca usiłował inną drogą, więcej zbliżoną do stosunków w żywym ustroju, zmienić zasady ksantynowe na kwas moczowy. Uzyskał to zapomocą działania wodnych wyciągów świeżej wątroby i śledziony na hipoksantynę i ksantynę przy ostrożnościach przeciwbakteryjnych (woda chloroformowa lub tymol 2%) w ciepłocie 50° C i przy przepuszczeniu prądu powietrza. Z tych doświadczeń wyprowadza wniosek, że w wątrobie i śledzionie znajdują się połączenia, powodujące utlenianie ciał ksantynowych na kwas moczowy. Zdaje się więc, że wątroba i śledziona są głównem siedliskiem powstawania kwasu moczowego, o ile pochodzi on z ciał ksantynowych.

6) Pollatschek (z Karol. Warów) poleca nowy sposób obmacywania wątroby.

7) Goldberg (z Berlina). *O działaniu hidragoginy.*

W ciągu 8 lat, w przeszło 100 przypadkach próbował działania tego leku nasercowego; w skład hidragoginy wchodzą: *tra digit., tra Stroph., scilla* i *oxysaponina* (z *Herniaria glaba*). Podaje co godzinę 10 kropli przez 1—2 dni. Skutek ma być bardzo dobry, ilość moczu dochodzi czasem aż do 10 litrów na dzień. Lek znoszą chorzy rozmaicie, czasami występują nudności. Wówczas trzeba dawkę zmniejszyć lub odstawić lek na kilka dni.

8) Pribram (z Pragi). *Nowe przyczynki do kazuistyki przemijającego białkomoczu u młodzieńców.*

Białkomocz ten wydarza się po wysiłkach fizycznych, występuje nagle i przemija prędko. Mocz ranny nie zawiera nigdy białka. W tych godzinach, w których pojawia się białko w moczu, bywa ciężar właściwy moczu zawsze bardzo wysoki. Obok tego występuje zmętnienie po badaniu kwasu octowego (nie od moczanów, ale od ciał śluzowatych, może nukleoalbuminu?). Białkomocz ten pojawia się u młodzieńców w okresie wzrostu i to wtedy, kiedy szybciej rosną. Równocześnie występują objawy błednicze, zmniejszenie ilości ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny. Skłonność ta do pojawiania się białka w moczu ustępuje, gdy wzrost ciała staje się powolniejszym, lub też pod wpływem leżenia i tuczenia.

Krönig (z Berlina) omawia znaczenie rozpoznawcze nakłócia lędźwiowego, mianowicie z oznak histologicznych i fizykalnych. Można znaleźć w płynie z nakłócia lędźwiowego składniki upostaciowane, które pozwalają rozpoznać sprawę chorobową nawet dawniejszą (włókna nerwowe, kulki myeliny, tłuszczu, kryształki hematoidyny, kulki hemosideryny i t. d.). Z objawów fizykalnych podnosi wahania w tętnieniu płynu. W jednym przypadku, na zasadzie bardzo silnego tętnienia widocznego w rurce manometru, można było rozpoznać tętniak tętnic podstawowych mózgu, a rozbiór zwłok wykazał rzeczywiście rozszerzenie tętniakowe tętnic kręgowych.

10) Sturman (z Berlina). *Leczenie gruźlicy krtani.*

Gruźlicy krtani nie można uważać za gruźlicę miejscową w tem znaczeniu, jak gruźlicę skóry, gruczołów i stawów. Nie jest ona bowiem, pominąwszy nieliczne wyjątki, nigdy chorobą pierwotną i nie ogranicza się na krtań samą. Zabieg chirurgiczny nie daje też dobrych widoków, za to o wiele więcej przedstawia korzyści leczenie ogólne, dyetetyczno-higieniczne, jak w gruźlicy płuc. Ze środków odżywczych najbardziej chwali sanatogen. Odkażająco i kojąco najlepiej działa mentol.

W dyskusyi podnosi Schmidt (z Frankfurtu n. M.), że w zakładzie dla piersiowych w Falkenstein wyniki leczenia krtani są wcale dobre, bo 37%. W pewnych przypadkach oświadcza się za zabiegiem chirurgicznym, powołując się na Heryngа, który w tkance łącznej w bliźnie znalazł otorbione gruzełki.

11) Blumenthal (z Berlina). *Działanie jadu tężcowego.* Ponieważ zastrzykiwanie podskórne surowicy przeciwtężcowej wywiera tak mały skutek, postanowił Blumenthal razem z Jacobem wstrzykiwać surowicę wprost do istoty mózgowej, podług metody Roux i Borrela, lub do rdzenia, zapomocą nakłócia lędźwiowego. Do doświadczeń używali kóz. Przecież żadnej różnicy wybitnej nie zauważyli w porównaniu ze zwierzętami, leczonemi wstrzykiwaniem podskórnem surowicy. Krew jednak i narządy tych zwierząt miały znaczną siłę antytoksyczną, zdaje się więc, że surowica może zobojętniać jad tężcowy, będący w krążeniu, nie jest przecież w stanie uwolnić komórek nerwowych od jadu z niemi związanego.

12) Weisz (z Piszczan) występuje przeciw wyodrębnianiu pojęcia klinicznego: *Arthritis deformans.* Pomiędzy przewlekłym gośćcem stawowym, a tą chorobą, niema właściwie różnicy.

W dyskusyi sprzeciwia się twierdzeniom Weisza Hirsch (z Cieplic czeskich) na zasadzie 35-letniej praktyki. Choroby te należy odróżniać, a to na zasadzie właściwości klinicznych, anatomicznych i terapeutycznych.

13) Friedel Pick (z Pragi) mówił: *O rzekomej marskości wątroby pochodzenia osierdziowego (perikarditische Pseudolebercirrhose).*

Pick podał w r. 1896 powyższą nazwę dla zbioru objawów, cechujących się klinicznie puchliną brzuszną bez obrzęków około kostek, lub z nieznacznymi obrzękami i z ujemnym stanem serca. Dawniej nieraz zbiór ten objawów nazywano marskością wątroby, jeżeli nie zbadano chorego dokładnie. Rozbiór zwłok w tej rzekomej marskości wykazuje zapalenie osierdzia ze zrostami lub z zwapnieniem, zaś zmiana w wątrobie polega tylko na stwardnieniu jej z powodu zastoju z zejściem w postać wątroby zanikowej, tak zwanej muszkatałowej.

Po pracy Picka zjawił się cały szereg prac niemieckich, angielskich, a zwłaszcza włoskich badaczy, którzy zgadzają się na jego wywody, jedynie tylko niektórzy z nich tłómaczą inaczej powstawanie tej rzekomej marskości. Mianowicie winią w tym względzie przewlekłe zapalenie otrzewnej. Pick jednak sprzeciwia się temu zapatrywaniu, obstając przy dawniej podanym przez niego związku przyczynowym. Jest to rzecz ważna, ponieważ w takich przypadkach można oczekiwać dobrych wyników tylko po środkach nasercowych i moczopędnych, a nie po leczeniu, stosowanem zazwyczaj w marskości wątroby.

IX. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Dokończenie).

Posiedzenie popołudniowe dnia 26 maja.

Rosthorn. Jednym z większych niebezpieczeństw, na jakie rodząca jest narażoną, jest zakażenie tężcowe. Od kilku lat grasuje ta choroba w Pradze; w ostatniem półroczu miał R. na niemieckiej klinice 3 przypadki, na czeskiej było ich ze 20. R. próbował różnych sposobów leczenia, ale wszystko bez skutku. Zaraz po pierwszym przypadku wstrzymał R. przyjmowanie nowych ciężarnych na parę tygodni, zakazał wogóle badania wewnętrznego i przeprowadził gruntowne odkażenie. Badania pyłu z podłogi, z łóżek itp. nie wykryły prątka tężcowego. Odkażenie całego zakładu glikoformolem pozostało bez skutku; dopiero gdy wszystko: łóżka, ściany, podłogę i t. d. nanowo obmyto i wylakierowano, dalsze przypadki ustały; widać z tego, że ten stary sposób najlepiej zapobiega dalszemu rozprzestrzenianiu się tężca. Tężec jest jeszcze i dlatego bardzo niebezpieczny, że okres wylęgania jest długi (8 dni), więc zanim się odkryje pierwszy przypadek, może się przez ten czas wiele innych chorych zarazić. Przeciwnie, okres wylęgania w zakażeniu paciorkowcem trwa tylko 3 dni, więc stosunkowo prędko można zapobiedz rozszerzaniu się tego zakażenia.

Olshausen zaznaczył, że trafiają się epidemie tężca nietylko przy połogach, ale też przy chirurgicznych przypadkach, jak owariatomia i t. d. O. przytacza z dawniejszych czasów epidemię tężca porodowego, panującą w Gdańsku, w której źródłem zarazy były, jak się zdaje, ciepłomierze, nabywane przez pewną położną w jednym ze składów.

Flatau (z Würzburga) miał też dwa przypadki tężca po porodach przedwczesnych, wywołanych świeczkami, pochodzącemi z jednej i tej samej apteki. Na skonfiskowanych pozostałych świeczkach nie wykazało wprawdzie badanie bakteryologiczne prątków tężca, ale od tego czasu dalsze zakażenia już się nie zdarzyły.

Dalszy ciąg posiedzenia poświęcony był rozprawom nad zagadnieniem, *jak daleko sięga szyjka maciczna?* Pytanie to dotychczas nie jest rozstrzygnięte. Różni autorowie różnie określają granicę szyjki macicznej. Jedni określają długość szyjki macicznej pewną liczbą centymetrów, inni mówią, że szyjka maciczna sięga tak daleko, jak daleko rozciąga się błona śluzowa szyjki o znamiennej budowie, a kończy się tam, gdzie się zaczyna błona śluzowa jamy macicy, posiadająca budowę odmienną. Wiadomo jednak, że granica między obiema rodzajami błony śluzowej może się zatrzeć u tych kobiet, które rodziły. W początku ciąży sięga szyjka wyżej, aniżeli charakterystyczna błona śluzowa. U kobiet ciężarnych okolica, odpowiadająca pierścieniowi skurczowemu, pokryta jest jeszcze przez właściwe *endometrium.* U zapłodnionych więc nie dosięga błona śluzowa szyjki ujścia wewnętrznego macicy (o ile ujściem wewnętrznem nazwie się okolicę, odpowiadającą pierścieniowi skurczowemu).

Küstner sądzi, że nie utkanie błony śluzowej powinno rozstrzygać o granicy między szyjką a trzonem macicy, ale grubość

mięśnia macicy. Szyjka macicy sięga do tego miejsca, gdzie macica zaczyna się rozszerzać, a ściana jej staje się grubszą. Przyczyna, dla której u ciężarnych w szyjce macicznej znajdujemy w okolicy pierścienia skurczowego już właściwe *endometrium*, jest ta, że zewnętrzne warstwy mięśnia macicy ściągają się, a *endometrium* nie i przez to schodzi ono niżej.

Schatz: Sprawa szyjki macicznej ma się tak, jak to Schulz podaje w swoich najnowszych tablicach anatomicznych. Nie rozróżnia on wcale ujścia wewnętrznego macicy.

Gotschalk: Za granicę między ciałem a szyjką macicy należy uważać granicę błony śluzowej szyjki i błony śluzowej trzonu ze względu na ich odrębną budowę histologiczną. Jeżeli właściwe *endometrium* schodzi niżej anatomicznej granicy szyjki, to są to przypadki wyjątkowe, które należy uważać za pewnego rodzaju przeszczepienie błony śluzowej trzonu na szyjkę macicy. Po dokładniejszem wyjaśnieniu Küstner przyznał, że zgadza się właściwie z zapatrywaniami Schatza, a do ich zdania przyłączył się w zasadzie A. Freund.

Ostatni zabierał głos na posiedzeniu popołudniowem Winternitz: w sprawie *wydalania popłodu*. Po ogłoszeniu sposobu Credégo w r. 1861 weszło w zwyczaj nie czekać na popłód, lecz zaraz go wygniatać. Szablonowe takie postępowanie okazało się błędnem i obecnie w Niemczech powszechnie czeka się na dobrowolne oddzielenie się łożyska pół godziny, zanim się pomyśli o zabiegu Credégo, podobnie postępują w Anglii. Ahlfeld radzi czekać $1^1/_2$ godziny, potem jeszcze wypuścić mocz cewnikiem, a gdy i to nie pomoże, dopiero przystąpić do wygniatania. We Francyi wygniatają popłód, jak tylko ukaże się w pochwie, ztąd też tam rodzi się on w 80% przypadków powierzchnią płodową. Obecnie bierze górę zapatrywanie, żeby na popłód czekać po prawidłowym porodzie 2 godziny, ale nie dłużej, z obawy zakażenia. W. podaje, że nieraz czekał po prawidłowym porodzie i 13 godzin bez złych następstw dla położnicy, a raz nawet 14 dni, ponieważ nie było żadnego wskazania do sztucznego natychmiastowego wydalenia popłodu; w przypadku tym również żadnych złych następstw nie było, pomimo, że w końcu musiał łożysko wydobyć kawałkami. Należy wyznać, że w prawidłowych przypadkach nie niebezpieczeństwo zakażenia łożyska, gdy nie ma wskazania do natychmiastowego wydalenia popłodu, nagli nas do rychłego ukończenia porodu, ale własny interes, szkoda straty czasu, bez względu na to, że w ten sposób położnica może ponieść szkodę. A jednak zadaniem tak lekarza, jak akuszerki, jest tak długo pozostać przy położnicy, jak długo jej dobro i potrzeba tego wymaga. W. zaleca więc, gdy niema szczególnego wskazania, nie wydostawać łożyska sztucznym sposobem, ale zostawić to zupełnie naturze.

Posiedzenie przedpołudniowe dnia 27 maja.

Martin: *Wyłyżeczkowanie macicy.* M. nie zaleca uciekać się do tego sposobu leczenia chorób macicy bez dostatecznej przyczyny, a to z tego powodu, że po wyłyżeczkowaniu może nastąpić zakrzep, zakażenie, ogólna posocznica, a nawet śmierć. Przy krwawieniu macicy nie należy uciekać się natychmiast do wyłyżeczkowania, ale rozważyć dobrze przyczyny krwotoku i dopiero wtedy, gdy innym sposobem nie da się on usunąć. Gdy szyjka macicy jest dostatecznie szeroka i łyżeczkę swobodnie przepuszcza, nie potrzeba uciekać się do rozszerzania szyjki, w przeciwnym razie należy ją rozszerzyć. Łyżeczkowanie macicy powinno się wykonywać w uśpieniu, już chociażby z tej przyczyny, że w uśpieniu można zbadać dokładniej chorą i że zarówno młodsi lekarze, jak i chora sama, łatwiej zdecydują się na ten sposób leczenia, jeżeli uśpienie będzie zalecane przez starszych lekarzy, jako konieczny warunek.

Küstner: *Jak długo położnica powinna po porodzie pozostać w łóżku?* Gdy poród był nieprawidłowy, wystąpiła gorączka połogowa, ciężka utrata krwi lub wogóle jakiekolwiek powikłanie, należy oczywiście położnicę pozostawić w łóżku przez czas dłuższy. Po porodzie prawidłowym należy, zdaniem K„ położnicę trzymać w łóżku, jak najkrócej. Powody przytaczane przez zwolenników dłuższego leżenia położnic, są następujące: obawa, że macica niedokładnie się zwinie *(subinvolutio)*, zapobiegnie się rozstępowi mm. prostych brzucha, obawa przed zakażeniem, obawa przed tyłozgięciem macicy, a w końcu przed wypadnięciem macicy. Za główną przyczynę zwijania się macicy uważa K. zwężenie się naczyń krwionośnych w miąższu macicy. Na podstawie licznych badań na pierwiastkach doszedł K. do wniosku, że jeżeli położnica po porodzie leży, to macica więcej się opuszcza na dół, aniżeli, jeżeli położnica chodzi lub stoi. Spostrzeżenia te przemawiają przeciwko leżeniu położnic w łóżku i mylnemu twierdzeniu, że wstawanie wnet po porodzie może doprowadzić do wypadnięcia macicy. Co się zresztą tyczy odchylenia macicy, to do tego przyczynia się więcej pełny pęcherz i pełna odbytnica, aniżeli położenie ciała. Za wstawaniem wnet po porodzie przemawia jeszcze i to, że macica u stojącej położnicy silniej jest nachyloną naprzód, aniżeli u leżącej. Zwijanie się macicy raźniej postępuje u kobiet, wstających wcześnie po porodzie, ponieważ chodzenie i ruch ułatwiają, jak się K. przekonał, krążenie w naczyniach krwionośnych i chłonnych. U wcześnie wstających położnic apetyt się polepsza, pęcherz i odbytnica wypełniają regularniej swe czynności, dlatego u tych położnic K. nigdy nie potrzebował uciekać się do cewnikowania lub środków przeczyszczających. Co się tyczy osłabienia serca, to Küstner zaręcza, że przy swoim sposobie postępowania nigdy nie zauważył jakichkolwiek ujemnych skutków; nie zauważył też rozstępu mięśni prostych, przeciwnie, mięśnie brzuszne wracały szybko do prawidłowego napięcia; w końcu odchody połogowe o wiele prędzej ustają, i przez to samo usuwa się niebezpieczeństwo zakażenia z zewnątrz; zresztą n. p. gonokoki łatwiej dostać się mogą do wnętrza macicy, gdy położnica leży, aniżeli gdy stoi lub chodzi. Pozwalając położnicom prędko wstawać z łóżka, zauważył K., że one szybciej odzyskiwały siły od tych, które dłużej leżały w łóżku. Trafiało się, że położnica, opuszczając klinikę po 10 dniach leżenia w łóżku, nieraz nie mogła unieść swego dziecka, gdy przeciwnie te, które leżały krótki czas, bez najmniejszego wysiłku zabierały z sobą niemowlęta. Zdrowe położnice po prawidłowym porodzie trzyma K. w łóżku tylko 2 dni; na trzeci dzień pozwala im wstawać z łóżka na krótki czas, na 4 dzień dłużej, a w 5 dniu wstają zupełnie i pozostają na klinice pod nadzorem do 10 lub 11 dnia, poczem odchodzą do domu.

Olshausen jak najgoręcej przestrzega przed wstępowaniem w ślady Küstnera. Wstanie położnicy na 5 dzień, kiedy zwiotczałe więzadła maciczne nie miały jeszcze czasu się ściągnąć, musi wywołać zboczenia w położeniu ciężkiej macicy, jeżeli już nie wywoła wprost jej wypadnięcia. O. nie zgadza się też i z tem, żeby rychłe wstanie położnicy nie miało sprowadzać rozstępu mięśni prostych i opadnięcia jelit, przeciwnie, zmiany te muszą w takim przypadku nastąpić z powodu gnuśności mięśni brzusznych. Również przy krótszem leżeniu łatwiej następuje zakażenie, łatwiej tworzą się także rozszerzenia żył. Na klinikach dla tego tylko, wyniki są dobre, że położnice z klas uboższych mogą dłużej leżeć niżby mogły w domu. U jednej położnicy zwijanie się macicy następuje prędzej, u innej wolniej, dlatego należy przypadki indywidualizować. Po pęknięciu międzykrocza należy położnice zatrzymywać w łóżku ponad zwykłą miarę, inaczej nastąpi opadnięcie macicy.

Wild zaznacza, że pozwalając położnicy wstawać zawcześnie, można ją narazić na wystąpienie zakrzepu w żyłach, i uważa 10 dni leżenia w łóżku po porodzie za najkrótszy czas dozwolony.

Küstner w odpowiedzi utrzymuje, że został źle zrozumianym; w wykładzie swoim pragnął on tylko zaprotestować przeciwko temu, że obecnie bez wyjątku trzyma się położnice po porodzie za długo w łóżku. Odpierając czynione sobie zarzuty, powołuje się K. na poprzednie swoje wywody; nadto dodaje, że więzadła szerokie narażone są na większe napięcie u kobiety leżącej, niż u stojącej, bo u leżącej macica bardziej w tył jest pochyloną i niżej opuszczoną, niż u stojącej. Zakrzepu w żyłach nigdy Küstner po wczesnem wstaniu położnicy nie zauważył; serce osłabione łatwiej daje sobie radę w krążeniu w żyłach, gdy ma pomoc w ruchu mięśni, aniżeli, gdy chora bez końca leży spokojnie w łóżku. Zresztą czyściejsze powietrze, jakiem położnica oddycha po wstaniu z łóżka, przyczynia się także do szybszego powrotu sił.

X. Korespondencye.

Suez, 30 sierpnia.

Zdawałoby się, że środkami, którymi roporządza „Rada sanitarna, morska i kwarantanowa“ w Aleksandryi, może ona w zupełności zapobiedz zawleczeniu chorób zakaźnych do Egiptu. A jednak obecnie musimy się liczyć z faktem, że mimo tych energicznych środków, dżuma w Aleksandryi, acz słabo, panuje. Nie jest ona wprawdzie epidemiczną, ale bądź co bądź co kilka dni wyrywa po jednej lub kilka ofiar z pośród mieszkańców Aleksandryi. Zkąd się wzięła w Aleksandryi i jaką drogą tam się dostała, dotychczas nie wiadomo. Komisya, wyznaczona z łona samej Rady w celu wyśledzenia początków zarazy, dotychczas jeszcze nie doszła do żadnych wniosków dodatnich. Tyle tylko jest wiadomem, że pierwszemi jej ofiarami byli ludzie zajęci w handlu towarów kolonialnych. Łatwo zatem być może, że zarazek dostał się

z towarami jakiegoś portu dotkniętego dżumą, np. Bombayu, Kalkuty, Karachi (obecnie istnieje dżuma nadto w Hongkong, Bassorah, Port Louis, Oporto i Lizbonie). Pierwszy przypadek zaszedł dnia 2 maja o czem 17-go tegoż miesiąca publicznie ogłoszono.

Dotychczas było 88 przypadków, z tych 58 u tubylców, a 30 u europejczyków. Z europejczyków najwięcej ulega Greków bo 27, — Francuzów 2 i jeden Włoch. Umarło 42, wyzdrowiało 42 — w leczeniu pozostaje jeszcze 4. Ostatni przypadek zaszedł 24 sierpnia; odsetkowo zatem śmiertelność wynosi 47·7%.

Przeważnie wszystkie przypadki są postaci gruczołowej, a więc łagodniejszej; — ale spostrzegano także kilka przypadków pierwotnej postaci płucnej. Odznaczają się wysoką gorączką, upadkiem sił i bredzeniem. Leczenie ogranicza się do nacięcia zropiałych gruczołów, zresztą podaje się środki wzmacniające.

Środki sanitarne, zmierzające do wytępienia zarazy są następujące: 1) Odosabnianie chorych w dwóch szpitalach, tj. rządowym i greckim. Wybudowano też szpital po za miastem wyłącznie dla zadżumionych, ale go jeszcze dotychczas nie zajęto z powodu małej liczby zachorowań w ostatnim czasie. 2) Odosobnianie osób, które pozostały w styczności z chorymi. 3) Odkażanie domów, gdzie chorzy mieszkali i sprzętów, których używali. Istnieje osobna służba, która zaraz po przewiezieniu chorego do szpitala i odosobnieniu osób pozostających w zetknieniu z chorymi, przybywa umyślnie na ten cel sporządzonymi wozami i zajmuje się odkażeniem 4) Ponieważ wiadomą jest rzeczą, że szczury mogą się łatwo przyczynić do rozszerzenia zarazy, — zarządzono energiczne tępienie szczurów. 5) Pouczanie ludności zapomocą pism popularnych, jak się ma zachować wobec zarazy. 6) Wizyty lekarskie po mieście. W tym celu podzielono miasto na 20 okręgów, a nad każdym takim okręgiem czuwa wyłącznie i jedynie do tego celu przeznaczony lekarz. Lekarz taki chodzi od domu do domu, od mieszkania do mieszkania i bada ściśle, czy gdzie niema chorych.

Jak już z początku powiedziałem, dżuma w Aleksandryi jest łagodna a przypadki tylko sporadyczne. Urzędowe biuletyny, rozlepiane po ulicach, stwierdzają obecnie zaledwie co kilka dni po jednym przypadku i może być, że się ją uda przytłumić. Wszelako zachodzi obawa, że choćby to się na teraz udało, — w miesiącach zimniejszych wystąpi powtórnie.

W końcu winienem zaznaczyć, że dżuma istnieje tylko w Aleksandryi; o przypadkach tej choroby w Suezie, Izmaili, Port Saidzie, Kairze, o czem w naszych dziennikach czytałem, nic tu nie wiadomo. *Dr. Józef Batko.*

XI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej z dnia 16-go września 1899 r.

Obecni: Przewodniczący Prezydent: Dr. Józef Łazarski, — Dr. Stanisław Ponikło, Dr. Józef Walczyński, Dr. Wincenty Świątek.

I. Odczytano, przyjęto i podpisano protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Odnośnie do konkursu, ogłoszonego w numerze 37 *Przeglądu lekarskiego* z dnia 16 września b. r. na dwie posady lekarzy kolejowych, na mającej się otworzyć linii „Chabówka-Zakopane“, wydał Wydział Izby lek. zach. gal. następujące orzeczenie:

Wyznaczenie lekarzowi kolejowemu, który ma bezpłatnie leczyć członków Kasy chorych, ich żony i dzieci do 18 roku życia, jakoteż wykonywać inne czynności lekarskie. bliżej określone dotyczącymi przepisami „na przestrzeni 29 klm. (Chabówka-Szaflary), względnie 14·5 klm. (Zakopane-Szaflary) — ryczałtowego rocznego honoraryum w kwocie 180, względnie 100 złr. rocznie, żądanie nadto wykazania się dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym“, — jakakolwiekby zresztą była rozległość agend pełnionych, — czyni wprost ujmę godności stanu lekarskiego, zwłaszcza, że nie można w danym przypadku żadną miarą dopatrzeć się potrzeby oceniania warunków konkursu ze stanowiska humanitarnego.

Również zastanawiał się Wydział Izby lek. nad tem, dlaczego w dziennikach politycznych nie pomieszczono chociażby w największem skróceniu warunków konkursu, lecz widocznie postarano się o pomieszczenie w kronikach ogłoszenia, „że konkurs na dwie posady lekarzy kolejowych ogłoszony będzie w *Przeglądzie lekarskim*, — co jest postępowaniem niezwykłem.

Po obszernej nad tą sprawą dyskusyi uchwalił Wydział zakomunikować powyższą uchwałę wszystkim lekarzom powiatu nowotarskiego, a nadto odnieść się bezzwłocznie w tej sprawie do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie.

III. Przyjęto do wiadomości uchwałę Trybunału administracyjnego w sprawie zażalenia przeciw wyborom Izby lekarskiej w Wiedniu, intymowaną tut. Izbie w odpisie przez biuro Izby lek. wiedeńskiej.

IV. Przyjęto do wiadomości drukowane memorandum Izby lwowskiej w sprawie zmiany ustawy o Izbach

V. Przyjęto do wiadomości odpis przedstawienia Izby lek. morawskiej do c. k. Sądu kraj. w Pradze w sprawie nizkiego honoraryum atestów sądowych.

VI. Uwolniono od opłaty wkładki za rok 1899 trzech lekarzy, a jednemu udzielono zwłokę w uiszczeniu.

VII. Dr. M. E. z T. uchwalono zaczekać z zapłatą dłużnej kwoty do stycznia 1900 r.

VIII. Prośbie p. A. G. z Cz. o udzielenie zapomogi odmówiono.

IX. Pani E. S. z T. udzielono tytułem zapomogi kwotę 25 złr.

X. W sprawie udziału w wiecu Izb lek. austr., odbyć się mającym w Baden dnia 13 i 14 października b. r., — wybrał Wydział Izby delegatem Prezydenta Izby, a w razie niemożności z jego strony brania udziału, — wybrał Wiceprezydenta.

Na tem posiedzenie zakończono.

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 września.

† Dr. Michał Borysikiewicz, profesor okulistyki w Gradcu styryjskim, zakończył tam życie d. 18 b. m. Zmarły urodził się r. 1843 w Białobożnicy (pow. czortkowski); Wydział lekarski ukończył w Wiedniu, gdzie wkrótce otrzymał posadę asystenta w klinice okulistycznej prof. Stellwaga. Następnie mianowany został profesorem okulistyki w Gradcu, i pozostał na tem stanowisku do końca życia, używając zasłużonej w świecie sławy, jako znakomity uczony i głośny specyalista. Napisał kilka rozpraw po niemiecku.

† Dr. Karol Störk, profesor laryngologii, zmarł w Wiedniu w 67 r. życia. Urodził się w Budapeszcie r. 1832; habilitował się w Uniw. wiedeńskim r. 1867, prof. nadzwyczajnym mianowany został w r. 1875, a zwyczajnym w 1894. Uczeń Türcka, położył zmarły wybitne zasługi w granicach swej specyalności, zwłaszcza w zakresie terapii chorób krtani. Operował wiele i przyczynił się znacznie do zastósowania chirurgicznego leczenia w chorobach krtani. Do końca życia wzbogacał piśmiennictwo swojem doświadczeniem i wiedzą. Ważniejszych prac, należących do dziedziny laryngologii, wydał 11. Liczny zastęp dzisiejszych laryngologów różnych narodów zawdzięcza Störkowi swoje wykształcenie specyalne.

* W N. ostatnim i dzisiejszym »Przeglądu lek.« ogłosiliśmy nadesłany nam przez c. k. dyrekcyę państw. kolei żelaznych konkurs na 2 posady lekarzy kolejowych z siedzibą w Nowym Targu i Zakopanem. Zamierzaliśmy osądzić warunki tego konkursu, które przedstawiły się nam, jako bezprzykładne naigrawanie się ze stanu lekarskiego. Przekonawszy się jednak z dziś nam nadesłanego protokołu Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej, że na posiedzeniu d. 16 b. m. sprawa ta była roztrząsaną przez Wydział Izby i że Wydział powziął uchwałę, na postulaty której bezwzględnie i całkowicie się zgadzamy, poprzestajemy na zwróceniu uwagi czytelników naszych na rzeczony protokół, ciesząc się, że zasadniczą tą sprawą zajęła się do tego powołana, a tak poważna instytucya lekarska.

Jak w stosunku lekarzy do społeczeństwa istnieje pewne *minimum* wynagrodzenia, poniżej którego nie schodzi człowiek okrzesany, a odrzuca go szanujący swą godność lekarz, tak i jednostki zbiorowe, instytucye, rozpisując konkurs, niepowinne przekraczać pewnego mimum bez ubliżenia sobie i boleśnego dotknięcia konkurujących. Można w imię wyższych haseł etycznych żądać od lekarza pomocy bezinteresownej, lecz nie wolno obniżać wartości jego pracy niestósownem wynagrodzeniem.

Warunki konkursu, o którym piszemy, ubliżają moralnie i krzywdzą materyalnie stan lekarski i z tego stanowiska są absolutnie nieprzyjmowalne.

* Jak powszechnie wiadomo, Lombroso utrzymuje, że geniusz jest tylko objawem obłędu częściowego (monomanii) i już nie jeden wielki duch ludzki podciągnął on pod strychulec tej teoryi. Najświeższą ofiarę wypatrzył sobie Lombroso w Krzysztofie Kolumbie, którego żywot, gwoli swemu twierdzeniu, poddał analizie i doszedł do wniosku, że Kolumb był paranoikiem. Nie mieni go wprawdzie pospolitym waryatem, gdyż monomania była dla Kolumba rodzajem zaczynu umysłowego, który mu zastąpił brak inteligencyi i nauki; lecz czyż mógłby zdrowy na umyśle człowiek, pyta Lombroso, puszczać się na bezbrzeżny ocean — tak bez wszelkiej świadomości przeszkód i niebezpieczeństw tej podróży? Podobizny Kolumba wprawdzie nie pozostało, powiada Lombroso, a jednak zalicza do cielesnych oznak obłędu wielkiego i szczęśliwego podróżnika jego skośne czoło, szeroką żuchwę, a nawet wczesne osiwienie; zwyrodniałym wrzekomo miał być Kolumb i dla tego, że w rękopisie pozostawionym wyłowiono kilka błędów gramatycznych, że zdradził słabą wiedzę geografii, że nie wspomniał o Toscanellim, uczonym geografie, który pierwszy nasunął mu myśl poszukiwania lądu Indyi wschodnich; w żartobliwie przekręconem przez Kolumba nazwisku własnem dopatrzył Lombroso obłędu wielkości itd. itd. Sylwetka Kolumba, jako paranoika, należy do najmniej udatnych z galeryi, mającej ilustrować teoryę Lombrosa o geniuszu ludzkim; jeśli Krzysztof Kolumb nie będzie już ostatnim w tej galeryi to chyba przyjdzie się w końcu uwierzyć, że Lombroso jest sam także..... geniuszem.

* Według Maischa w Ameryce fałszują naparstnicę liśćmi psianki czarnej i ziemniaka (*solanum nigrum et tuberosum*). W celu sprawdzenia, doradza Maisch gotować podejrzane liście naparstnicy z półtorachlorkiem żelaza lub ługiem potasowym: jeśli po zagotowaniu z półtorachlorkiem żelaza liść badany przybierze barwę zieloną, a z ługiem potasowym — żółtozłotą, to świadczyć ma, że badany lek jest prawdziwy; barwa zaś sina dowodzi zafałszowania.

* Wydział krajowy zamianował dr. M. Łopacińskiego sekundaryuszem I klasy, a dr. D. Sternbacha — sekundaryuszem II klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

* Do petersburgskiego Instytutu lekarskiego dla kobiet przyjęto w bieżącym roku na kurs pierwszy 225 słuchaczek.

(G.) Izby lekarskie zaczynają powoli zyskiwać uznanie i należną powagę ze strony swych członków, a przez to i reszty społeczeństwa. Za dowód wystarczy przytoczyć, że na posiedzeniu Izby dolnoaustryackiej z wyłączeniem Wiednia odczytano kontrakt pewnej Kasy chorych z dwoma lekarzami zupełnie już gotowy, lecz lekarze ci położyli jako warunek tego kontraktu, by go Izba zatwierdziła. Inny znowu lekarz donosi tejże Izbie, że ogłoszone w dziennikach dla niego podziękowanie, nastąpiło bez jego wiedzy. Inny lekarz, otwierając zakład leczniczy prywatny, prosi Izbę o wysłanie na uroczyste otwarcie swego reprezentanta.

(G.) W Salzburgu prowadzi pewien Hans Dauner na wielką skalę partactwo lekarskie. Tamtejsza Izba lek. wniosła z tego powodu do Namiestnictwa odpowiednie przedstawienie, które jednak pozostało bez skutku, gdyż prokuratorya, której Namiestnictwo sprawę tę oddało, nie znalazła (?) podstawy prawnej do wkroczenia. Ponieważ Izba wniosła swe przedstawienie do Władzy politycznej, nie zaś do prokuratoryi, przeto przeciw temu ujemnemu orzeczeniu wniosła rodzaj rekursu do wyższej instancyi, t. j. do Ministerstwa spraw wewn. i to — według §. 3. Ustawy — na ręce swej władzy przełożonej, t. j. rządu kraj. Ten jednakże zwrócił rekurs Izbie, motywując ten zwrot tem, że ponieważ kroki poczynione przez rząd nie osiągnęły celu, bo prokuratorya nie znalazła podstawy prawnej do wkroczenia, przeto i przedłożenie tej sprawy Ministerstwu uważa za zbyteczne. Otóż Izba Salzburgska widzi w tem ukrócenie swego prawa (§. 3.) wnoszenia w drodze swej władzy przełożonej podań do Wys. Rządu i wystosowała w tej sprawie memoryał, który wniosła bezpośrednio do Ministerstwa spraw wewn. (*Ärztliche Vereinszeitung* Nr. 18 z r. 1899).

(G.) Jeszcze w Czerwcu b. r. donieśliśmy, że Najwyższy trybunał orzekł nieodwołalnie, że lekarze, nieposiadający prawa wyboru w gminie, tem samem nie mają prawa wyboru do Izby lekarskiej. Ponieważ ostatnie wybory do wiedeńskiej Izby lek. odbyły się wbrew tej zasadzie tak, że 405 lekarzy nieuprawnionych brało jednak czynny udział w wyborze, przeto pismem z 24 z. m. Namiestnictwo uznało wybory te za nieważne, nakazało rozpisanie nowych wyborów, oczywiście z wykluczeniem od prawa wyborów owych 405 lekarzy, wreszcie poleciło dotychczasowej Izbie tymczasowe pełnienie czynności Izby. — Przeciw temu orzeczeniu służy rekurs w ciągu 4 tygodni.

Mianowania i odznaczenia: Laryngolog, dr. Rosenberg A., otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Dr. Wace Carlier mianowany został prof. fizyologii w Edymburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Truszkowski, lat 39, w Petersburgu. Dr. Tadeusz Niemczynowski, sekundaryusz szpitala lwowskiego, wykształcony i zdolny chirurg, zmarł w 30 r. życia w Zakopanem. Dr. Kazimierz Szwykowski, weteran z wojny o niepodległość w r. 1831, urodzony w Wilnie r. 1814, zakończył życie w Paryżu 13 b. m.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 17: Dr. Miklaszewskiego W.: Poglądy współczesne na istotę choroby Addisona z powodu przypadku tej choroby. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 37: Wróblewskiego Wł.: Ostry ropotok jamy szczękowej. Pechkranza S.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. Fajersztajna I.: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie* Nr. 37: Funka I.: O leczeniu radykalnem wilka zwyczajnego rozsianego zapomocą pędzlowań czystym gwajakolem. Kossobudzkiego Sz.: Rzadsze przypadki z praktyki szpitalnej. Sachsa F.: 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych zapomocą intubacyi (c. d.). Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krzyształowicz Fr.: Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum. (Odbitka z *Monatshefte f. Pract. Dermatol.* 1899).

— Dr. Polikier B.: Przypadek tężca noworodków, zakończony wyzdrowieniem. (Odbitka z *Kroniki lekar.* 1899).

— Tenże: Kilka słów o warunkach, utrudniających rozwój medycyny. (Odbitka z *Kroniki lek.* 1899).

— Dr. Schöngut S.: Ein operativgeheilter Fall von Hirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. (Odbitka z *Wien. med. Wochenschrift*, Nr. 33, 1899).

— Dr. Sonnenberg: Tajemnica lekarska, jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne. (Odbitka z *Czasopisma lekarskiego*, Łódź, 1899).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

C. k. Ministerstwo spraw wewn. w Wiedniu.

2638
M. J.

ROZPISANIE KONKURSU.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada nadinspektora VII. klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2.400 zł., dodatek aktywalny 420 zł.).

Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 30 listopada 1899 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też w spólnej c. i k. służbie państwowej, winni wnosić swe podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1) Metrykę urodzenia;

2) Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, a to także w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3) Dowód naukowego wykształcenia uniwersyteckiego a szczególnie wyższego wykształcenia w naukach przyrodniczych.

4) Dowód gruntownego wykształcenia w chemii, szczególnie w chemii analitycznej, uzupełniony wykazem specyalnego wykształcenia w botanice, mikroskopii, bakteryologii i hygienie, jak również załącznikami w razie gdyby petent pracował w urzędzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej, winni prócz tego udowodnić swe prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, nie pozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, dostarczyć urzędowe świadectwo moralności i świadectwo zdrowia, wystawione przez rządowego lekarza. 178

Na posadę lekarzy c. k. kolei państwowych na otworzyć się mającej linii Chabówka-Zakopane z siedzibą w *Nowym Targu* i w *Zakopanem* ogłasza się niniejszem konkurs.

Do okręgu lekarskiego w Nowym Targu przydzieloną będzie przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 29·0 wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Raba wyżna, Sieniawa, Lasek, Nowy Targ i Szaflary.

Okręg lekarski w Zakopanem obejmować będzie przestrzeń od kilometra 29·0 do kilometra 43·560 również z budkami strażniczemi tamże się znajdującemi i ze stacyami: Biały Dunajec, Poronin i Zakopane.

Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą lekarza kolejowego w Nowym Targu połączone jest honoraryum w kwocie 180 złr. w. a. — w Zakopanem w kwocie 100 złr. rocznie. 174

O posady powyższe ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone wnosić należy najdalej do 25 września b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posady powyższe obsadzone będą od 1 października 1899 roku.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II-go asystenta przy katedrze położnictwa i ginekologii w uniw. lwowskim na lat dwa, począwszy od 1 października b. r., z roczną płacą 700 złr. i bezpłatnem mieszkaniem w klinice położniczo-ginekologicznej. Ubiegać się mogą o tę posadę Panowie doktorzy wszech nauk lekarskich.

Podania należy wnosić do dziekanatu Wydziału lekarskiego we Lwowie do dnia 5 października b. r.

Lwów, d. 12 września 1899.

Gluziński
t. c. dziekan wydz. lek. Uniw. lwow.

Na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*. — Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczoną została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr. Podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899.

Rada powiatowa w *Sniatynie* rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna wynosi 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Posada nadaną będzie na razie prowizorycznie na rok jeden.

Termin do wnoszenia podań do 15 października b. r.

Niniejszem zawiadamiam Szan. Pp. Kolegów, iż dnia 4-go września b. r. złożyłem ostatecznie kierownictwo lekarskie Hotelu-Pensyonatu i Zakładu wodoleczniczego „Klemensówka“ w Zakopanem. Zarazem proszę tych Pp. Kolegów, którzy mieli lub mają zamiar swych chorych do Zakopanego pod moją opiekę przysyłać, aby tychże wprost do mnie zwracać raczyli: mam bowiem w Zakopanem kilka innych domów do rozporządzenia, w których rady i wskazówki ordynujących, względnie kierujących lekarzy w całości i z ochotą wykonane zostaną.

Zakopane, dnia 7 września 1899.

Dr. Wincenty Tyszkiewicz.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 30 Września 1899. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.

Podał

Prof. Dr. J. Prus,

Dyrektor Instytutu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem d. 23 grudnia 1898).

W roku 1890 ogłosił Ziehen pracę pod tytułem „*Zur Physiologie der infracorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall*“ (Arch. f. Psych. u. Nerv. T. XXI. str. 863), podając wyniki swych badań nad wpływem mechanicznego i elektrycznego podrażnienia zwojów podkorowych mózgu u królika. W cennej tej pracy przytacza autor odnośną literaturę, opisuje metodę operacyjną celem odsłonięcia ciałek prążkowanych, wzgórków wzrokowych i czworaczych, oraz kreśli objawy, jakie występują u królików pod wpływem mechanicznego i elektrycznego podrażnienia tych zwojów, nadmieniając, że tego rodzaju doświadczenia, wykonane na psach, później ogłosi.

Gdy atoli do tej pory zapowiedziana praca Ziehena się nie ukazała i gdy Binswanger[1]) na Zjeździe internistów w Berlinie w r. 1897 się wyraził: „Diese Versuche am Hunde zu wiederholen misslang bis jetzt wegen Schwierigkeit der Operation“, zająłem się tego rodzaju pracą tem gorliwiej, o ile już wśród mych badań nad drogami przewodzenia padaczki korowej [2]) zdołałem przezwyciężyć trudności techniki operacyjnej i o ile zakres swych badań rozszerzyłem na śledzenie zachowania się parcia krwi, ograniczając się natomiast na wyłącznem niemal stósowaniu bodźców elektrycznych.

Wyniki swych doświadczeń nad drażnieniem ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego ogłoszę na innem miejscu; tu zaś przedstawię rzecz o objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.

Wzgórki czworacze odsłaniałem w rozmaity sposób, zależnie od tego, czy chodziło mi o równoczesne wyłuszczenie półkul mózgowych, a względnie móżdżku, czy też przeciwnie zależało mi na tem, aby odsłonięcia wzgórków czworaczych dokonać bez znaczniejszego naruszenia układu nerwowego.

Chcąc odsłonić wzgórki czworacze i równocześnie wyłuszczyć półkole mózgowe, postępowałem w sposób następujący: zdjąwszy przy pomocy trepanu i nożyc kostnych sklepienie czaszki, nacinałem twardą oponę mózgu w odległości mniej więcej 1 ctm. od linii środkowej ciała, wzdłuż zatoki podłużnej, po obu jej stronach, unikając starannie otwarcia samej zatoki. Następnie wsuwałem pod wielki wyrostek sierpowaty opony twardej haczyk stosownie zgięty, a opatrzony na końcu oczkiem, do którego poprzednio wprowadziłem nitkę. Podsunąwszy tym sposobem dwie nitki pod wyrostek sierpowaty, podwiązywałem zatokę podłużną w dwóch miejscach, a przeciąwszy pomiędzy obiema podwiązkami oponę twardą i rozsunąwszy oba końce przeciętej zatoki ile możności jak najwięcej od siebie, odsłaniałem spoidło wielkie mózgu. Cięcie, poprowadzone przez jedną i drugą półkulę mózgową, od linii środkowej ku zewnątrz w płaszczyźnie poziomej na wysokości wielkiego spoidła, umożliwiało odchylenie nadciętych górnych części półkul tak, że *centrum semiovale Vieussenii* było widoczne. Krwawienie wcale obfite tamowałem szybko watą, napojoną sześciochlorkiem żelaza. Przez stósowne nacięcie spoidła wielkiego otwierałem komórkę trzecią i komórki boczne mózgu, poczem odsłaniałem należycie ciałka prążkowane i wzgórki wzrokowe. Podwiązawszy następnie liczne naczynia krwionośne, znajdujące się w okolicy wzgórków czworaczych, odsłaniałem wreszcie z wielką oględnością wzgórki czworacze.

W przypadkach, w których zależało mi na tem, aby ciałka prążkowane i wzgórki wzrokowe również wyłuszczyć, prowadziłem jeszcze cięcie poprzeczne tuż przed wzgórkami czworaczymi aż do podstawy czaszki, a następnie wyłuszczywszy szybko przy pomocy stosownej szpatułki drewnianej zwoje podstawowe mózgu, tamowałem natychmiast krwotok gwałtowny (pochodzący z otwarcia tętnic szyjnych, *circulus arteriosus Villisii* i zatok żylnych) tamponami, energicznie wciśniętymi na dno podstawy czaszki. Tampon uciskałem z początku palcami, a później odpowiednim klinem drewnianym, wsuniętym pomiędzy tampon a pozostałą część kości czołowej.

Druga metoda odsłonięcia wzgórków czworaczych łączyła się z wyłuszczeniem móżdżku. Po oddzieleniu mięśni, przyczepiających się do kości potylicznej i po zrobieniu dostatecznie wielkiego otworu w kości potylicznej, wydobywałem kawałeczkami móżdżek przy pomocy ostrej łyżeczki. Odsłoniwszy w ten sposób czwartą komórkę i namiot móżdżku (*tentorium cerebelli*), miałem już dostatecznie utorowaną drogę do wzgórków czworaczych tylnych, zwłaszcza gdy przy pomocy tępych haczyków podniosłem nieco brzeg namiotu móżdżku. Celem dosięgnięcia wzgórków czworaczych przednich należy zniszczyć przynajmniej część wzgórków czworaczych tylnych.

[1]) Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. XV. Congress. 1897. Str. 197.

[2]) Prus: O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej (epilepsyi Jacksona). *Przegl. lek.* 1898 Nr. 34 i 35. — Ueber die Leitungsbahnen und Pathogenese der Rindenepilepsie. *Wiener. klin. Wochenschrift* 1898. Nr. 38.

Trzecia metoda polegała na ostrożnem podnoszeniu (podważaniu) płatów potylicznych. Zrobiwszy ile możności jak największy otwór w kości ciemieniowej (po jednej lub obu stronach) i odsłoniwszy dokładnie płat potyliczny przez otwarcie opony twardej, podkładałem pod płat potyliczny delikatną i stósowną szpatułkę drewnianą, a uciskając lekko ów płat, podnosiłem go stopniowo i odchylałem od namiotu móżdżku *(tentorium cerebelli)* tak, że tworzyła się coraz większa przestrzeń między płatem potylicznym a namiotem móżdżku. Zwracając baczną uwagę na tę okoliczność, aby każde choćby najmniejsze krwawienie zatamować i odchylając ostrożnie coraz więcej płat potyliczny ku przodowi i ku dołowi, mogłem zawsze doprowadzić do tego, że odsłoniłem dokładnie najprzód wzgórek czworaczy tylny, a następnie przedni, bez znaczniejszego uszkodzenia mózgu, gdyż zazwyczaj był tylko płat potyliczny ugnieciony lub co najwyżej przedarty tak, że róg tylny a względnie i dolny komórki bocznej był otwarty.

Doświadczenia wykonywałem na psach różnej wielkości, rasy i wieku, i to, ze względu na kierunek badań, bez usypiania zwierząt. Wśród badań posługiwałem się niemal wyłącznie bodźcami elektrycznymi, a mianowicie prądem przerywanym i zwracałem uwagę nietylko na objawy ruchowe, lecz także na zachowanie się parcia krwi, oddychania, czynności serca, czynności wydzielnicze oraz afekta.

Wzgórek czworaczy przedni.

Literatura w sprawie objawów, występujących pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego, jest dość ubogą. Flourens zauważył u gołębia drgawki po stronie przeciwnej, a Ed. Weber wspomina o pojawieniu się kurczów drgawkowych klonicznych. Knoll *(Ekhard's Beiträge* IV. 3.) stwierdził, że po zadrażnieniu jednego przedniego wzgórka czworaczego słabym prądem przerywanym występuje u królika jedynie tylko rozszerzenie źrenicy. Zdaniem tegoż autora przenosi się podrażnienie za pośrednictwem rdzenia przedłużonego na nerw spółczulny, gdyż po przecięciu tego nerwu brak jest rozszerzenia źrenicy. Jeżeli wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego pojawi się zwężenie źrenicy (a co również i inni autorowie zauważyli), to, zdaniem Knolla, objaw ten zdarza się tylko wtedy, gdy podrażni się szlak n. wzrokowego *(tractus n. optici)*. Bechterew *(Virchows Archiv.* T. 110) zauważył u gołębia i u królika rozmaitego rodzaju ruchy członków i sądzi, że objawy te są po części odruchem, po części zaś wynikiem podrażnienia górnych szypułek móżdżkowych. Późniejsze doświadczenia Bechterewa wykazały, że najsłabsze elektryczne lub mechaniczne podrażnienie wzgórka czworaczego przedniego sprowadza ogólne drgawkowe (konwulsyjne) wstrząśnienia ciała. Jest to wyraz odruchu, wywołanego przez podrażnienie włókien nerwu wzrokowego. Wobec tego sądzi Bechterew, że wzgórki czworacze przednie obejmują najprawdopodobniej rolę ośrodka odruchowego, za pośrednictwem którego optyczne podniety mogą działać na sferę ruchową.

Ferrier *(Die Functionen des Gehirns*, 1879) zauważył u małp, psów, szakali, kotów i królików po podrażnieniu przednich wzgórków czworaczych: obustronne rozszerzenie źrenic (najprzód rozszerza się źrenica przeciwległa, później zaś także źrenica po stronie drażnienia), szerokie rozwarcie szpar powiekowych, zwrócenie gałek ocznych i głowy ku przeciwległej stronie i ku górze, ściągnięcie uszu ku tyłowi, a następnie wśród dłuższego drażnienia: podniesienie ogona, wyprężenie łapek tylnych, przyciągnięcie łapek przednich ku wewnątrz i ku tyłowi, oraz zgięcie tychże w stawie łokciowym, szczękościsk, tężcowe ściągnięcie kątów ust, a wreszcie tężec tylny *(opisthotonus)*, a czasem objawy bólu (krzyk). Wszystkie te objawy występowały najprzód po stronie przeciwległej, później atoli także po stronie drażnienia. Ferrier uważa wszystkie wspomniane objawy za wyraz aktu odruchowego z powodu podrażnienia dróg wzrokowych i czuciowych.

Ziehen (l. c.) podaje, że podrażnienie powierzchni jednego wzgórka czworaczego przedniego słabym prądem przerywanym u królika sprowadza: przyśpieszenie oddychania, mruczenie lub pisk, podniesienie ogona, podniesienie tyłu i obniżenie przodu ciała, rozstawienie łapek, a w końcu gwałtowne zrywanie się zwierzęcia (ruchy, jak w czasie ucieczki), czasem zaś drżenie gałek ocznych w kierunku strony drażnienia. Objawy te występować się zdają wybitniej po stronie przeciwległej. Wśród zastósowania silniejszych prądów pojawiały się obustronne drgania w mięśniach okrężnych oka, drżenie gałek ocznych, ruchy żwacze, skręcenie głowy, oraz skurcze w mięśniach twarzy, łapki przedniej i tylnej po stronie przeciwległej. Objawy te należy tłómaczyć zdaniem Ziehena jako skutek działania prądów ubocznych na torebkę wewnętrzną. Jeżeli się odetnie górną powierzchnię (wierzchołek) wzgórka czworaczego, a następnie jeżeli się przeczeka tak długo, aż się zwierzę uspokoi i jeżeli wówczas dopiero podrażni się powierzchnię poziomą przekroju słabym prądem przerywanym, to wystąpią w ogólności tesame objawy, jakie zauważono wśród drażnienia nienaruszonego wzgórka czworaczego. Podrażnienie obwodowej części wzgórka, po pionowem poprzecznem przecięciu wzgórka czworaczego przedniego, sprowadza trącające ruchy kończynami i to najsilniejsze ruchy, gdy się podrażni *tegmentum.* Ziehen zaznacza z naciskiem, że wszystkie te ruchy, z wyjątkiem ruchów ucieczkowych, nie trwały dłużej, niż drażnienie.

Ze względu, że podrażnienie mechaniczne wzgórków czworaczych jest tak samo skuteczne, a może nawet skuteczniejsze, niż drażnienie elektryczne (która to okoliczność przemawia za przypuszczeniem, że podrażnione zostają główne nerwy czuciowe) tłómaczy Ziehen objawy powyższe jako wynik odruchu, wywołanego przez podrażnienie nerwów czuciowych. Gwałtowne ruchy ucieczkowe, którym towarzyszy zwykle zmiana miejsca (lokomocya), zależeć mają, według Ziehena, od podrażnienia szlaku wzrokowego *(tractus opticus)*, biegnącego do wzgórka czworaczego przedniego.

Co się tyczy miejsca, w którem przenosi się podrażnienie z nerwów dośrodkowych na nerwy odśrodkowe, to sądzi Ziehen, że z pewnością nie jest tem miejscem jądro wzgórka czworaczego przedniego, gdyż mimo odcięcia górnej części wzgórka czworaczego objawy te (t. j. kurcz tężcowy i ruchy ucieczkowe) się pojawiają. Prawdopodobnie wchodzą tu w rachubę ciałka kolankowate mózgu *(corpora geniculata)* lub szara masa *tegmenti.* Nie ulega żadnej wątpliwości, że móżdżek nie odgrywa tu żadnej roli. Również sądzi Ziehen, że drogi piramidalne nie mogą przenosić dotyczących podniet do mięśni, gdyż u królika brak jest połączeń między drogą piramidalną a drogami czuciowemi *tegmenti*, objawy zaś podrażnienia występują przeważnie po tej samej stronie, po której podrażniono wzgórek czworaczy. W przypadkach, w których nie wyłuszczono kory mózgowej, występowały także ruchy bieżne z lokomocyą po podrażnieniu przednich wzgórków czworaczych przez wkłócie tępej igiełki między półkule do wzgórków czworaczych. Nie może tu więc być mowy o usunięciu wpływów tamujących kory. Z tego wynika, że ruchy bieżne z lokomocyą i przynależne ruchy, wyrażające pewien afekt (krzyk, mruczenie, podniesienie ogona i t. d.) pozostają w pewnym związku z funkcyą wzgórków czworaczych.

Adamück stwierdził, że drażnienie wzgórka czworaczego przedniego sprowadza skojarzone (asocyacyjne) ruchy gałek ocznych, a mianowicie, wśród drażnienia prawej strony wzgórka czworaczego przedniego poruszają się oba oczy ku stronie lewej—i odwrotnie,—a gdy prąd dłużej działa zwraca się także głowa w odpowiednią stronę. Pionowe rozdzielenie

obu wzgórków czworaczych przednich w linii środkowej sprowadza efekt tylko po tej samej stronie, jeżeli drażni się jeden wzgórek czworaczy. Wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego z przodu w linii środkowej poruszają się oczy ku górze z ustawionemi równolegle osiami widzenia. Wśród drażnienia tylnej części wzgórka czworaczego przedniego poruszają się obie gałki oczne ku dołowi i wewnątrz. Równocześnie widoczne są ruchy tęczówki, a mianowicie wśród drażnienia pojawia się rozszerzenie źrenicy.

Christiani sądzi, że we wzgórku czworaczym przednim znajduje się ośrodek wydechowy (exspiracyjny).

Bernstein podaje, że głównym objawem podrażnienia wzgórków czworaczych jest drżenie gałek ocznych (*nystagmus*).

Trapieznikow (*Jahresbericht über Leistungen der Neurologie T. I. str. 151*) wykazał, że wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego u psa pojawia się akt połykania.

W końcu dodać muszę, że Danilewski, Ferrier, Laudert, Brunton etc. zauważyli wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego podwyższenie parcia krwi, zwolnienie akcyi serca i głęboki oddech.

Z przytoczonego piśmiennictwa okazuje się, że wśród elektrycznego podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego, różni autorowie spostrzegali rozmaitego rodzaju objawy i że ich zdaniem objawy te są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie bądźto nerwów czuciowych, bądź też włókien nerwu wzrokowego. (C. d. n.)

* * *

Z oddziału prof. A. Rosnera w szpitalu św. Łazarza.

II. Protargol jako środek zapobiegawczy przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków.

napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Wielka liczba ogłoszonych prac, że tylko wspomnimy niektóre z lat ostatnich, jak Grandclementa[1]), Sicherera[2]), Höcka[3]), Burchardta[4]), Güntza[5]), Keilmanna[6]), Zimmermana[7]), Pflügera[8]), Helfericha[9]) świadczy wymownie o niebezpieczeństwie, które zagraża wzrokowi wskutek ropnego zapalenia spojówki oka, jak również o usiłowaniach, przedsiębranych w celu zwalczenia tego cierpienia.

Według twierdzenia Fuchsa $^1/_{10}$ wszystkich ślepych Europy nabyła kalectwa wskutek ropnego zapalenia spojówki; obliczając liczbę ślepych w Europie na 300.000, będziemy mieć pokaźną cyfrę, bo blisko 30.000 ociemniałych wskutek braku, lub zastósowanego nie na czasie leczenia. Że z tej liczby znaczny bardzo odsetek przypadnie na nasz kraj, każdy to przyzna, znając niekorzystne warunki higieniczne, w których się rodzą u nas dzieci, zwłaszcza warstw roboczych, gdzie z jednej strony jest brak najprostszych wymagań czystości, z drugiej zaś brak zrozumienia i wiary w grożące dla wzroku dziecka niebezpieczeństwo.

Zakażenie spojówki podczas porodu powstaje albo przez dostanie się wydzieliny pochwowej wprost do worka spojówkowego podczas przechodzenia główki przez pochwę, albo wydzielina ta gromadzi się na powiekach, zwłaszcza w kąciku wewnętrznym i zakażenie następuje dopiero z chwilą pierwszego otwarcia powiek.

Zakażeniu temu ma zapobiegać choć w części postępowanie, nakazane przez ministerstwo spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministerstwem wyznań i oświaty, w rozporządzeniu z dnia 10-go września 1897 r., Dz. ust. państwa Nr. 216, którego ustęp 22. brzmi: „już podczas porodu winna akuszerka pamiętać o ochronie oczu noworodka, aby przy ich otwieraniu nie weisnęły się żadne nieczystości pomiędzy powieki“ — „zaraz po urodzeniu winna okolicę oczu oczyścić w sposób przepisany, a podany w podręczniku“. W myśl tego rozporządzenia mają akuszerki obowiązek obmyć oczka po raz pierwszy 3% roztworem kwasu borowego jeszcze przed ukończeniem porodu, to jest z chwilą przerżnięcia się główki przez szparę sromową, drugi raz po ukończeniu porodu.

Czy użyjemy roztworu kwasu borowego lub innego leku odkażającego, czy też obmyjemy oczka wodą przegotowaną, to zawsze całe działanie polegać będzie głównie na mechanicznem usunięciu tego, co się podczas porodu nagromadziło na powierzchni powiek. Tak więc obecnie obowiązujące rozporządzenie ma na celu tylko przestrzeganie czystości, skutkiem czego usuwa zakażenie tylko w tych przypadkach, w których wydzielina pochwy nie dostała się jeszcze do worka spojówkowego. Zważywszy jednak, że w 28 powiatach zachodniej Galicyi na 98.000 porodów, rocznie zaledwie 23.000, to jest 23·46% rodziło przy opiece położnych, to pozostanie olbrzymi odsetek, bo 76·54% dzieci, u których wogóle nic się nie robiło dla uchronienia spojówek od zakażenia. W pozostałych 23·46% tylko w nieznacznej części przypadków położne przypomną sobie przepis i będą miały tyle zimnej krwi, ażeby już bezpośrednio po urodzeniu się główki, a więc przed otwarciem oczu, uczynić zadość logicznemu zresztą przepisowi. Drugą również ważną przyczyną jest nierozumienie niebezpieczeństwa, jakie z chwilą pojawienia się zapalenia spojówki zagraża wzrokowi dziecka. Zazwyczaj w tych przypadkach matki same przemywają oczka najrozmaitszymi płynami domowymi, jak rumiankiem, herbatą, pokarmem. Gepner wspomina nawet o przypadku, gdzie przemywano oczka moczem. W niektórych krajach, aby pouczyć ogół o niebezpieczeństwie tego cierpienia, rozdają odpowiednie broszurki; w Szwajcaryi wręczają taką broszurkę nowożeńcom.

Chcąc chociaż w tych przypadkach, w których przy porodzie znajdują się położne, — a miejmy nadzieję, że wobec zrozumienia własnego interesu przez społeczeństwo, a w pierwszym rzędzie przez rady powiatowe, w niedługim czasie i u nas wszystkie kobiety rodzić będą pod opieką położnych, —

---

[1]) Grundclement: Blennorrhoea neonatorum (*Provin. med.*).

[2]) Sicherer: Quecksilberoxyd zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum. (*Münch. med. Woch.*).

[3]) Höck: Die rationelle Behandlung der acuten Ophthalmoblennorrhoea. (*Pest. med. chir. Presse*).

[4]) Burchardt: Die Behandlung des Tripperaugenflusses. (*Cent. f. Aug*).

[5]) Güntz: Die Verhütung und Behandlung der blennorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen.

[6]) Keilmann: Erfahrungen über die Verhütung der Blennorrhoea neonatorum.

[7]) Zimmerman: Gegenwärtiger Stand de prophylaxe und Therapie der Blennorrhoea neonatorum. (*Med. Würtemb. Corresp.*).

[8]) Pflüger: Zur Therapie der Blennorrhoea neonatorum. (*Corrp. f. Schweitz. Arzt*).

[9]) Helferich: Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.

aby więc choć w tych przypadkach uchronić oczy noworodka przed ropnem zapaleniem spojówek, pojawiły się liczne głosy, wykazujące niedostateczność dotychczasowego postępowania. I tak Silex[1]) domaga się, aby istniały osobne odpowiednie przepisy dla położnych, któreby ich o ważności tego cierpienia pouczały; Gepner[2]) żąda, aby położne, obowiązane były w każdym przypadku ropnego zapalenia spojówek zażądać natychmiastowej pomocy lekarskiej, nadto, aby były odpowiedzialne za każde wykryte niezachowanie tego przepisu. Howe[3]) powołuje się na rozporządzenie, obowiązujące w stanie New Jork, mocą którego położna obowiązana jest w przeciągu 6-ciu godzin od chwili wystąpienia objawów zapalnych donieść urzędnikowi sanitarnemu albo lekarzowi, a w razie zaniedbania karaną bywa grzywną 100 dolarów, albo karą 6-cio-miesięcznego więzienia, względnie obu karami na raz.

Rozporządzenie, obowiązujące w Austryi, a wyżej wspomniane, opiewa, że „położna powinna zażądać zbadania lekarskiego. Jeżeli krewni chorego dziecięcia nie wezwą lekarza, wtedy położna jest obowiązaną donieść jak najrychlej zwierzchności gminnej o tej zaraźliwej chorobie“. — Tak więc ustawa austryacka nie nakazuje donieść o cierpieniu lekarzowi, tylko zwierzchności gminnej; pomijając już to, że kompetencya tej zwierzchności jest bardzo wątpliwą i że zwierzchność ta, to jest po wsiach wójt, nie stoi umysłowo wyżej od interesowanej rodziny i najczęściej, co do leczenia chorób, te same wyznaje przesądy, to zaznaczyć musimy, że nim zwierzchność doniesie o tem cierpieniu odpowiedniemu lekarzowi i nim dziecku udzielona zostanie odpowiednia pomoc, upłynie kilka, a nawet kilkanaście dni czasu i pomoc lekarska przybędzie z pewnością za późno.

Rozliczne sposoby leczenia, wydawanie odpowiednich przepisów co do przestrzegania czystości i odpowiedniego pouczenia położnych nie usuwają tego groźnego, a niestety dosyć częstego cierpienia, gdyż wszystko to nie daje nam pewności, że nie nastąpiło zakażenie worka spojówkowego, nie usuwając zaś przyczyny, nie usuwa samego cierpienia.

Zapuszczanie zapobiegawcze azotanu srebrowego, wprowadzone przez Credégo, usuwa przyczynę, to też odsetek ropnego zapalenia spojówek z 10·8 zmalał na 0·1, lecz stało się to tylko w zakładach, a przecież zaledwie 1% dzieci rodzi się w zakładach, ogół więc jest jak dawniej na cierpienie to narażony. Glaser[4]) zebrawszy statystykę w Danii i Prusach z roku 1895, 1896 i 1897, przekonał się, że liczba ociemniałych wskutek ropnego zapalenia spojówek, mimo zaprowadzenia metody Credégo, nie wiele się zmniejszyła, a to dla tego, że metoda ta nie ma ogólnego zastósowania. Zdaniem jego, jak również i Köstlina[5]), tylko wtedy możemy uratować wzrok, jeżeli polecimy wykonywanie metody Credego położnym nawet w tym przypadku, gdyby technika tego zabiegu nie trzymała się ściśle przepisów lekarskich. Sposobu Credego ustawa austryacka nie pozwala zastósowywać położnym; ustawodawca zdaje się nie chciał oddawać w ręce nieodpowiednie leku tak silnie działającego, nadto prawdopodobnie i dla tego, że sam sposób zastósowania byłby dla znacznej liczby położnych za trudny. Według przepisu Credego: „należy otworzyć dwoma palcami oczy dziecka, każde z osobna i za pomocą pałeczki wpuścić do niego jednę, nie więcej, kroplę 2% roztworu azotanu srebrowego. Poza tem oczami dziecka nie należy się więcej zajmować, a przedewszystkiem nie należy powtarzać wkraplań roztworu kamienia piekielnego w ciągu następnych 24—36 godzin, choćby wystąpiło zaczerwienienie lub obrzmienie powiek i ukazała się wydzielina“. Nie ulega wątpliwości, że technika ta nie jest łatwą, że wpuszczanie jednej i tylko jednej kropli za pomocą pałeczki musi być robione z nieznacznej odległości i że niewprawna położna może uszkodzić, a w każdym razie będzie się obawiała, ażeby nie uszkodzić oka noworodka. (Dok. nast.)

[1]) Silex: Statistisches über die Blennorrhoen der Neugeborenen. (*Zeit. f. Geb. u. Gynek.*).

[2]) Gepner: W sprawie ropnego zapalenia łącznicy noworodków. (*Medycyna*).

[3]) Howe: Gesetz zur Verhütung von Blindheit. (*Wiener Wochen.*).

[4]) Glaeser: Ueber die Augeneiterung der Neugeborenen in Danzig und Westpreussen und die Mittel zu ihrer Verhütung.

[5]) Köstlin: Werth der Crede'schen Methode zur Verhütung der Ophthalmoblennorhoea neonatorum und ihre allgemeine Einführbarkeit (*Arch. f. Geb. u. Gyn.*).

III. Przypadek rany postrzałowej nerki prawej.

Podał
Dr. Edward Zieliński
z Nowego Sącza.

Dnia 14 października 1898 r. przywieziono ze Szczawnicy do szpitala w Nowym Sączu Maryę Słowik, lat 16 liczącą, wyznania rzym. kat., stanu wolnego. Ojciec jej podaje, że jeden z drużbów, strzelając podczas wesela w Szczawnicy na wiwat z rewolweru, wypalił tak nieszczęśliwie, że trafił swoją druchnę Maryę w prawą okolicę lędźwiową. Po strzale raniona upadła na ziemię i zemdlała. Strzał paść miał z odległości kilkunastu kroków, gdyż rana postrzałowa posiadała cechy rany powstałej od narzędzia tępego, podczas gdy rana postrzałowa z pobliża, jak wiadomo, ma inne cechy znamienne: najbliższe bowiem otoczenie jej jest zazwyczaj zwęglone, czarne; dalej znajduje się smuga czarna, pochodząca od sadzy, wreszcie smuga czarno kropkowana — od wbitych w skórę, a niespalonych jeszcze ziarn prochu.

Przywołany na miejsce wypadku Dr. Kołaczkowski, po założeniu odpowiedniego opatrunku antyseptycznego, zarządził odwiezienie chorej do szpitala w Nowym Sączu, gdzie ojciec chorej i ona sama zgodzili się na proponowany zabieg operacyjny.

Stan obecny: Dziewczyna wzrostu średniego i wątłej budowy ciała. Blade powłoki skórne świadczą o znacznym stopniu ostrej niedokrewności. Tętno drobne, miękie, nieco przyspieszone. Stan bezgorączkowy. Chora jest apatyczna i bardzo osłabiona, uskarża się na znaczny ból w okolicy lędźwiowej prawej, — przechodzący aż do brzucha, oraz na ogólne osłabienie i mdłości. Zupełnie jednak przytomna i zdaje sobie dokładnie ze wszystkiego sprawę. Badanie jamy brzusznej nie wykazuje nic takiego, coby przemawiało za obrażeniem trzew, lub choćby podrażnieniem otrzewnej. Brak wzdęcia brzucha, bolesności wreszcie wymiotów; tylko przy silniejszym ucisku na okolicę prawą brzucha chora skarży się na ból.

W innych narządach nie znaleziono również nic nieprawidłowego. Natomiast w skórze, w okolicy lędźwiowej prawej, na 10 ctm. od kręgosłupa, a na 2 ctm. poniżej łuku, znajduje się ranka mała, okrągła, o brzegach nierównych, zeschłym skrzepem krwi pokryta. Cała okolica lędźwiowa nieco obrzękła i bolesna; zresztą żadnego innego obrażenia stwierdzić nie można. Ponieważ zaś z wywiadów było rzeczą znaną i pewną, że chora otrzymała postrzał, więc ten otwór był miejscem,

przez które kula weszła. Brak drugiego otworu przemawiał za tem, że kula tkwi w ciele ranionej.

Mocz robi wrażenie krwi rozcieńczonej. Badanie drobnowidowe wykazuje, obok zwykłych składników, bardzo wielką ilość ciałek czerwonych i białych krwi.

Rozpoznanie w danym przypadku nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z raną postrzałową nerki prawej, a objawy coraz bardziej postępującej niedokrwności, jak mdłości, zawroty głowy, coraz większe osłabienie i coraz bledsze zabarwienie powłok skórnych, nagliły do zabiegu operacyjnego, wskazując na powolny, lecz stale się zwiększający, upływ krwi. Tego więc samego dnia popołudniu przystąpiłem do operacyi przy pomocy Drów Ameisena i Płochockiego, którym na tem miejscu niech mi będzie wolno podziękować.

Cięcie skórne poprowadziłem od zewnętrznego brzegu mięśnia krzyżo-lędźwiowego (*m. sacro-lumbalis*) na jakie 8 ctm. od wyrostka ościstego, na dolnym brzegu 11-go żebra, półkolisto na dół, mniej więcej do połowy odległości między dolnym brzegiem 12-go żebra a grzebieniem kości biodrowej. Od dolnego brzegu 12-go żebra szedłem warstwowo coraz głębiej, najpierw więc naciąłem dolny brzeg mięśnia szerokiego grzbietu (*m. latissimus dorsi*), następnie blaszkę zewnętrzną powięzi lędźwiowo-grzbietowej (*fascia lumbo-dorsalis*), potem, dla lepszego przystępu, odciągnąłem hakiem tępym zewnętrzny brzeg mięśnia krzyżo-lędźwiowego w kierunku do kręgosłupa, a po nacięciu blaszki wewnętrznej powięzi lędźwiowo-grzbietowej, naciąłem poprzecznie m. czworokątny lędźwi (*mus. quadratus lumborum*), chwytając przytem szczypczykami pojedyncze naczynia krwawiące. Po nacięciu m. czworokątnego lędźwi, okazała się torebka tłuszczowa nerki krwią podbiegła. W tem miejscu przerwałem operacyę, aby uwolnić szczypczyki i podwiązać naczynia. Następnie na tępo oddzieliłem torebkę tłuszczową i teraz dokładnie mogłem zbadać istniejące stosunki. Okazało się, że około nerki znajduje się duża jama, wypełniona skrzepami krwi; skrzepów tych wydobyłem kilka garści, poczem pokazała się płynna krew; uwolniwszy nerkę z torebki, a zwłaszcza jej górny odcinek, który znajdował się pod łukiem żebrowym, wydobyłem ostrożnie nerkę na zewnątrz pola operacyjnego. Nerka na swym brzegu owalnym, mniej więcej w środku, posiadała otwór, z którego sączyła się krew; drugi otwór nieco wiekszy znajdował się w miedniczce nerki, z którego wydobywała się krew znacznie silniej. Ponieważ nerka była tak przestrzelona, że miąższ jej w środku był zniszczony, prócz tego przypuszczałem uszkodzenie jednego z większych naczyń żylnych, nie tracąc więc czasu, gdyż krwawienie było dość znaczne, podzieliłem cały pakiet naczyń i moczowód na dwie części i podwiązałem silnym jedwabiem możliwie najniżej.

Następnie obciąłem nożyczkami krzywemi powierzchowne warstwy nerki, tuż przy miedniczce nerkowej, żeby podwiązka nie spełzła. Krwawienie po podwiązaniu ustało. Ranę jeszcze dokładniej oczyściłem ze skrzepów, a gdy się przekonałem, że otrzewna jest zupełnie nienaruszoną, przeszukałem jeszcze, czy nie natrafię gdzie na kulę, jednak jej nigdzie znaleść nie mogłem; utkwić musiała gdzieś przy kręgosłupie.

Mając na względzie, że chora, z powodu znacznego upływu krwi, była bardzo niedokrewna, bałem się przedłużać zbytnio uśpienia w celu wydobycia kuli i wytamponowałem ranę wyjałowioną gazą. Cięcie skórne od góry zwęziłem kilkoma szwami jedwabnymi i założyłem opatrunek antyseptyczny.

Jak wyżej wspomniałem, bałem się zesunięcia lub obluzowania się podwiązki, gdyż podwiązując w głębi, nie zawsze można dokładnie dociągnąć, dlatego, nieobcinając jedwabiu, wypuściłem go na zewnątrz rany, aby w razie krwawienia można było się nim oryentować, gdyż zostawiwszy powierzchowne części nerki, do zupełnego spełznięcia jedwabiu przyjść niemogło.

Nerkę wyjętą zbadałem i przekonałem się, że miąższ jej w środku był z powodu postrzału tak znacznie zniszczony, że nerka podzielona została na dwa odcinki: górny i dolny; ściany bowiem boczne przewodu postrzałowego były bardzo cienkie.

Stan pooperacyjny był następujący:

15. X. 1898. — Stan bezgorączkowy. Chora zupełnie spokojna i przytomna, nie skarży się na żadne boleści, tylko ma znaczne pragnienie.

16. X. 1898. Ciepłota rano 37·5 C. Zmiana opatrunku. Część setonu z gazy wyjałowionej wyjęto i obcięto, resztę zostawiono i założono opatrunek antyseptyczny. Wieczorem gorączka 38°C.

17. X. 1898. Ciepłota rano 37·7 C., wieczorem 39° C. Chora jednak spokojna i nie skarży się na żadne dolegliwości.

18. X. 1898. Rano ciepłota 37·5°C. Opatrunek przesiąkł wydzieliną, więc zmieniono go, nie wyjmując jeszcze zupełnie pierwotnego setonu. Z powodu biegunki podano makowiec.

19. X. 1898. Stan bezgorączkowy.

Zmiana opatrunku co trzeci dzień. Zaraz na drugi dzień po operacyi mocz się nieco wyjaśnił, zabarwienie krwawe utrzymywało się jednak przez 4 dni. Badanie drobnowidowe wykazywało coraz mniej składników krwi.

W 8 dni po operacyi oddzieliła się podwiązka z powierzchownemi częściami zgorzelinowemi nerki i miedniczki nerkowej. Odtąd wydzieliny coraz mniej, rana szybko wypełnia się ziarniną, opatrunki coraz rzadziej zmieniane. Stan ogólny poprawia się z dnia na dzień tak, że po dwóch tygodniach chora zaczęła siadać na łóżku; po upływie 4 tygodni już się przechadzała, a w dniu 1 grudnia 1898, a więc w 6 tygodni, jako zupełnie uleczona, z nieznacznym tylko stopniem niedokrewności opuściła szpital, udając się do Szczawnicy, swego miejsca zamieszkania. (Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ludwik Piskaček: **Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammencurses.** Wydanie W. Braumüllera. Lipsk-Wiedeń, 1899.

Jest to drugie wydanie podręcznika, które pojawia się w trzy lata po pierwszem. Zalety tej książki sprawiły, że w krótkim czasie, bo w przeciągu lat trzech, stała się szkolnym podręcznikiem prawie we wszystkich austryackich szkołach położnych z niemieckim językiem wykładowym. W drugiem wydaniu uwzględnił autor nowe przepisy dla położnych, wydane przez Ministerstwo Oświaty we wrześniu 1897 roku, tak, że nie ulega wątpliwości, że i nadal podręcznik ten będzie w ręku każdej niemieckiej położnej w państwie austryackiem.

Porównywując książkę tę z innemi, w tym samym celu napisanemi, uderza przedewszystkiem jej zwięzłość. Autor wychodził widocznie z założenia, że położna uczyć się może przedmiotu tylko w szkole przy łóżku ciężarnej, rodzącej lub położnicy, względnie na wykładzie teoretycznym, książka zaś jest tylko czemś pomocniczem, dodatkowem. Ta zwięzłość jest zaletą, w niektórych jednak ustępach i wadą podręcznika. Tak n. p. w §§ 226—228, gdzie mowa o poronieniu, położył autor, zdaniem mojem, nie chcąc odstąpić od zasadniczej zwięzłości, zamały nacisk na różnicę między grożącem poronieniem, a poronieniem w toku będącem, przez co otwarł pole do nadmiernej czynności nawet w tych przypadkach, które właśnie wymagają wstrzymania się od wszelkiego czynnego leczenia. W § 228 radzi autor w początku krwawienia podczas ciąży spokój, w razie zaś, gdyby się krwawienie powtórzyło, przestrzykanie pochwy 1% roztworem

lysolu o 15° C. Dopiero gdyby i to nie pomogło, należy wezwać lekarza. Ten przepis stoi, zdaniem mojem, w sprzeczności z ogólnie przyjętem zapatrywaniem, że położna zajmować się może leczeniem nieprawidłowości ciąży lub porodu tylko wtedy, jeśli one nie mają wielkiego znaczenia i nie grożą niczem matce ani dziecku, lub jeśli jest *periculum in mora*, a pomoc lekarska się opaźnia. Tymczasem od postępowania w pierwszych chwilach grożącego poronienia zależy często los ciąży i przyszłe zdrowie pacyentki i właśnie w tych przypadkach, zdaniem mojem, pomoc lekarska nie powinna przybywać zapóźno.

Drugą cechą tego podręcznika jest logiczny rozkład przedmiotu; jest on wynikiem wybitnego talentu pedagogicznego autora. Pojęcia wstępne o drobnoustrojach, o czystości w znaczeniu aseptyki, dalej elementarne pojęcia o znaczeniu rozczynu, o procentowości rozczynu, o wagach i miarach, o ciepłomierzu i ciepłocie ciała ludzkiego, dalej geometryczne pojęcia o kole, średnicy, trójkącie i t. d. — są nieocenione i dowodzą, że liniecki profesor przekonał się, jak trudno uczyć położnictwa osoby, niemające dobrego pojęcia o tych właśnie elementach.

Trzecią wielką zaletą książki Piskačka jest silny nacisk, położony na czystość i aseptykę, przeprowadzony konsekwentnie przez wszystkie ustępy podręcznika.

Wreszcie podnieść trzeba doskonałe ryciny. W książce o 226 stronicach jest ich 95. Są to po większej części rysunki szematyczne, łatwo się tłómaczące, oprócz nich jednak są fotografie, ilustrujące badanie zewnętrzne i wewnętrzne, oraz podpieranie międzykrocza, które mogłyby być ozdobą każdego wielkiego naukowego dzieła, traktującego o położnictwie.

Podręcznik Piskačka, dzięki tym wybitnym zaletom, doczeka się zapewne wielu wydań i będzie doskonałym pomocnikiem uczennicy położnictwa i poradnikiem położnej w niemieckich krajach monarchii austryackiej.

Prof. Dr. Rosner.

V. Wyciągi.

B. Stiller: **Znajomość enteroptozy i nerwowej dyspepsyi na tle piętna żebrowego.** (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1899: Nr. 34—36). Autor przed 2 laty pierwszy zwrócił uwagę na szczególny objaw, stwierdzany w przeważnej liczbie przypadków opadnięcia trzew *(enteroptosis)* i nazwał go znamieniem żebrowem *(stigma costale)*. Polega on na ruchomości żebra 10-go *(costa fluctuans)*, które zachowuje się wtedy jak żebro 11 i 12, tj. nie jest połączone chrząstką z łukiem żebrowym. Rozróżnia St. dwa główne stopnie żebra ruchomego: w pierwszym część kostna żebra 10-tego jest tylko zakończona cieniutką warstwą chrząstki, często przy tym stopniu i chrząstka żebra 9 jest nieco ruchomą; w drugim stopniu żebro 10 jest wybitnie ruchome, część chrzęstna dobrze rozwinięta lub tylko nieznacznie skrócona i wolno się kończy; ta postać jest najczęstszą. Nieprawidłowość ta jest wrodzoną, a towarzyszy jej często pewien właściwy typ budowy ustroju, jak: wątły kościec, długa klatka piersiowa, cienkie mięśnie, słabo rozwinięta podściółka tłuszczowa, wzmożone odruchy kolanowe i wogóle mało odporny układ nerwowy.

Pod nazwą opadnięcia trzew *(enteroptosis)* rozumie autor opadnięcie żołądka, poprzecznicy, jelita cienkiego, prawej albo obu nerek, rzadziej wątroby a jeszcze rzadziej śledziony, jako następstwo zwiotczenia zdwojenia otrzewnowego, podtrzymującego te narządy; obraz tego zwiotczenia brzusznego uzupełniają zmiany w położeniu macicy. Opadnięcie trzew może dotyczyć jednego lub więcej ze wspomnianych narządów, w większym lub mniejszym stopniu. Rozwija się ono niepostrzeżenie, zwolna, zawsze w wieku młodzieńczym, rzadziej w dziecięcym, a jeszcze rzadziej w wieku dojrzałym. Polega na wrodzonej, prawdopodobnie odziedziczonej podstawie, objawiającej się wrażliwością i osłabieniem ośrodkowego oraz trawieńcowego układu nerwowego, a wątła ogólna budowa i ruchome 10 żebro są jej widomem znamieniem rozpoznawczem. Autor nie podziela zdania Glénarda, który przyczyny opadnięcia trzew dopatruje się w wpływach przyrody urazowo-mechanicznej; przemieszczenie anatomiczne narządów nie jest źródłem dolegliwości chorych, lecz tylko odziedziczona trawienna niedomoga nerwowa (dyspeptyczna neurastenia), na którą wychowanie i sposób zajęcia różny wpływ wywiera. Trudne trawienie *(dyspepsia)* nie wywołuje niedomogi nerwowej, co najwyżej może ją potęgować, a ustępuje w wieku późniejszym wtedy, gdy zazwyczaj zaczynają słabnąć objawy niedomogi nerwowej. —

Stopień nieprawidłości żebra 10 i jego ruchomości świadczy o większym lub mniejszym stopniu dyspeptycznej niedomogi nerwowej i towarzyszącem jej obniżeniu trzew. Ruchomość i nieprawidłowość 10 żebra są niekiedy wybitniejszemi po jednej, niż po drugiej stronie.

Znalezienie takiego „stigma costale“ u dziecka stawi go w rzędzie przyszłych neurasteników z objawami trudnego trawienia, dyspepsyi i obniżenia trzew (enteroptozy).

Te niezliczne przypadki, w których pod korzystnym wpływem zewnętrznych i wewnętrznych okoliczności nie rozwinęła się choroba pomimo znamienia żebrowego, noszą zawsze w sobie, przy silnej nieraz budowie ciała, ukryty zarodek zboczeń w narządzie pokarmowym *(forme larvée)*. U nich mianowicie, już nieraz małe przygodne powody, jak ostry nieżyt żołądka, lub jelit, tasiemiec, przemęczenie, są w stanie wywołać niestosunkowo szybki i bardzo znaczny upadek odżywienia, energii nerwowej, najwyższe stopnie podostrej niestrawnościowej niedomogi nerwowej (dyspeptycznej neurastenii) i utratę na wadze 20—30 klgr. Tylko znalezienie znamienia żebrowego wyjaśnia nam te objawy.

Przeważająca liczba przypadków, które dotąd oznaczano jako nerwową trudność trawienną (dyspepsyę), należy przez rozpoznanie znamienia żebrowego i obniżenia trzew, podciągnąć pod miano „enteroptozy“; jest ona bowiem prawie identyczną z nerwową niestrawnością (dyspepsyą). Tylko mała część zaburzeń nerwowych ze strony narządu pokarmowego nie wchodzi do tej gromady, jak w histeryi, stanach chorobowych w narządzie rodnym kobiet, niedokrewności, przemęczeniu umysłowem, nadużyciach płciowych, nadmiernem paleniu tytoniu, nadużywaniu picia herbaty i kawy. —

Zboczenia nerwowe nie ograniczają się tylko wyłącznie do zakresu czucia; także czynność wydzielnicza i ruchowa, a prawdopodobnie i chłonna, żołądka ulega ich wpływom. — Niedomoga (atonia) żołądka, a nie nerka ruchoma, jak utrzymują Kuttner i Dyer, jest najwcześniejszym a często jedynym objawem niestrawności (dyspepsyi), polegającej na tle nerwowem i opadnięciu trzew (enteroptozie) i prowadzi do najczęstszej postaci rozstrzeni ze zwiotczenia (atonicznej) żołądka. Cechuje ją pluskanie w żołądku już przy bardzo małej ilości płynu, które nie występuje nawet na szczycie trawienia w żołądku prawidłowym. Rozstrzeń oraz zaleganie treści wykrywa zmiana odgłosu wypukowego żołądka przy zmianie położenia, chełbotanie (Oser), a najpewniej badanie zgłębnikiem (sondą) na czczo. —

Zaburzenie wydzielnicze objawia się zwykle nadmierną kwasotą podczas trawienia, które przejść może w trwały sokotok żołądkowy. Rozstrzeń żołądka i nadmierne wydzielanie soku mogą być ciężkiem następstwem pierwotnie czysto nerwowych zaburzeń przy opadnięciu trzew. —

Zaburzenia nerwowe, które mają swe źródło nietylko w ośrodkowym układzie nerwowym, ale i w n. spółczulnym, wywołują również zwątlenie (atonię) jelit, prowadzące do zaparcia stolca. Pierwotne nawykowe zaparcie stolca (Nothnagel) polega w przeważnej liczbie przypadków na tle opadnięcia trzew, a zawsze wtedy, gdy dotyczy ludzi młodych. W przebiegu tej choroby cierpią prawdopodobnie wszystkie gruczoły trawieńcowe, występują zaburzenia w zdolności jelit do chłonienia i przyswajania i często znacznego stopnia

zaburzenia w odżywieniu na tej tylko drodze wytłómaczyć można. Przemieszczenie poprzecznicy i jelita esowatego nie może wywołać zwężenia ich światła a tem samem zaburzeń w krążeniu treści.

Dolegliwości ze strony nerki ruchomej nie są częste; na 2000 przyp. autora nerki ruchomej zaledwie kilka razy nerka była ich przyczyną. Tylko te przypadki chorobowe należy odnieść z pewnem prawdopodobieństwem do nerki, gdzie w ułożeniu na wznak dolegliwości natychmiast ustępują, lub gdy nerka leży bardzo nizko w jamie brzusznej i tu jest unieruchomiona. Korzystne nieraz działanie opasek nerkowych zależy raczej od działania na przewód pokarmowy, jako wywołujący zaburzenia. Przyszycie nerki poprawić może nieco podmiotowe uczucie chorego, działając więcej wpływem psychicznym i powinno być wykonywane tylko w przypadkach zaciskania przez zagięcie moczowodu lub naczyń, bo wtedy leczy, usuwając trwale niebezpieczne objawy.

Opadnięcie wątroby i śledziony rzadko dosięga takiego stopnia, by sprowadzić mogło objawy chorobowe.

Opadnięcie trzew występuje tylko w 10—15%, mniej często u mężczyzn, niż u kobiet; dowodzi to, jak małą odgrywają rolę przyczynową sznurówki, paski, oraz przebyte porody. —

Objaw żebrowy znaleźć czasem można u suchotników, bledniczych i histeryczek, lecz cierpią oni wtedy na trawienną niedomogę nerwową i okazują obrazy opadnięcia jelit. Rasa żydowska częściej zapada niż inne.

Opadnięcie trzew *(enteroptosis)* jest więc ściśle określoną, ustrojową, często odziedziczoną, sprawą chorobową i może przedstawiać rozmaite stopnie, a znamię żebrowe łatwo ją pozwala wykryć. Znamię to nie należy uogólniać na niedomogę nerwową w szerokiem tego słowa znaczeniu, odnosi się ono tylko do niedomogi z objawami trudnego trawienia (dyspepsyi) i obniżenia trzew; znane są liczne przypadki ciężkiej niedomogi rdzeniowo-mózgowej, które nie okazują objawu żebrowego. —

Obok tej pierwotnej postaci opadnięcia trzew, przyjmuje autor i drugą nabytą, o wiele rzadszą, która powstać może skutkiem długotrwałych urazowych wpływów, zrostów otrzewnowych, ograniczonych spraw zapalnych, rzadziej urazów. Tu rozchodzi się zwykle o częściowe obniżenie kilku lub tylko pojedynczego narządu; zwykle znajdujemy powiększoną ruchomą wątrobę, lewą nerkę, przesunięcie i przemieszczenie poprzecznicy jelita esowatego. Towarzyszące czynnościowe objawy chorobowe są albo miejscowe, albo wcale ich niema.

Tu zaliczyć należy także postać nabytą, opisaną przez Landaua, występującą po licznych porodach, z opadnięciem brzucha, z prawą lub obustronną nerką ruchomą, obniżeniem i rozstrzenia żołądka, oraz z zaburzeniami nerwowemi ze strony żołądka, które czasami mogą dawać zupełny obraz wrodzonego obniżenia trzew. Uwzględniając jednak tę okoliczność, że nie tak często występują wspomniane objawy u kobiet po licznych porodach, że u innych natomiast znaleźć je można już po 1 lub 2 ciąży, przychodzi autor do wniosku, że i w tych przypadkach możnaby zapewne przy badaniu znaleźć znamię żebrowe. Bardzo rzadkie stany wrodzonego zupełnego opadnięcia trzew bez objawu żebrowego, które powstają po przepracowaniu się, troskach, wszelkiego rodzaju nadużyciach, na tle nabytej niedokrewności, nerwowej dyspepsyi, wychudnięcia, należy prawdopodobnie także podejrzywać o pewne usposobienie wrodzone. —

Dr. Rencki.

Dr. M. Roszkowski. (Z zakładu Dra J. Bączkiewicza dla dzieci). **O odkażaniu przewodu pokarmowego u dzieci nadtlenkiem wapna.** *(Gazeta lekarska* Nr. 30, 1899). Nadtlenek wapna *(calcium hyperoxydatum)* CaO_2 przedstawia się jako proszek biało-żółtawy, nierozpuszczalny w wodzie, o smaku osuszającym. Prof. Nencki, opierając się na fakcie, że kiszki cienkie zawierają mało tlenu, a kiszki grube prawie wcale go nie zawierają i że tlen *in statu nascendi* posiada wybitne własności odkażające, wprowadził nowy przetwór dla odkażania kiszek, a mianowicie wspomniany nadtlenek wapna, który, dostawszy się do przewodu pokarmowego w różnych jego odcinkach, wydziela wolny tlen. Do określenia tlenu w CaO_2 jest sposób, opisany przez Armanda Bertranda *(Bulletin de la Sociète chimique de Paris* T. XXXIII. p. 148); Fabryka Heydena pod Drezdnem przygotowuje obecnie taki nadtlenek wapna, nadawszy mu miano gorit, który zawiera w 1 gramie CaO_2 90 centymetrów sześciennych tlenu. Autor opisuje 35 przypadków, spostrzeganych przedewszystkiem u dzieci, cierpiących na niestrawność kwaśną *(dyspepsia acida)*, gdzie już ze stanowiska teoretycznego nadtlenek wodoru, względnie tlen, działa odkażająco i powstrzymuje kiśnienie; z drugiej strony samo wapno powinno zobojętniać nadmiar kwasów. Autor podawał ten lek u osesków w dawkach dziennych, odpowiadających liczbie miesięcy ich życia, zaś u starszych dochodził najwyżej do 1,5 dziennie. Przeciętnie w trzech dniach, przy podawaniu tego środka i uregulowaniu dyety, następowała widoczna poprawa. Ubocznych objawów autor nie stwierdził żadnych. Lek ten działał tylko wtedy, jeżeli skład jego był niezmienny, gdy był czysty i zawierał przy rozłożeniu 88—90 cnt. sześciennych tlenu w 1 gramie CaO_2.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. Saks Józef. **Przyczynek do cucenia pozornie zmarłych noworodków zapomocą metody Labordea.** *(Medycyna* Nr. 31, 1899). Metoda Schultzego stósowana w głębokiem omdleniu, a więc nawet w zamartwicy sinicowej *(asphyxia livida)*, czyni zadość trzem wymaganiom: 1) uwalnia drogi oddechowe od ciał obcych, które się tam przedostały podczas oddechu przedwczesnego płodu w łonie matki; 2) doskonale wytwarza sztuczny oddech; 3) bardzo dodatnio wpływa na krążenie krwi noworodka.

Metoda ta jednak posiada niektóre, niedające się usunąć braki: wymaga pewnej techniki, często dla akuszerek nieprzystępnej i jest uciążliwa dla wykonującego ją. Jest zaś niewykonalna w praktyce u biednych, ze względu na nizkość suteren lub poddaszy, zaś szkodliwą jest przy złamaniach obojczyka lub którejś kończyny, a u przedwcześnie zrodzonych metoda ta nie daje dobrych wyników.

Metoda Labordea, w technice bardzo łatwa, polega na rytmicznem pociąganiu języka, wykonywanem zapomocą dwóch palców, owiniętych w kawałek gazy, w tempie oddechowem, t. j. do 20 pociągnięć na minutę; nie jest nużąca, zawsze wykonalną, nie oziębia noworodka, który może przez cały czas leżeć w kąpieli ciepłej, przyczem jednocześnie bardzo łatwo można śledzić działalność serca. Metoda ta Labordea w przypadkach przedwczesnych ruchów oddechowych w łonie matki nie uwalnia dróg oddechowych od ciał obcych; należy więc w odpowiednim przypadku oczyścić przedewszystkiem drogi oddechowe od ciał obcych, a następnie dopiero stósować opisany sposób. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Rieder H. prof. i Rosenthal Józ. Dr. fil. **Błyskawiczne zdjęcia Roentgenowskie klatki piersiowej.** (Tymczasowe doniesienie). *(München. med. Wochenschrift* 1899, Nr. 32). Jak wiadomo, dotychczas można było otrzymać ostro zarysowane zdjęcia Roentgenowskie klatki piersiowej i narządów w niej pomieszczonych tylko na zwłokach, kiedy z żywego człowieka nie dało się tego uzyskać w żaden sposób, gdyż zdjęcia są czasowe, trwają wcale długo, a przez czas ekspozycyi płyty nie podobna wstrzymać oddechu lub bicia serca.

Dlatego też wszelkie wysiłki techniki roentgenograficznej zmierzały oddawna do skrócenia czasu potrzebnego do naświetlenia płyty. Dotąd jednak czasu tego niepodobna było skrócić do tego stopnia, żeby można zrobić tak zwane zdjęcie błyskawiczne. Otóż powiodło się to autorom po wielu próbach. Obecnie robią oni zdjęcia błyskawiczne, bo w ułamkach sekundy, a dostają obrazy zupełnie ostre i dobrze wyeksponowane. Na zdjęciach tych zarysy serca i przepony mają być zupełnie ostre, a także małe zmiany w płucach wychodzą wyraźnie, których to zmian dotąd nie podobna było dostrzedz na roentgenogramach, gdyż przesuwając się razem z płucem przy oddechaniu dawały zamazane odbicie.

Ponieważ czas ekspozycyi jest tak krótki, można robić zdjęcia w okamgnieniu, gdy chory stoi lub siedzi, przykładając poprostu skrzyneczkę z płytą do jego ciała. Nie trzeba też chorego układać na łóżku do roentgenografowania albo trzymać go w męczącej postawie stojącej.

Autorowie kończą wyrażeniem nadziei, że jak fotografia błyskawiczna odkryła nowe zjawiska w ruchach, n. p. w locie ptaka, tak samo roentgenografia błyskawiczna otworzy nowe pole odkryć w dziedzinie fizyologii i patologii wewnętrznych narządów ciała ludzkiego. Bliższe szczegóły oraz próby zdjęć ogłoszą autorowie później.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

E. Fuchs: **Przyczynek do nauki o powstawaniu, obecności i znaczeniu komorek eozynochłonnych ze szczególnem uwzględnieniem plwociny.** (*Deut. Arch. f. klin. Med.* T. 63 1899:). Zdaniem autora nie należy uważać szpiku kostnego za narząd do wytwarzania komórek eozynochłonnych (Ehrlich). Mogą one powstawać nietylko w krwi samej (M. Schulze), ale we wszystkich tkaninach i narządach i dlatego wszędzie znaleść je można. Tworzenie ich nie jest jednolite; powstają one tak z ziarniny neutrofilnej, jak i przez pewien rodzaj fagocytozy ze zmienionych ciałek czerwonych. Zdanie to opiera F. na wynikach badania plwocin krwawych; pochodzących z zapalenia płuc, zawału krwawego i z krwawienia urazowego, gdzie w komórkach neutrofilnych znajdował grubą ziarnistość, która stawała się coraz wyraźniejszą i obfitszą w miarę, jak plwocina traciła zwolna charakter krwawy. Za tem przemawiało i doświadczenie wykonane z 20 grm. krwi, do której dodawał 100 ctm. sz. plwociny gruźliczej, nie zawierającej wcale ciałek eozynochłonnych. W mieszaninie tej, którą utrzymywał przez 48 godzin w cieplarce (termostacie), wykazać było można komórki eozynochłonne. Wywody swe popiera zapatrywaniem Kleina, który ciałka czerwone krwi uważa za materyał do powstawania granulacyi eozynochłonnej w wysięku opłucnowym.

Ciałka eozynochłonne znajdował autor we wszystkich stanach chorobowych oskrzeli i miąższu płucnego w większej lub mniejszej ilości. Ilość ich zależy nie tyle od rodzaju choroby, ile od towarzyszącego stanu gorączkowego; w gorączce ilość ich się zmniejsza, albo nawet wcale ich wykazać nie można, a zjawiają się dopiero po ustąpieniu gorączki. Obecność ich nie jest wcale charakterystyczną dla dychawicy (astmy). Co do znaczenia ich prognostycznego w gruźlicy płuc, na które w ostatnich czasach taki kładzie nacisk Teichmüller, zapatruje się autor z pewnem niedowierzaniem; przytacza bowiem przypadki gruzlicy płuc, które szybko (w 3 dni) skończyły się śmiertelnie, pomimo że znaczna ilość ciałek eozynochłonnych w plwocinie zdawała się dobrze rokować.

Komórki eozynochłonne plwociny powstają prawdopodobnie w drogach oddechowych. *Dr. Rencki.*

Prof. W. Zoege v. Manteufel. **Wyłuszczenie nerki zajętej rakiem i wycięcie guza rakowatego ze ścian żyły głównej** (*v. cava*). **Wyleczenie.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 27, 1899). Podczas wyjmowania nerki zajętej rakiem u 49 let. chorego, okazało się, że rak przerasta na ściany żyły głównej i wrasta w jej światło. Z v. M. założył wówczas kleszczyki, osłonięte gumowemi drenami, na żyłę powyżej nowotworu, poniżej kazał uciskać i wyciął odpowiednią część ściany żyły wraz z wyrastającym z jej wewnętrznej powierzchni guzem (szypuła guza była 6 ctm. szeroka a 1 ctm. gruba). Poczem otwór w ścianie zaszył szwem piętrowym. Wyzdrowienie nastąpiło bez poważniejszych powikłań. *Herman.*

F. Riegel: **O wpływie lekarstw na wydzielanie soku żołądkowego.** (*Deut. Zeitschrift. f klin. Med.* T. 37, 1899). Wpływ atropiny i pilokarpiny na czynność wydzielniczą żołądka badał autor u psów, u których metodą Pawłowa wytwarzał ze ścian żołądka niejako drugi mały żołądek, zkąd otrzymywał czysty sok żołądkowy, wydzielający się pod wpływem wprowadzenia 1 litra mleka do żołądka pierwotnego. Wstrzyknięcie podskórne 0,0001 atropiny wywołuje bardzo wybitne działanie hamujące na wydzielanie soku żołądkowego. Przeciwnie działa pilokarpina (0·004—0·01), podnosząc znacznie siłę wydzielniczą żołądka. Przy podaniu atropiny zauważyć nadto można i wyraźne obniżenie kwasoty wydzielonego soku; pilokarpina nie wpływa wyraźnie na kwasotę.

Szereg doświadczeń na ludziach z atropiną i pilokarpiną potwierdza powyższe wyniki, wykazuje nadto pewne zmniejszenie siły ruchowej żołądka pod wpływem atropiny. Dla celów praktycznych ważniejszem jest działanie atropiny i autor, opierając się na swem doświadczeniu, poleca ją jako skuteczny środek w przypadkach nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. (Czy jednak działanie to będzie trwałe?).

Dr. Rencki.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Grimm opisuje (*Derm. Ztsch.* T. VI, 2) działanie etolu (*aethol, cetylalkohol*), który wchodzi w przyskórek i robi skórę gładką i giętką, przyczem nie daje się wodą zmywać, a nie sprawia nieprzyjemnego uczucia tłustości, jak wszystkie tłuszcze. Dlatego autor używa go z kw. borowym w stosunku 1:1 lub 1:5 przy pękaniu skóry rąk, wypryskach sączących, świerzbiączce i lekkich postaciach odmrożenia. Podobnie zaleca wyrabiany w ostatnich czasach borsyl, który zawiera obok kwasu borowego, soli boru, wapna itp. także etol. *F. K.*

Allen stosuje od wielu lat w róży z bardzo dobrym wynikiem 25% rozcz. ichtyolu w kolodyonie, zachwalając przedewszystkiem jego działanie osłaniające; gdy zaś istnieją przeczosy lub rozpadliny w skórze, używa 50% roztworu wodnego (*Med. News.* 1899, 14). *F. K.*

Mac Gowen podaje nowy środek przeciw tak uporczywej łysinie plackowatej (alopecia areata). Miejsca pozbawione włosów na głowie smaruje, po oczyszczeniu benzyną, czystym trikresolem, na twarzy 50%, co sprawia pieczenie, trwające parę minut. Po kilku godzinach występuje silne przekrwienie, a w 24 godzin suchy, brunatny powierzchowny strup, odpadający po 4—10 dniach, poczem znowu trikresol stósować można, jednak nie w silnem zgęszczeniu, gdyż naskórek staje się znacznie ścieńczały, a skóra przekrwioną. Dziewięć przypadków w ten sposób wyleczonych jest dowodem skuteczności tego zabiegu. (*Journ. of cut. a gen. dis.* 1899, 5). *F. K.*

Hodara używa zewnętrznie cukru, jako środka silnie wysuszającego, osłaniającego naskórkiem i gojącego w sprawach sączących, pęcherzykowych i krostkowych, wreszcie powierzchownych owrzodzeniach, — najczęściej w postaci ciasta (pasty): *Lanolin. Vaselin. aa 20,0, Glycerin 10,0, Sacch. alb. 20,0, Sulf. 10,0, Zinc. oxyd. 20,0 M. f. pasta.* Przy figówce wargi leczy H. obok stosowania powyższej pasty nieżyt błony śluz. nosa zapomocą pędzlowania 1—4% rozcz. azotanu srebrowego; w łuszczycy zaś, którą wedle Unny nazywa *eczema seborrhoic. general. psoriatiforme*, stósuje maść: *Rp. Lanol., Vaselin aa 30,0, Glycerin., Sulf. aa 10,0, Sacch. 20,0, Chrysarobin. 1,0—2,0.* (*Mon. f. pract. Derm.* 1899, 9). *F. K.*

Cipriani uzyskał (*Ther. Mon.* 1899, 8) dobre wyniki w krótkim czasie przy leczeniu wrzodów podudzia, stosując po wymyciu ciepłą wodą *ekajodoform* i opatrunek z opasek płóciennych, zamaczanych w 1—2% rozcz. formaldehydu w 4—5 warstwach, które przykrywa się opaskami, zamaczanemi w 2—4% roztworze i silnie wyciśniętemi, wreszcie nakłada na wierzch opaski uciskające. Nawet bardzo rozległe wrzody goiły się w stosunkowo krótkim czasie bez jakichkolwiek objawów ubocznych (wyprysków, zapaleń skóry). *F. K.*

Du Castel stósował (*Gaz. méd de Strassbourg* 1899, 6) z dobrym wynikiem kwas mlekowy w dawce 6—20 kropli 2 razy dziennie przed jedzeniem, u ludzi dotkniętych świerzbiączką lub wypryskiem, połączonym ze znacznym świądem. *F. K.*

Które leki wydzielają się z pokarmem niewieścim? *Makowiec*, podawany osobom karmiącym ma według Marfana dawać często powód do zatrucia ososków i wymaga pod tym względem wielkiej ostrożności. Wydzielają się również *atropina, bieluń (stramonium) i lulek* (*hyoscyamus*), co się stwierdza rozszerzeniem nad miarę źrenicy u oseska; *chinina*, jeśli jest zażywaną naczczo. *Jod* wydziela się w postaci związku jodu z kazeiną; *rtęć* przechodzi słabo i nierównomiernie; również mało przechodzi *sali-*

cylan sodowy, a jeszcze mniej *antypiryna*. *Wodnik chloralu* działa wyraźnie na dziecko w 2 godziny po zażyciu przez osobę karmiącą. *Arsen* wydziela się z mlekiem bardzo obficie i może spowodować groźne następstwa dla oseska. *Żelazo* również wydziela się i zdaje się wpływać na zwiększenie ilości pokarmu. Ślady przechodzenia metali ciężkich *(antymon, cynk, bizmut, ołów)* stwierdzono. *Rumbarbar* i *senes*, zadane osobie karmiącej, działają przeczyszczająco na oseska. *Naparstnicę* i *sporysz* można bezpiecznie polecać karmiącym. *Terpentyna, balsam kopaiwiany, kokaina, jaborandi* przechodzą do pokarmu. *(Pharm. Central.*, 429). *Kw.*

Zarubin, streszczając najnowsze prace o działaniu promieni X. na skórę, przychodzi do następujących wyników: 1. Promienie te oddają dobre usługi szczególnie w liszaju żrącym, dalej w wyprysku przewlekłym, w usuwaniu owłosienia, w pojedynczych przypadkach guzów żylakowych, trądzika, łuszczycy i chorób grzybkowych. 2. Działanie tych promieni wywołuje jednak czasami zapalenia skóry w różnym stopniu (aż do zgorzeli), zanik włosów lub ciemne zabarwienie skóry. *(Mon. f. pr. Derm.* 1899. 10). *F. K.*

Przy nawykowem zaparciu stolca u kobiet stosuje Blondeą *(Soc. d. thér.* 1899) lewatywy: *Extr. aqu. ipecacuanhae 10·0, Aqu. d. 500.* S. łyżeczka na 150 grm. wody na raz, stwierdzając, że środek ten pobudza znacznie ruch jelit i wydzielanie soku jelit. tak, że w kilka godzin następuje lekki, bezbolesny stolec. *F. K.*

Unna zaleca do użycia praktycznego biały przylepiec kauczukowy, jako środek dobrze przytrzymujący i uciskający, a nie drażniący wcale skóry. Przytem przylepiec ten osłania dokładnie i wywołuje rozmiękanie zgrubiałego przyskórka. *(Mon. f. pr. Derm.* T. 28. 10). *F. K.*

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie

Podał
Dr. T. Janiszewski
lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Dokończenie).

V. Sanatorya.

Anglia pierwsza, bo już w roku 1814, zbudowała specyalny szpital dla chorych gruźliczych *Royal hospital for Diseases of the Chast* na 80 łóżek; następnie powstały sławny szpital *Brompton hospital* w Londynie i *Ventuor hospital* na wyspie Wight. Anglia posiada w obecnej dobie bardzo znaczną liczbę specyalnych zakładów dla ubogich chorych gruźliczych. Niepodobieństwem byłoby wyliczyć wszystkie podobne zakłady (znajdują się one wyliczone w pracy Dra F. Rufenacht-Walters z Londynu); nadmienię tylko, że chorzy na gruźlicę znajdują pomieszczenie po części w szpitalach ogólnych, w specyalnie na ten cel przeznaczonych szpitalach, w zakładach dla ozdrowieńców, w specyalnych sanatoryach, w końcu, na co szczególniejszą zwracam uwagę, w zakładach przeznaczonych dla nieuleczalnych chorych gruźliczych, t. z. przytułkach. W roku 1898 utworzył się pod protektoratem ks. Walii i pod przewodnictwem Dra W. Broadbent „Związek, mający na celu walkę z gruźlicą“.

W Austryi sprawę budowy sanatoryów dla ubogich podniósł Prof. Dr. Schrötter; istnieje już jedno takie sanatoryum w Allandzie pod Wiedniem, otwarte w roku 1898. Na Węgrzech Dr. Koranyi robi starania, aby wybudować sanatoryum ludowe. W Rosyi istnieją sanatorya w Halili w Finlandyi i w Jałcie. Hiszpanie wybudowali sanatoryum ludowe w Porta-Coeli, obok Walencyi. Francuzi projektują dopiero budowę kilku sanatoryów ludowych. Norwegia posiada sanatoryum ludowe w Reknaes, otwarte w r. 1897. W Szwajcaryi mamy również kilka sanatoryów ludowych, że wymienię tylko sanatorya ludowe miast Bazylei i Bernu, wybudowane w Davos. W Ameryce istnieje wspaniało *Airondack-Cottage-Sanatorium;* prócz tego Loomis Sanatorium, Chesunt Hills i inne.

U nas, w Polsce, rozpoczęto sprawę w Warszawie; składki na sanatoryum ludowe spływają obficie, a w Łodzi, przy szpitalu Poznańskich, istnieje osobny oddział dla chorych gruźliczych.

Po Anglii najwięcej zrobili w kierunku budowy sanatoryów ludowych Niemcy. Na walnem zgromadzeniu „Komitetu centralnego, mającego na celu budowę sanatoryów ludowych w Niemczech“, zdano sprawę ze stanu prac; okazuje się z tego sprawozdania, że w Niemczech istnieje 33 sanatoryów ludowych, z tych 18 już funkcyonujących, reszta na ukończeniu.

Te wspaniałe wyniki zawdzięczają Niemcy przedewszystkiem znakomitej organizacyi całego ruchu walki z gruźlicą i zainteresowaniu wszystkich warstw społeczeństwa w tej walce. W tym dziale poruszono sprawę budowy, urządzenia i prowadzenia sanatoryów ludowych (Schmieden, budowniczy w Berlinie i Dr. Schultzen) i udział Kas chorych i towarzystw ubezpieczeń w sprawie budowy sanatoryów (Dr. Friedeberg); Kasy chorych i towarzystwa ubezpieczeń na podstawie dokładnie zebranego materyału statystycznego i ścisłych obliczeń przyszły do przekonania, że interes finansowy tych instytucyj wymaga więcej czynnego udziału w ruchu, dążącym do powołania do życia jaknajwiększej ilości specyalnych zakładów dla chorych na gruźlicę.

Bardzo ważną sprawę poruszył Dr. Panowitz, mianowicie, — potrzebę stworzenia opieki nad rodzinami tych chorych, którzy umieszczeni będą w sanatoryach ludowych; sprawa ta ważną jest, gdyż n. p. robotnik, utrzymujący swą rodzinę z pracy rąk, wtedy tylko zdecyduje się na umieszczenie w sanatoryum i pozostanie w niem przez czas potrzebny, jeżeli mieć będzie pewność, że rodzina jego przez ten czas znajdzie odpowiednie utrzymanie.

Międzynarodowy Zjazd do zwalczania gruźlicy, odbyty w dniu 24—27 Maja 1899 r. w Berlinie, zwołany został przez wyżej wspomniany już Komitet centralny, mający na celu budowę sanatoryów ludowych w Niemczech; trzeba ten szczegół mieć na uwadze, jeżeli chce się ocenić wyniki prac tego Zjazdu, tem się też tłómaczy pewna tendencyjność w układaniu programu, o której na początku mego sprawozdania wspomniałem. Do udziału w Zjeździe dopuszczoną była szeroka publika, większe tedy odczyty trzymane były w tonie popularnym, chodziło o spopularyzowanie pewnych pojęć, o wdrożenie przekonania konieczności walki z gruźlicą, o wciągnięcie do tej walki jaknajszerszych warstw społecznych, o przekonanie ludzi, że jedną z najskuteczniejszych broni w walce z gruźlicą jest budowa jaknajliczniejszych sanatoryów ludowych. Liczny udział publiczności w zjeździe, zainteresowanie się całej prasy niemieckiej Zjazdem, daje wymowny dowód, o ile ten cel Zjazdu został osiągnięty. Lekarz, obeznany ze sprawą gruźlicy, mało mógł usłyszeć nowego; natomiast niezaprzeczoną korzyścią ze Zjazdu dla lekarza była możliwość zetknięcia się z tym ruchem, z ludźmi, biorącymi czynny udział w nim, w końcu, co najważniejsza, możliwość zebrania sporego materyału statystycznego i dokładne zapoznanie się z organizacyą ruchu, mającego na celu walkę z gruźlicą; ten ostatni szczegół jest szczególniej dla nas Polaków, gdzie ruch ten zaczyna się dopiero budzić, nadzwyczaj ważnym.

VIII. Listy z Paryża

Dr. Stanisław Kaczyński.

IV.

Szpitali w Paryżu jest liczba bardzo znaczna (we wszystkich razem przeszło 11·000 łóżek) chociaż podobno jeszcze nie wystarczająca. Prawie bez wyjątku pozostają one od roku 1789 na koszcie rządu, który ogólny ich kierunek złożył w ręce „Assistance publique“. — Ustrój ich jest wszędzie jednolity, a różny pod pewnymi względami od naszego.

Dyrektor szpitala, nie lekarz, ale urzędnik administracyjny ze stulyami prawniczymi, jest wszechwładnym panem wszystkiego i jemu też do pewnego stopnia podlegli są lekarze szpitalni, a wyłącznie i bezpośrednio niżsi urzędnicy i służba. — Z wyjątkiem szpitali dla chorób wenerycznych, opieka nad chorymi we wszystkich innych jest powierzona siostrom miłosierdzia, które na swe rozkazy mają liczną służbę niższą, przeznaczoną do wykonywania cięższych robot. — Kierownikami pojedynczych oddziałów (prymaryuszami) są lekarze specyaliści w odpowiednich działach medycyny. — Czynności naszych sekundaryuszy i praktykantów pełnią t. zw. interni i externi; są to studenci wyższych lat medycyny. — Dla otrzymania posady prymaryusza, interna, lub wreszcie externa należy zdać osobne egzamina, określone odrębnemi ustawami.

Szpitale tutejsze, podobne jak kliniki, mają równocześnie zadania pedagogiczne. *Assistance publique* rozdziela po nich mniej więcej równomiernie, a zależnie od wielkości szpitali i ich materyału, studentów medycyny, którzy od II roku począwszy odbywają tu t. zw. *„stage hospitalier“*, to jest są obowiązani regularnie uczęszczać na wizyty szpitalne. — Pry-

maryusze, bez względu na to, czy są równocześnie profesorami w wydziale lekarskim, czy nie, miewają wykłady w zakresie swej specyalności. — To też, ze względu na ten cel pedagogiczny, w każdym nawet najmniejszym szpitalu znajduje się sala wykładowa, laboratoryum chemiczno-histologiczne, biblioteka i prosektoryum dla sekcyi patologicznych. W każdym szpitalu, oprócz biur administracyi, mieszkań dla internów i służby, kuchni, składów rozlicznych i t. p. znajduje się jeszcze zazwyczaj pralnia i zawsze apteka. — W sali przyjęć odbywają 24 godzinną służbę (dyżury) kolejno interni; chorzy jednak zazwyczaj zgłaszają się w godzinach rannych na bezpłatną poradę prymaryuszy i tylko w ich nieobecności może intern dyżurny w nagłych wypadkach przyjąć chorego. Chorzy w celu przyjęcia do szpitala zgłaszać się mogą również do wyżej wspomnianych *„bureaux de bienfaisance“*, a lekarze tych biur, wezwani do domu chorego mogą także zarządzać przeniesienie chorego do szpitala. —

Pomijając oddanie zarządu szpitali w ręce niekompetentne i wynikające stąd nieraz spory pomiędzy zarządem a lekarzami, co najczęściej wychodzi na niekorzyść szpitala, jeszcze jeden poważnej natury zarzut postawić można ich ustrojowi; a mianowicie ten, że pomocnicze czynności lekarskie spełniają tutaj nie lekarze, ale uczący się dopiero studenci; jeżeli zaś młody lekarz, który przestudyował wszystkie działy medycyny i dla którego w zasadzie nie powinno w tym kierunku nic być nowem, nieraz w trudniejszym a nagłym przypadku znajdzie się w kłopocie i „telefonuje po prymarysza; o ileż częściej w podobnym kłopocie znaleźć się musi intern, który czasem zaledwie po 2 półrocza studyował choroby wewnętrzne i chirurgię, a położnictwem się jeszcze zupełnie nie zajmował“. —

Assistance publique nietylko nadzoruje prawidłowy bieg spraw wszystkich szpitali, ale równocześnie zaspakaja wszystkie ich potrzeby i w tym celu posiada: 1). w halach centralnych, które żywią cały Paryż, własne biuro *„Approvisionnement des halles“*. Codzień rano przyjeżdżają tu ze wszyskich szpitali wozy, opatrzone napisem *„Service de l'Assistance publique“* i zabierają z osobnych składów już zakupione w tym celu z pierwszych rąk wszelakie środki spożywcze; 2). własną rzeźnię w rzeźni miejskiej; 3). piekarnię centralną, w której ze zboża, zmielonego we własnym zarządzie, wypieka się chleb dla wszystkich szpitali; 4). piwnicę własną w *„Halles aux vins“* 5). aptekę centralna, zaopatrującą wszystkie apteki szpitalne lekami, zakupionymi w większej ilości; 6). pralnię centralną dla szpitali nie posiadających własnej; 7). wreszcie centralny skład, zaspakający wszystkie inne potrzeby szpitali, w meblach, pościeli, bieliźnie, materyale opatrunkowym i t. p. — Skład ten, znajdujący się w sąsiedztwie *„Hospice de la Salpétrière“*, zatrudnia wszystkie kobiety w tym przytułku pomieszczone, a zdolne do pracy, dając im 30 do 80 centymów dziennego wynagrodzenia. —

Dzięki tego rodzaju gospodarce t. j. dzięki zaopatrywaniu się w potrzebne materyały hurtownie i z pierwszych rąk, *Assistance publique* stosunkowo bardzo tanio administruje szpitalami i może łatwo zadowolnić dość wybredne podniebienia chorych francuskich, dostarczając im pokarmów i napojów zdrowych i w bardzo dobrym gatunku, o ile oczywiście jak się to wszędzie zdarza, w „kuchni“ czegoś nie zepsują. — Pożywienie otrzymują chorzy 3 razy dziennie, a mianowicie: o 7-mej rano śniadanie, o 10-tej obiad, o 5-tej wieczerzę. —

I tutejsze szpitale mają swoją smutną przeszłość, tłómacząca dostatecznie do dnia dzisiejszego dosyć jeszcze rozpowszechnione uprzedzenie do nich. — Do roku 1789 utrzymywały się one z zapisów prywatnych i „jałmużny“, było ich bardzo mało, a jeżli dzisiaj słyszy się utyskiwania na przepełnienie, to dawniej było bez porównania gorzej. — Tak naprzykład według Tenona i Lavoisiera za ich czasów w starym *Hôtel Dieu*, którego ruiny do dnia dzisiejszego sterczą naprzeciwko nowego gmachu, 4 do 9 chorych zajmowało jedno łóżko, umarli z żyjącemi znajdowali się w jednej sali, korytarze służyły za sale chorych, rekonwalescenci musieli do sali, dla nich przeznaczonej, przechodzić przez salę, w której leżeli chorzy na ospę; oddział obłąkanych przytykał do oddżiału chirurgicznego; operacye (wówczas jeszcze bez narkozy) odbywały się w sali, w której leżeli chorzy po operacyi i przed operacyą; na oddziele położniczym po 3—4 ciężarne leżały w jednem łóżku i to zakażone kiłą prostytutki ze zdrowemi żonami ubogich wyrobników. — Nic dziwnego, że w takich warunkach odsetek śmiertelności był olbrzymi, to też każdy, kto zmuszony był zgłosić się do szpitala, szedł tam przygotowany na śmierć. —

Dziś już wszędzie jest inaczej. — Nie licząc odrębnych zakładów położniczych, każdy większy szpital rozporządza osobnym oddziałem na ten cel; w każdym znajdują się odosobnione oddziały dla chorób zakaźnych, lub oddzielne sale przeznaczone na obserwacyę, gdy zaś ich nie ma, to szpital nie przyjmuje chorych podejrzanych o chorobę zakaźną; pobudowano liczne zakłady dla obłąkanych, dla nieuleczalnie chorych, nowe szpitale i wogóle widać tu w tym kierunku ogromny postęp.

Nie mam zamiaru opisywać po porządku wszystkich szpitali tutejszych; byłby to trud bezcelowy, ze względu bowiem na pomieszczenie i urządzenie, z nielicznemi wyjątkami, wcale one nie mogą służyć za wzór i imponują tylko ogromem. — W porównaniu ze znanym nam wszystkim szpitalem św. Łazarza w Krakowie, zaznaczyć możemy, że większość ich nie prześciga urządzeniem naszego oddziału VI a nawet I A i I B, a zaledwie jeden najnowszy *Hôpital Boucicaut* jest nieco lepszy, niż nasz pawilon chirurgiczny. — Oto niektóre najwybitniejsze:

Hôtel Dieu, prawdopodobnie najstarszy szpital w Europie, założony bowiem koło roku 600 po Chr., mieści się obecnie w nowym gmachu, którego budowa kosztowała 40 milionów franków. — Jest to gmach piękny o budowie monumentalnej, ale stanowczo za drogi, jak na 560 łóżek, które w sobie mieści. — Zaopatrzony jest w wodociągi, gaz i ogrzany kaloryforami, jak prawie wszystkie szpitale paryskie.

Hôpital Tenon mieści 890 łóżek. Ze względu na położenie odpowiada współczesnym wymaganiom, zbudowany jest bowiem na wzniesieniu, już prawie poza miastem, w linii wałów fortyfikacyjnych. — Miejsca tu nie żałowano: sale chorych i korytarze wielkie, światła wszędzie wiele, duży ogród otaczający szpital, pozwala ozdrowieńcom przebywać w lecie przez cały dzień na świeżem powietrzu. —

Hôpital Lariboisière mieści 920 łóżek, zbudowany podobnie, jak dwa poprzednie, systemem pawilonowym posiada bardzo dobrze zaprowadzoną wentylacyę. —

Hôpital Boucicaut najnowszy, dopiero dwa lata czynny, zbudowany kosztem pięciu milionów franków, ofiarowanych na ten cel przez nieżyjących już dzisiaj właścicieli znanego magazynu *„Bon marché“*. Składa się on z całego szeregu pawilonów, nie pozostających ze sobą w związku; cztery z nich przeznaczone są na sale chorych, w innych mieszczą się biura zarządu, sala przyjęć, apteka, kuchnia, składy, pralnia, dezynfektor, pracownia, prosektoryum i biblioteka, osobno mała kaplica, pozostająca pod nadzorem kapelana szpitalnego. — W każdym z pawilonów dla chorych znajdują się na parterze duże dwie sale, z których po stronie przeciwnej od wejścia wychodzi się na oszkloną werandę, pokój dla osoby dozorującej, kuchenkę do odgrzewania potraw, podręczny skład bielizny, mały pokój na umywalnie i drugi z wychodkami. Na piętrze 4 małe sale, każda o jednem łóżku, przeznaczone są dla chorych urzędników magazynu *Bon marché*. — Cały szpital oświetlony jest elektrycznością, ogrzany centralnie zapomocą pary pędzonej rurami prowadzonymi pod ziemią; kuchnia i pralnia parowe. —

Wszystkie te cztery szpitale składają się z oddziałów dla chorób wewnętrznych, chirurgicznych i położniczych, niektóre z nich jak n. p. *Hôtel Dieu* mieszczą równocześnie

kliniki uniwersyteckie. — Podobny zakres działania mają: *Hôpital Andral*, *Beaujon*, *Bichat*, *Broussais*, *de la Charité*, *Cochin*, *Laënnec*, *Necker*, *de la Pitié*, *Saint Antoine*. — Prócz tych zasługują na uwagę: Szpitale dla chorób skórnych i wenerycznych: *Hôpital Saint-Louis* o 1300 łóżkach i *Riccord* i *Broca*, w których obok innych oddziałów znajdują się oddziały dla chorób wenerycznych; — Szpitale dla dzieci: *Hôpital des enfants malades* i *Hôpital Trousseau*, mieszczące zarazem około 1200 łóżek; Zakłady położnicze: *Clinique d'accouchements Tarnier*, *Clinique d'accouchements Baudelocque* i *Maisonécole d'accouchements*, ten ostatni dostępny wyłącznie dla kandydatek na położne; — Wreszcie cały szereg zakładów dla chorych umysłowo i dla nieuleczalnie chorych, największe z nich: *Hospice de la Salpêtrière* o 3700 przeszło łóżkach, wyłącznie dla kobiet, i *Hospice de Bicêtre* 1770 łóżek dla starców zniedołężniałych i 1250 łóżek dla umysłowo chorych mężczyzn. —

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kraińska Izba lek. badała sprawę Kas chorych swego okręgu; udała się naprzód do rządu kraj. Krainy (u nas Namiestnictwo) z prośbą o wyciągowy odpis katastru Kas chorych w Krainie. Na podstawie tego katastru wystósowano do wszyskich Kas chorych zapytania, pod jakimi warunkami lekarze pełnią swe obowiązki, gdyż na pytania wystósowane do samych lekarzy Kas chorych odpowiedzi nadeszły tak niedokładne, że nie mogą służyć za podstawę do oceny tych stosunków.

Z odpowiedzi Kas chorych wynikło, że wynagradzanie lekarzy Kas chorych w Krainie jest nie najgorsze, mianowicie:

Liczba Kas chorych	Liczba Członków	Wynagradzanie lekarzy
17	—	Porada w domu lekarza . . . . . zlr. —·50 Porada u chorego . . . . „ 1·—
4	—	Porada w domu lekarza . . . . . „ —·30 Porada u chorego . . . . „ —·50 Prócz tego zwykłe dyety, jak w służbie rządowej.
1	—	Porada w domu lekarza . . . . . zlr. —·50 Dyeta za godzinę . . . . „ 1·— Za wyjazd: 15 cent. od 1 klm.
1	—	Porada w domu lekarza . . . . . zlr. —·50 Dyeta za godzinę . . . . „ 2·— Wolna jazda
1	—	Porada w domu lekarza . . . . . „ —·50 Każda następna . . . . „ —·30 Porada u chorego . . . . „ —·70 Dyeta dzienna . . . . „ 2·— i 15 kr. od 1 klm.
1	—	Porada w domu lekarza . . . . . „ —·40 Porada u chorego od . . . 50 kr. „ 1·— W nocy . . . . „ 1·50
1	—	Porada w domu lekarza . . . . . „ — 50 Wizyta u chorego w fabryce wraz z jazdą . . . . „ 5·—
1	—	Porada w domu lekarza . . . . . „ —·30 Wizyta u chorego w fabryce wraz z jazdą . . . . „ 2·—
1	100	Ryczałt . . . . „ 250·— Chorzy na oczy mają 50% opustu taryfy. Koszta podróży.
1	400	Ryczałt . . . . zlr. 400·—
1	2[illegible]0	Ryczałt . . . . „ 500·— wraz z lekami
1	600	Operacye położnicze osobno są wynagradzane. Ryczałt . . . . zlr. 660 —
1	250	Ryczałt . . . . „ 300·—
1	500	Ryczałt . . . . „ 325·— za poradę u chorego; za operacye i wizyty poza obrębem miejsca zamieszkania osobne wynagrodzenie.
Liczba Kas chorych	Li zba Członków	Wynagradzanie lekarzy
1	400	Ryczałt za porady w domu . . . . zlr. 300·— Wizyty płacone osobno.
1	100	Ryczałt . . . . „ 300·— Raz na tydzień obowiązkowa wizyta w fabryce; zresztą lekarz bywa powołany według potrzeby.
1	40	Ryczałt . . . . zlr. 50·—
1	400	Ryczałt . . . . „ 860·— Dwa razy na tydzień wizyta obowiązkowa w fabryce; zresztą według potrzeby. Żadnych dodatków na powóz.
1	1200	Ryczałt . . . . zlr. 600·— Na powóz . . . . „ 120·— Za 1 klm. . . . . „ —·50
1	750	Ryczałt . . . . „ 1500·— Bez kosztów jazdy.
1	Na 1 lek. najwięcej 1500	Ryczałt lekarza . . . . „ 900·— Powóz darmo i 20 kr. od 1 klm.
1	1300	Rocznie . . . . „ 1500·—
1	—	Porada w domu lekarza . . . . „ —·40 Za każdą straconą godzinę . . . „ 1·— i powóz darmo.

Słusznie pisze *Ärzt. Vereinsztg.* Nr. 19, że Izba Kraińska dobrą obrała drogę celem uregulowania płac lekarzy Kas chorych. Dążyć należy do tego, by i inne Izby tą drogą poszły, poczem byłoby rzeczą Izby zarządzającej (geschäftführenden) zebrać te wszystkie daty w jedną wielką tablicę statystyczną, gdyż tylko na podstawie takiej dokładnej statystyki wynagradzania lekarzy Kas chorych możliwą jest wspólna akcya Izb, celem strzeżenia interesów stanu lekarskiego wobec Kas chorych *J. G.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 września.

* D. 7 października rozpocznie w naszem mieście swe obrady II-gi Zjazd farmaceutów galicyjskich. Na Zjeździe tym odczytane będą następujące referaty: 1) Rozmaite formy organizacyi aptekarstwa. 2) Aptekarstwo w Austryi. 3) Pomnożenie aptek w Galicyi 4) Obecne stanowisko farmaceuty. 5) Rzekomy brak sił pracujących. 6) Rezolucye i wnioski.

* Cyrkularz rosyjskiego ministra oświaty »O zadaniach Komisyi, powołanej do rozejrzenia się w ustroju szkoły średniej w Rosyi«, zmierza do ograniczenia przewagi klasycyzmu, wprowadzonej przed 30 laty przez ministra Tolstoja, a natomiast uwzględnia, jak nigdy przed tem w Rosyi, wychowanie fizyczne; czytamy w cyrkularzu: »Zasadnicze rozstrząsnięcie zagadnienia o fizycznem wychowaniu młodzieży ma stanowić najgłówniejsze zadanie Komisyi. Jeśliby osiągnięcie tak ważnego celu, jakim jest fizyczne wychowanie, wymagało skrócenia programu naukowego, to według mniemania mego (p. ministra), skrócenie takie jest mniej szkodliwe, niżeli zaniedbanie rozwoju fizycznego, tem więcej, że w dzisiejszej metodzie nauczania jest bardzo wiele rzeczy drugorzędnych, które należy poświęcić gwoli zdrowia i rozwoju fizycznego młodzieży itd.«.

Od tych rozumnych słów ministra rosyjskiego rażąco odbija zacofany i skostniały system szkolny ministrów austryackich: wierna zasadzie »festina lente«, dała się Austrya wyprzedzić na polu pedagogicznem wszystkim sąsiadom od wschodu i zachodu.

* Towarzystwo lekarskie wileńskie odbędzie w końcu bieżącego roku tysiączne posiedzenie, które z tego powodu będzie miało charakter uroczysty.

* Dżuma w Oporto wprawdzie szerzy się bardzo słabo, ale też nic nie zaznacza, ażeby już wygasała. Dotąd było 64 przypadków, z których 26 zakończyło się śmiercią. Z lekarzy cudzoziemców, którzy przybyli dla badania dżumy, bawią w Oporto doktorowie: Kossel i Grohn z Niemiec; Calmette i Salimbeni z Francyi i Gorio z Rzymu. Rząd francuski przeznaczył 300,000 fr. na zarządzenia przeciw zawleniu dżumy do swych granic. W Rosyi, mianowicie w Kołobówce, nienazwana dotąd mordercza choroba wygasła. Do areopagu biegłych, mających za zadanie zbadać i nazwać tę chorobę, powołał rząd pier-

wszorzędne siły lekarskie w państwie, a mianowicie: Biela ewa, Danilewskiego, Kudrina, Mierzejewskiego, Łazarewicza, Łukijanowa, Owsiannikowa, Paszutina, Ragozina, Remmerta, Rapczewskiego, Sklifasowskiego, Sutugina, Winogradowa i Szydłowskiego. Widzimy zatem, że tam, gdzie właściwie potrzebny był klinicysta i bakteryolog, stanęły obok siebie wszystkie specyalności, nie wyłączając chirurgii, położnictwa, psychiatryi itd. Wynik narady był ten, że w epidemii kołobowieckiej rozpoznali dżumę tylko: Remmert, Mierzejewski, Sklifasowski, Łazarewicz, Łukijanow i Rapczewski, a zatem mniejszość; a ponieważ większość uważa całą sprawę za niedojrzałą do wydania rozpoznania, wysłano d-rów Rapczewskiego i Winogradowa do dalszych badań i dociekań. W Samarze, gdzie 50% umarło, również z nieznanej początkowo choroby, profesorowie Czystowicz i Wysokowicz rozpoznali złośliwą zimnicę, która wrzekomo z dżumą nie ma mieć nic wspólnego.

* Lekarskie stowarzyszenia okręgowe w Saksonii uchwaliły wymódz na zarządach kolejowych, ażeby płaca za czynności lekarskie w kolejowych Kasach chorych nie była niższą od pewnego *minimum*. Dyrekcya kolei w Dreznie postanowiła nie traktować z Stowarzyszeniem miejscowem, lecz umawiać się bezpośrednio z pojedyńczymi lekarzami; na tej drodze uzyskała dyrekcya 14 podań o posadę. Obecnie Stowarzyszenie lekarskie drezdeńskie wezwało tych 14 lekarzy do cofnięcia swych podań, grożąc w przeciwnym razie wytoczeniem im sprawy przed Radą honorową. Wszystkie Stowarzyszenia lekarskie w Saksonii przystąpiły do tej uchwały.

* Na posiedzeniu Izby lekar. w Pradze uczynił dr. Heveroch następujące wnioski: 1) Prezydyum Izby poczyni starania, ażeby sporządzono statystykę stanu lekarskiego, mianowicie, ażeby wykazano liczbę lekarzy dziś, przed 10 i przed 20 laty, oraz śmiertelność w tym czasie lekarzy w liczbach, liczbę studentów medycyny itd. Wyniki tych obliczeń mają posłużyć dla przestrzeżenia chcących wstąpić na medycynę o smutnych obecnych stosunkach lekarzy. 2) Prezydyum poczyni starania o zmianę ustawy sanitarnej w tym kierunku, ażeby mianowanie lekarzy powiatowych, miejskich i szpitalnych w Czechach, należało do atrybucyi Izby, a mianowani lekarze żeby nie tracili przez to charakteru urzędników krajowych. 3) Ma powstać fundusz państwowy dla ubezpieczenia lekarzy i ich rodzin na wypadek, jeźli lekarz wśród urzędowania umrze z choroby zakaźnej, lub staje się niezdolny do pracy,

* Zjazd delegatów niemieckiej prasy lekarskiej odbył się d. 19 b. m. w Monachium. Zjazd następny odbędzie się w Berlinie 1900 r.

* W Prusiech, tak jak i w Austryi, organizacya Kas chorych wpłynęła ujemnie na byt materyalny lekarzy. Pruskie Izby lekarskie wystosowały do ministra Bossego memoryał, w którym skarżą się na podkopanie bytu lekarzy, na nader nizkie honorowanie lekarzy kasowych, na przynoszącą ujmę zależność lekarzy od zarządów Kas, na dopuszczanie partaczy do agend w Kasach chorych; krzywdę tę, według memoryału, wynagrodzić może lekarzom w pewnej mierze zarządzenie ustawowe prawa wolnego wyboru lekarza przez członków Kasy.

* Świeżo odbyty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachium rozpoczął swą czynność wśród klęski wylewu; oddziałało to ujemnie na stronę towarzyską i liczebną Zjazdu, oczywiście nie wpływając na wykonanie znakomitego programu naukowego. Następny Zjazd odbędzie się w r. 1900 w Akwizgranie.

* W myśl uchwały Zjazdu przeciwgruźliczego w Berlinie zawiązał się Komitet, mający za zadanie wystawić pomnik Brehmerowi, jako twórcy metody klimatycznego leczenia gruźlicy. Komitetowi temu przewodniczy książe na Raciborzu. Wyznać należy, że Zjazd berliński rozbudził w społeczeństwach i rządach głębsze zainteresowanie się sprawą gruźlicy, oraz środkami do jej zwalczania.

* W Tangierze (Maroko) wakuje posada lekarza gminy izraelickiej, w obsadzeniu której pierwszeństwo mają lekarze Austro-Węgier.

Do warunków objęcia tej posady należy: 1) biegłe władanie językiem francuskim; 2) wykazanie się dowodami odbytych studyów lekarskich i dotychczasowej praktyki lekarskiej w szpitalach.

Miesięczne wynagrodzenie za leczenie ubogich gminy izraelickiej wynosi 250 pezet hiszpańskich (około 215 franków).

Za wizytę lekarską w Tangierze płacą 2,50 pezet hiszp. (2 fr.). Wobec braku lekarzy, biorący tę posadę może liczyć na stałą klientelę ciała dyplomatycznego i kolonii europejskiej, a z czasem i na objęcie stanowiska lekarza w międzynarodowej Radzie sanitarnej.

O dalsze szczegóły należy w niedługim czasie zwrócić się do WP. prodziekana, profesora H. Jordana (Kraków, Wiślna 5).

Mianowania i odznaczenia: Prof. dr. Kaposi jest urzędowym delegatem rządu austryackiego na Zjeździe syfilidologów w Brukseli. Dr. Kostenicz mianowany został prof. okulistyki w Warszawie. Prof. nadzw. Müller – prof. zwycz. anatomii w Sztokholmie. Prof. nadzw. Forlanini — prof. zwycz. patologii w Pawii, a dr. Silva — prof. zwycz. również patologii w Turynie.

Nekrologia. Dr. Ed. Frankland — prof. chemii, zakończył życie w Londynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 38: Goldenberga A.; Dla czego dziecko rośnie? Sachsa F.: 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych zapomocą intubacyi (dokoń.). Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 38: prof. Trzebickyego: O doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych. Strzelbickiego I.: Przypadek pseudomeningitidis. Dr. Fajersztajna I.: Polymyositis primaria (c. d.). W *Kronice Lekarskiej* Nr. 18: Dr. Bregmana L.: O ucieczkach automatycznych. Dr. Miklaszewskiego W.: Poglądy współczesne na istotę choroby Addisona z powodu przypadku tej choroby.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krokiewicz A.: Wielokrotny gruczolak żołądka w przebiegu niedokrewności złośliwej postępowej. (Odbitka z *Przegl. Lek.* Nr. 25, 1899).

— Tenże: Trzeci przypadek tężca urazowego, wyleczony zapomocą wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej. (Odbitka z *Przegl. Lek.* Nr. 25, 1899).

— Tenże: Ten sam artykuł po niemiecku. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.*, Nr. 28, 1899).

— Dr. Piltz I.: Ueber Vorstellungsreflexe der Pupillen bei Blinden. (Odbitka z *Neurolg. Centrabl.* Nr. 16, 1899).

— Prof. Beck A.: Ueber künstlich hervorgerufene Farbenblindheit. (Odbitka z *Archiv. für die ges. Physiologie* Bd. 76).

— Dr. Brudziński I.: Ueber den Emulsionszustand des Fettes in der Gaertnerschen Fettmilch. (Odbitka z *Terapeut. Monatshefte*, wrzesień, 1899).

— Prof. dr. Trzebicky: Zur Radicaloperation der Leistenbrüche nach Kocher. (Odbitka z *Wien. medic. Woch.* Nr. 38).

— Dr. Ackermann A.: Ein Fall von Neuralgia trigemini, bedingt durch einen überzähligen Mahlzahn. (Odbitka z *Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 36).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 4 października, o godzinie 6 wieczorem, w sali wykładowej anatomii patologicznej (prof. Browicza) posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Pieniążek 1) przedstawi rzadsze przypadki z oddziału laryngologicznego; 2) będzie miał wykład: O leczeniu operacyjnem zwężeń tchawicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

L. 9513/99/pr.

Celem obsadzenia jednej posady lekarza powiatowego w VIII klasie rangi w galicyjskiej służbie sanitarnej z systemizowanymi dla niej poborami rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 10 Października 1899. Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi, wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21 marca 1873 Nr. 37 Dzpp., niemniej w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie kompetenci pozostający w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo, a w miastach Lwowie i Krakowie przez miejscową c. k. Dyrekcyę policyi.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzoną posada *nadinspektora* VII klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2·400 zł., dodatek aktywalny 420 zł.). — Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 30 listopada 1899. (Patrz Nr. 38 *Przeglądu lekarskiego*).

Rada powiatowa w *Śniatynie* rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna wynosi 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Posada nadaną będzie na razie prowizorycznie na rok jeden.

Termin do wnoszenia podań do 15 października b. r.



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 7 Października 1899. Nr. 40.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 "	40 "	3 "	7 "	12 "
Kwartalnie:	2 "	20 "	1½ "	3½ "	6 "

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 7 Października 1899. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. **Z pracowni farmakologicznej prof. Dra W. Sobierańskiego we Lwowie.**

O znieczulaniu kokainą skóry pod wpływem prądu elektrycznego.

Napisał

Dr. Andrzej Gońka.

Nim przystąpię do opisania mych doświadczeń, chcę parę słów powiedzieć o tak zwanej wchłonliwości czyli przepuszczalności skóry, a czynię to z tego powodu, że obecne eksperymenta rzucają światło i na tę sporną sprawę.

Kwestya wchłonliwości skóry zdaje się coraz bardziej zbliżać ku załatwieniu. I tak, co się tyczy gazów, to prawie już wszyscy badacze zgadzają się, że te mogą przedostać się do wnętrza organizmu przez skórę ludzką; natomiast co do płynów, maści i roztworów rozmaitych substancyj stałych, to zdania są jeszcze podzielone. W ostatnich jednak czasach coraz bardziej ustala się przekonanie, że i te ciała również w pewnych warunkach przedostają się przez skórę ludzką. Za tem twierdzeniem przemawia wiele ściśle wykonanych prac, dowodzących, że resorbcya taka jest możliwą, jakkolwiek odbywa się powoli, gdyż skóra nie należy do łatwo chłonliwych narządów u człowieka. Natomiast, u niektórych zwierząt, np. żab, chłonienie skórne odbywa się bardzo szybko. Pomimo tych robót, istnieje cały szereg prac dowodzących, że resorbcya skórna jest tylko możliwą po naruszeniu całości naskórka.

I tak, np. du Mesnil[1]) twierdzi, że nienaruszona skóra jest nieprzepuszczalną dla płynów, rozpylonej pary, gazów (?) i rozmaitych maści, w praktyce zaś chłonienie następuje, gdyż naskórek zostaje bądź chemicznie, bądź też mechanicznie (przez wcieranie) uszkodzonym.

Nie mam zamiaru tutaj kreślić historyi, a tem bardziej przytaczać krytyki wszystkich prac o wchłonliwości skóry, więc ograniczam się tylko do przedstawienia głównych punktów zajmującej nas sprawy i przechodzę do mego tematu przepuszczalności skóry pod wpływem elektryczności.

Wiedząc, że nawet stężone roztwory kokainy, zastósowane na skórę, nie wywołują wyraźnego znieczulenia, postanowiłem zbadać, o ile przy pomocy prądu elektrycznego da się osiągnąć całkowita anestezya i jak ona będzie przebiegać. Tutaj jednak chcę nadmienić, że już po wcieraniu 5% maści kokainowej[2]), mogłem kilkakrotnie stwierdzić zapomocą czułych przyrządów (estezyometru Freya), wyraźne obniżanie się wrażliwości skóry, lecz objaw ten znikał dosyć szybko i występował tylko u ludzi młodych. U wielu zaś osobników szczególnie starszych, nie mogłem zauważyć żadnego wpływu, po wtarciu maści kokainowych. Doświadczenia te dowodziłyby jednak, że chłonienie przez skórę dokonywa się bardzo powoli, i że zresorbowane cząstki kokainy są szybko odprowadzone, czyli wypłókiwane z dolnych warstw skóry, przeto wybitne znieczulenie powstać nie może, i że tutaj, jak i wogóle przy doświadczeniach farmakologicznych, dają się spostrzegać duże indywidualne różnice.

Po tych kilku wstępnych uwagach chcę podać historyę tak zwanej kataforezy.

Na początku bieżącego stulecia spostrzegł F. Reuss[3]), że prąd elektryczny zdolen jest przeprowadzać płyny, przez które przepuszczany bywa, w kierunku od anody do katody. W kilka lat później R. Porret[4]) potwierdził to spostrzeżenie, a następnie G. Wiedemann[5]) zajął się bliżej badaniem tego spostrzeżenia. Ten ostatni autor badał przedostawanie się płynów przez ściany glinianych cylindrów i płyt i doszedł do takich samych wniosków co Reuss, mianowicie, że płyny poruszają się od anody do katody. Wiedemann dalej dowiódł, że zjawiska te najwybitniej występują pomiędzy alkoholem i wodą, i że zależne są głównie od siły prądu elektrycznego.

Spostrzeżenie Wiedemanna potwierdza Quincke[6]) i przenosi je na włoskowate rurki, a Du Bois-Reymond[7]) mieni te zjawiska nazwą kataforezy. Ten ostatni badacz stwierdza, że stały strumień elektryczy, przeprowadzany przez rozmaite wilgotne ciała (ścięte białko kurze, glinę, kartofel, świeże mięśnie, skórę i t. d.), wywołuje w nich zmiany; mianowicie można spostrzedz ubytek wilgoci przy anodzie, a przybytek jej przy katodzie. W skutek tego ciało, położone obok bieguna ujemnego, staje się więcej spulchnionem, natomiast znajdujące się przy biegunie dodatnim zostaje wysuszonem. Du Bois Reymond twierdzi dalej, że rezultatem wysuszających własności strumienia jest powstanie zmian w przewodnictwie elektrycznem, mianowicie wzrost oporu.

---

[1]) T. du Mesnil Über das Resorptionsvermögen der normalen menschlichen Haut (*Deut. Archiv. f. klin. Medicin.* T. 52. S. 72 1894).

[2]) przyszykowanej z lanoliną.

[3]) F. Reuss: Notice sur un nouvel éffet de d'electricité galvanique. (*Memoir. de la soc. imp. des naturalistes à Moscou.* T. II, S. 330 1809).

[4]) R. Porret. Experiences galvaniques curieuses. (*Ann. de Chemie* et *Physique.* T. II, S. 137 1816).

[5]) G. Wiedemann. Üb. die Bewegung von Flüssigkeiten im Kreise der geschlossenen galvanischen Säule. (*Pogg. Ann.* T. 87. S. 321 1852).

[6]) G. Quincke: Üb. die Fortführung materieller Theilchen durch strömende Electricität. (*Pogg. Ann.* T. 113. S. 513. 1861).

[7]) C. du Bois-Reymond. Zur Theorie des ausseren secundären Wiederstandes. (*Monatsbericht der Berlin. Akad.* S. 883. 1860, 20, ru dnia).

W roku 1870 publikuje Dr. Beer[8]) swoją pracę „o elektrolitycznem przeprowadzaniu jodu przez tkanki zwierzęce", a następnie Munk[9]) w 1873 uskutecznia cały szereg badań z ciałami porowatemi i wreszcie w drugiej swej pracy[10]) dowodzi eksperymentalnie, że wiele ciał chemicznych, jnp. jodek potasu, chinina i strychnina przy pomocy prądu galwanicznego przedostać się mogą przez skórę i wywołują następczo odpowiednie objawy w organizmie.

W dziesięć lat później Gärtner[11]) twierdzi, że kataforetyczne działanie polega na zmianie w przewodnictwie skóry, która pod wpływem płynów, dostających się do naskórka z wilgotnych elektrodów (anody) staje się lepszym przewodnikiem. Wreszcie ten sam autor dowodzi, że sole rtęci zdolne są przy pomocy elektryczności przenikać skórę i że wogóle kataforezę można zastósować do celów leczniczych.

Po tych pracach ukazuje się cała serya mniejszych publikacyj, (Bardet, Ehrmann, Krohnfeld Wildner itd), z których tutaj wyróżnić muszę pracę J. Wagnera[12]), gdyż w niej jest już mowa o kokainowem znieczulaniu skóry u ludzi przy pomocy elektryczności. Autor ten twierdzi, że siła prądu potrzebna do znieczulenia, zależną jest od wielkości powierzchni, jaką mamy znieczulić, a jako przykład podaje, że przy elektrodzie (anodzie) wielkości $2^1/_2$ cent. i zastósowaniu $5^0/_0$ roztworu kokainy, już po 4 lub 5 minutach następowała całkowita anestezya.

Dalej w roku 1890 ukazuje się praca W. Ostwalda[13]), objaśniająca nam przyczynę tych zmian w oporze, który spostrzegł Du-Bois-Reymond. Ostwald mianowicie twierdzi, że zewnętrzny i wewnętrzny drugorzędny opór, powstający przy przepuszczaniu elektryczności przez wilgotne ciała, powodowany jest przeszkodami, jakie znajdują jony podczas swego przesuwania. A więc tutaj muszą grać rolę nietylko kataforetyczne, lecz i elektrolityczne zjawiska, przeto przy kataforezie, obok tych spulchnień i wysuszań, jakie stwierdził Du-Bois-Reymond i H. Munk ukazuje się także działanie jonów — podług Ostwalda np. ścięte białko kurze z siarkanem miedziowym wytwarza na pół przepuszczalną błonę, *(halbdurchlässige Membran)*, przez którą jony miedzi nie mogą się dostatecznie przedostać, wskutek czego warunki dla przewodnictwa elektrycznego stają się po pewnym czasie niedogodnymi, czyli powstaje zewnętrzny drugorzędny opór. Natomiast przy odwróceniu prądu elektrycznego, SO_4 — jony mogą przez błonę doskonale przechodzić i dlatego z samego początku, po zmienieniu kierunku prądu dawny opór w przewodnictwie znika.

Wreszcie kilka słów należy się pracy Oker-Blom'a[14]). Badacz ten studyuje stosunek, jaki zachodzi pomiędzy ilością zastósowanej elektryczności, a ilością przeniknętej substancyi i doświadczenie swoje uskutecznia na myszach z roztworami jodku potasu i chlorku lityny. (C. d n.)

---

8) Beer. Elektrolytische Joddurchleitung. (*Schmidt't Jahrb.* S. 200, 1871).

9) H. Munk. Üb. die kataphorischen Veränderungen der feuchten porösen Körper. (*Arch. f. Anatomie, Physiol. und wissensch. Medicin. Jahrg.* 1873. S 241).

10) H. Munk. Üb. die galvanische Einführung differenter Flüssigkeiten in den unversehrten lebenden Organismus. (*Arch. f. Anatomie, Physiol. u. wiss. Medicin. Jahrg.* 1873 S. 505).

11) G. Gärtner: *Wiener med. Jahrbücher* 1882 — a także *Wien. kl. Wochenschrift* Nr. 48. S. 925, 1889) a także Gärtner: Üb. elektr. Medicinalbäder *Wien. kl. Wochenschrift* Nr. 34 1893.

12) J Wagner. Eine Methode Hautanästhesie durch Cocain zu erzeugen. (*Wien. Med. Blätter. Jahr.* IX. Nr. 6 1886).

13) W. Ostwald: Elektrische Eigenschaften halbdurchlässiger Scheidewände. (*Zeitschrift f. phys. Chemie* T. VI. S. 71 1890).

14) Oker-Blom: Experimentelle Untersuchungen üb. das unter Einwirkung des konstanten elek. Stromes stattfindende Eindringen von medikamentösen Stoffen in den Thierkörper. Willmanstrand 1898.

II. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.

Podał

Prof. Dr. J. Prus,

Dyrektor Instytutu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem d. 23 grudnia 1898).

(Ciąg dalszy).

Przystępując do skreślenia wyników badań własnych, zaznaczyć przedewszystkiem muszę, że w pojawianiu się pewnych objawów odgrywa ważną rolę nietylko siła prądu, ale także miejsce podrażnienia Chociaż bowiem powierzchnia wzgórka czworaczego przedniego u psa jest bardzo małą, to jednak istnieją wybitne różnice w jakości objawów, zależnie od tego, czy drażnimy ściśle środek wzgórka, czy też przednią lub tylną, względnie przyśrodkową lub boczną część wzgórka czworaczego.

Wogólności powiedzieć mogę, że wśród elektrycznego podrażnienia przedniego wzgórka czworaczego u psa zauważyłem rozmaite objawy ruchowe oraz zmianę w zachowaniu się oddychania, parcia krwi i tętna, nadto obfite wydzielanie się śliny, kichanie, jak niemniej objawy pewnego afektu.

Co się tyczy objawów ruchowych, to najczęściej występowały ogólne kurcze tężcowe, czasem zaś pojawiały się szczególniejszego rodzaju ruchy kończyn, podobne do ruchów, jakie wykonuje zwierzę w akcie biegania (ruchy bieżne), lub w czasie pływania. Wyjątkowo zdarzał się napad padaczkowy. Dość często pojawiały się pewne ruchy głowy, ruchy uszu, ogona, gałek ocznych, oraz źrenic. Czasem zauważyłem ruchy połykowe.

Ogólne kurcze tężcowe występowały wśród drażnienia przedniej części wzgórka czworaczego przedniego oraz wśród drażnienia jego części środkowej. Po tej stronie ciała, po której drażniono wzgórek czworaczy, kurcze tężcowe były zazwyczaj o wiele silniejsze, niż po stronie przeciwległej. Tężcowi temu towarzyszyło zwykle skręcenie głowy w stronę przeciwległą i ku dołowi, łapki zaś przednie i tylne wyprężały się ku przodowi, przyczem palce rozstawiały się szeroko, a ogon podnosił się w górę. Kurcze te tężcowe trwały tylko przez czas drażnienia wzgórka czworaczego.

Ruchy, podobne do ruchów wykonywanych wśród biegania, czyli tak zwane ruchy bieżne lub cwałowe (*Laufbewegungen)*, pojawiały się wśród drażnienia tylnej części wzgórka czworaczego przedniego. Ruchy te kończyn były zwykle dość słabo zaznaczone i odbywały się dość powolnie, a trwały tylko przez czas drażnienia. W wyjątkowych przypadkach zjawiały się ruchy bieżne dopiero po odjęciu ele-

ktrod W niektórych przypadkach zauważyłem ruchy kończyn, przypominające te ruchy, jakie pies wykonuje w czasie pływania. Tego rodzaju ruchy zdarzały się czasem tylko po jednej stronie, a mianowicie w obu łapkach po przeciwległej stronie drażnienia.

Napad padaczkowy pojawia się czasem wśród drażnienia, albo wkrótce po zaprzestaniu drażnienia przyśrodkowej lub tylnej części wzgórka czworaczego przedniego. Napad bywa nieraz bardzo gwałtowny, a rozpoczyna się zwykle ruchami bieżnymi głównie w łapkach tylnych, poczem zjawiają się ogólne kurcze tężcowe, a następnie kurcze drgawkowe, wreszcie ślinienie i sen. Później występują czasem napady samoistne. Dodać muszę, że typowe napady padaczkowe spostrzegałem także w tych przypadkach, w których poprzednio wyłuszczyłem całkowicie obie półkule mózgowe.

Co się tyczy ruchów głowy, to oprócz wspomnianego już skręcenia głowy w stronę przeciwną i w dół, a występującego wśród drażnienia przedniej lub środkowej części wzgórka czworaczego przedniego, zauważyłem także podniesienie głowy w górę w tych przypadkach, w których drażniłem tylną część wzgórka czworaczego.

Uszy poruszają się wybitnie wśród drażnienia wzgórka czworaczego, a mianowicie ruch obu uszu ku przodowi występuje w chwili podrażnienia przedniej części wzgórka czworaczego; ruch uszu ku górze pojawia się wśród drażnienia środkowej, przyśrodkowej lub bocznej części wzgórka, a ruch uszu ku tyłowi widocznym jest w czasie drażnienia tylnej części wzgórka czworaczego przedniego.

Podniesienie ogona zdarza się wśród drażnienia przedniej lub środkowej części wzgórka czworaczego.

Kierunek ruchu gałek ocznych zależy ściśle od miejsca podrażnienia wzgórka czworaczego. Wśród drażnienia przedniej części wzgórka oko przeciwległe porusza się ku dołowi i w stronę drażnienia, gdy tymczasem oko po stronie drażnienia nie porusza się wcale. W czasie drażnienia przyśrodkowej części wzgórka oko przeciwległe zwraca się ku górze i w stronę drażnienia, podczas gdy oko po stronie drażnienia jest nieruchome. Pod wpływem drażnienia bocznej części wzgórka poruszają się oba oczy w linii poziomej w stronę przeciwległą. Również tak samo w przeciwległą stronę poruszają się obie gałki oczne wśród drażnienia tylnej części wzgórka czworaczego przedniego. Gdy drażnimy środkową część wzgórka czworaczego pojawia się najczęściej drżenie gałek ocznych *(nystagmus)*. Czasem pojawia się ten objaw dopiero w chwili odjęcia elektrod. Wytrzeszczenie gałek ocznych zdarza się najczęściej wśród drażnienia tylnej lub bocznej części wzgórka czworaczego przedniego.

Ruchy źrenic zależą głównie od miejsca podrażnienia wzgórka czworaczego. Jeżeli drażnimy część środkową, przyśrodkową lub przednią, pojawia się zwężenie źrenic, natomiast jeżeli drażnimy część tylną lub boczną wzgórka czworaczego, źrenice się rozszerzają.

Ruchy połykowe spostrzegałem czasem wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego.

Co się tyczy zachowania się oddychania w chwili drażnienia wzgorka czworaczego przedniego, to zaznaczyć muszę, że wogólności zdarzało się najczęściej wybitne wstrzymanie oddechu i że zależnie od miejsca podrażnienia pojawiają się pewne różnice w zachowaniu się oddychania.

Wśród drażnienia środkowej części wzgórka czworaczego przedniego wstrzymuje się natychmiast oddech w fazie wdechu, a wyjątkowo na szczycie wydechu. Wstrzymanie oddychania trwa przez cały czas drażnienia, poczem pojawia się oddech zwolniony z wdechami głębokimi. Drażnienie przedniej części wzgórka czworaczego sprowadza również natychmiastowe wstrzymanie oddychania na szczycie wdechu, trwające dopóty, dopóki trwa drażnienie, po zaprzestaniu którego pojawia się oddech prawidłowy lub zwolniony. Wśród drażnienia części przyśrodkowej wzgórka czworaczego wstrzymuje się także oddychanie w fazie wdechu, a wstrzymanie to trwa czasem dłużej, niż drażnienie.

Jeżeli drażnimy tylną część wzgórka, spostrzegamy najprzód wstrzymanie oddychania, wkrótce jednak wraca oddech prawidłowy lub nawet nieco się przyspiesza, a w przypadkach, w których elektrody są tak ułożone, że katoda znajduje się w tylnej części wzgórka, podczas gdy anoda zwrócona jest ku stronie bocznej wzgórka czworaczego, brak jest zazwyczaj wstrzymania oddechu i odrazu pojawia się przyspieszenie oddychania. Wśród drażnienia bocznej części wzgórka oddech jest przyspieszony i powierzchowny, a czasem prawidłowy.

Parcie krwi podnosi się zwykle wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego. Jeżeli drażnimy część środkową wzgórka, parcie krwi podnosi się bardzo znacznie natychmiast lub najpóźniej po kilku sekundach, a w miarę tego, im dłużej trwa drażnienie, podnosi się parcie jeszcze więcej wśród lżejszych lub silniejszych wahań. To podwyższenie się parcia utrzymuje się jeszcze przez pewien czas po zaprzestaniu drażnienia. Wśród drażnienia przedniej części wzgórka parcie podnosi się zwolna, nieznacznie i również zwolna się obniża po zaprzestaniu drażnienia, albo też parcie podnosi się odrazu bardzo znacznie i mimo zaprzestania drażnienia podnosi się jeszcze znaczniej przez czas pewien. Drażnienie przyśrodkowej części wzgórka czworaczego przedniego sprowadza bardzo gwałtowne podwyższenie się parcia, poczem zjawiają się silne wahania się w parciu, trwające czasem blizko minutę i to mimo zaprzestania drażnienia, a w końcu obniża się parcie zwolna do prawidła. Jeżeli drażnimy tylną część wzgórka, parcie podnosi się zwolna a po zaprzestaniu drażnienia obniża się parcie wśród wybitnych wahań Traubego i Heringa. Podobnie zachowuje się krzywa parcia wśród drażnienia bocznej części wzgórka czworaczego.

Tętno najczęściej wybitnie się zwalnia wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego. Wśród drażnienia środkowej części wzgórka pojawia się zwykle natychmiast bardzo znaczne zwolnienie tętna o cechach właściwych tak zwanemu tętnu nerwu błędnego. Czasem zwłaszcza przy użyciu słabszych prądów pojawia się tętno nerwu błędnego dopiero wśród dłuższego drażnienia. Pod wpływem podrażnienia przedniej części wzgórka zjawia się również zwolnienie tętna, aczkolwiek nie tak znaczne, jak w poprzednich warunkach.

Wśród drażnienia przyśrodkowej części wzgórka widzimy znów bardzo znaczne zwolnienie tętna o cechach tętna nerwu błędnego. Drażnienie tylnej części wzgórka sprowadza tylko nieznaczne zwolnienie tętna, a czasem tętno jest prawidłowe. Również drażnienie bocznej części wzgórka łączy się tylko z nieznacznem zwolnieniem tętna.

Do objawów stale występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego zaliczyć także muszę obfitsze wydzielanie się śliny.

Kichanie zdarzało się czasem po ustąpieniu kurczów tężcowych, wywołanych przez podrażnienie przedniej części wzgórka czworaczego. Najczęściej wywołać mogłem akt kichania w tych przypadkach, w których poprzednio wyłuszczyłem nietylko półkule mózgowe, ale także ciałko prążkowane i wzgórek wzrokowy.

Co do afektów, to najczęściej spostrzegałem u psa pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego objawy złości pod postacią właściwego pomrukiwania, lub warczenia i wstrząsania głową lub całem ciałem.

Jak widzimy, wyniki moich doświadczeń różnią się w wielu względach od wyników, otrzymanych przez poprzednich badaczy. Pomijając szczegółowy wykaz tych różnic, — są one bowiem dostatecznie widoczne, — nadmienię tylko, że do pewnego stopnia pochodzą one z tej przyczyny, iż poprzednicy moi nie uwzględniali należycie dokładnego określenia miejsca podrażnienia.

Pragnąc wytłómaczyć genezę czyli właściwą przyrodę objawów występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego, musimy przedewszystkiem odpowiedzieć na pytanie, czy objawy powyżej skreślone są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie nerwów dośrodkowych?

Gdyby wszystkie objawy powyższe zawdzięczały swe powstanie podrażnieniu nerwów czulnych, znajdujących się na powierzchni wzgórka czworaczego przedniego, to po zapędzlowaniu wzgórka czworaczego roztworem kokainy, drażnienie elektryczne znieczulonego wzgórka nie powinnoby wywołać żadnego z opisnaych objawów. Atoli liczne w tym kierunku przeprowadzone doświadczenia wykazały, że po należytem znieczuleniu powierzchni wzgórka czworaczego przedniego zapomocą 10% kokainy, drażnienie elektryczne nie jest w stanie wywołać jedynie tylko pewnych objawów, gdy tymczasem inne objawy występują z tą samą prawidłowością, jak przed znieczuleniem. Do objawów, których po znieczuleniu wzgórka czworaczego nie można już wywołać przez drażnienie elektryczne (względnie mechaniczne) należą: ruchy bieżne, napad padaczkowy, wstrzymanie oddechania, podwyższenie parcia krwi, zwolnienie tętna, wydzielanie śliny, kichanie, oraz objawy złości. Zdaniem mojem nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że objawy właśnie co wyliczone są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie nerwów dośrodkowych, a mianowicie nerwów czulnych lub włókien nerwu wzrokowego. Natomiast, mimo znieczulenia wzgórka czworaczego przedniego pojawiają się pod wpływem elektrycznego podrażnienia następujące objawy: kurcze tężcowe, oraz opisane ruchy głowy, gałek ocznych i źrenic, jak niemniej ruchy uszu i ruchy połykowe. Objawy te pochodzić mogą albo od podrażnienia komórek, względnie włókien, ruchowych, znajdujących się w samym wzgórku czworaczym przednim, albo też od podrażnienia ubocznymi prądami sąsiednich części układu nerwowego, n. p. dróg ruchowych, przebiegających w szypułce mózgu *(pedunculus cerebri)*. Przeciw drugiemu przypuszczeniu zdaje się atoli przemawiać ta okoliczność, że na wywołanie wspomnianych objawów ma wpływ przedewszystkiem miejsce zadrażnienia, a nie siła prądu. Gdyby bowiem w pojawieniu się powyższych objawów odgrywały główną rolę prądy uboczne, udzielające się częściom, leżącym poza obszarem wzgórków czworaczych, to oczywiście musiałyby te objawy pozostawać w wyłącznej niemal zależności od siły prądu, a nie od miejsca, w którem wzgórek czworaczy drażnimy; gdy tymczasem doświadczenia wykazały, że nieznaczne przesunięcie elektrod daje już odmienny wynik. Silniejszy dowód słuszności tego rozumowania spoczywa w doświadczeniu, które poucza, że bezpośrednie drażnienie dróg piramidalnych, przebiegających w szypułce mózgu, sprowadza kurcze tężcowe w jednej tylko, a mianowicie w przeciwległej połowie ciała, podczas gdy drażnienie jednego wzgórka czworaczego przedniego wywołuje obustronny tężec — i to silniejszy właśnie po stronie drażnienia, niż po stronie przeciwległej. Wobec tego sądzę, że przypuszczenie pierwsze jest uzasadnione, że więc wspomniane objawy ruchowe, a mianowicie kurcze tężcowe, ruchy głowy, gałek ocznych i źrenic, jak niemniej ruchy uszu i ruchy połykowe są wynikiem podrażnienia komórek względnie włókien ruchowych, znajdujących się w wzgórku czworaczym przednim. Rozstrzygnięcie pytania, czy wśród drażnienia powierzchni wzgórka czworaczego przedniego drażnimy pewne komórki ruchowe, czy też włókna ruchowe, byłoby wielkiej doniosłości; w pierwszym bowiem przypadku mielibyśmy prawo do wypowiedzenia zdania, że w wzgórku czworaczym przednim istnieją ośrodki ruchowe dla ogólnych kurczów tężcowych, oraz dla ruchów głowy, gałek ocznych i źrenic, tudzież dla ruchów uszu i ruchów połykowych, w drugim zaś przypadku musielibyśmy przypuścić, że przez wzgórek czworaczy przedni przebiegają jakieś drogi ruchowe. W każdym razie atoli nie ulega żadnej wątpliwości, że wzgórek czworaczy przedni spełnia pewną funkcyę ruchową. (c. d. n.)

Z oddziału prof. A. Rosnera w szpitalu św. Łazarza.

III. Protargol jako środek zapobiegawczy przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków.

napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

(Dokończenie).

Wobec tego chodziło nam o wyszukanie leku takiego, którýby można dać w ręce położnej, a którýby działał również pewnie zapobiegawczo, jak azotan srebrowy, a w łatwiejszy i mniej niebezpieczny sposób mógł być zastósowany. W ostatnich czasach pojawiły się liczne przetwory srebra, przewyższające azotan tem, że z istotami białkowemi tworzą związki rozpuszczalne. Z przetworów tych zalecano larginę, zawierającą 11·1% srebra, argoninę 4·2%, argentaminę 6·3% i protargol 8·3%. Ten ostatni zaczął zdobywać obecnie coraz to większe zastósowanie w okulistyce. Pergens, Dissler, Szulisławski[1]), a nawet Praun, a szczególniej, Wicherkiewicz uważają go jako środek swoisty w zapaleniu ro-

[1]) Szulisławski: O zastósowaniu protargolu w okulistyce. (*Przegląd lekarski*).

pnem spojówek. Fürst[2]), dając mu pierwszeństwo przed azotanem srebrowym, zaleca go użyć jako środka zapobiegawczego. To właśnie skłoniło nas do przeprowadzenia szeregu doświadczeń z protargolem, jako lekiem zapobiegawczym przeciw ropnemu zapaleniu spojówki noworodków.

Na tem miejscu pozwolę sobie złożyć serdeczne podziękowanie WP. Prof. Rosnerowi za udzielenie materyału i nieszczędzenie cennych wskazówek.

Chodziło nam głównie o to: 1) Czy protargol jest w stanie zapobiedz pojawianiu się zapalenia ropnego spojówek? 2) Czy i jaki odczyn wywołuje zapuszczenie protargolu? 3) Czy przy zapuszczaniu większej ilości będzie odczyn silniejszy? 4) Jak długo oko po protargolu jest aseptyczne, to jest w jaki czas po zapuszczeniu napotykamy w worku spojówkowym bakterye? 5) Dlaczego przy jednakowej technice zapuszczania odczyn jest rozmaity?

Spostrzeżenia opieramy na 170 przypadkach, obserwowanych na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza. Noworodki pozostawały pod obserwacyą przeciętnie dni 10; najkrótszy czas obserwacyi wynosił dni 8, najdłuższy 21.

Doświadczenia przeprowadzaliśmy w sposób następujący: w parę minut po ukończeniu porodu, a więc mniej więcej w tym czasie, w którym to mogła zrobić położna, przeprowadzająca poród, rozwieraliśmy powieki według wskazówek Credégo i zapuszczali z zakraplacza roztwór protargolu. — Pergens używa przy ropnem zapaleniu spojówki $2^{0}/_{0}$ roztwór protargolu; ponieważ jednak nawet czysty proszek protargolu można bez niebezpieczeństwa stosować, jak to robił Darier, dlatego używaliśmy roztworu silniejszego, to jest $10^{0}/_{0}$. Następnie, obserwując zachowanie się oczek w jednogodzinnych odstępach czasu, szczepiliśmy wydzielinę na agarze co 12 godzin, badając ją równocześnie drobnowidowo na gonokoki. Że protargol, jako środek zapobiegawczy ropnemu zapaleniu spojówki, nie ustępuje miejsca azotanowi srebrowemu, najlepszym tego dowodem jest porównanie przypadków, w których użyliśmy azotanu srebrowego, z przypadkami, w których stosowano protargol. Na 170 przypadków, w których używaliśmy protargolu, był jeden przypadek ropnego zapalenia spojówki, a więc $0{\cdot}58^{0}/_{0}$, na 220 przypadków w których zapuszczaliśmy azotan srebrowy, był także tylko 1 przypadek ropnego zapalenia, a więc $0{\cdot}45^{0}/_{0}$.

Jak z tego widzimy, protargol jest również pewnym środkiem zapobiegawczym, jeżeli się jeszcze uwzględni i tę okoliczność, że materyał szpitalny, rekrutujący się z najniższych warstw miejskich lub podmiejskich, bardzo obfituje w rzeżączkę.

Odpowiedzią na drugie pytanie będzie przedstawienie stanu oczek w pierwszych trzech dniach i zestawienie wszystkich spostrzeganych przypadków.

	1 godz.	Nieznacz. zaczerw. spoj. pow.	Obrzęk brzegów powiekowych	--	—	Oczka otwiera
	2 „	„ „ „ „	Obrzęk brzegów i zsinienie	—	—	„ „
	3 „	Zaczerw. silne i przekrwienie	„ „ „	Łzawienie	—	„ „
	4 „	Silne przekrwienie	„ „ „	„	—	„ „
	5 „	„ „	Obrzęk wodnisty całych powiek	„	—	„ z trudnością
	6 „	„ „	„ „ „ „	—	Wydzielina śluzowa	„ „
	7 „	„ „	„ „ „ „	—	Wydzielina śluzowa obfita	„ „
	8 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	9 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	10 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
1-go dnia	11 „	Przekrwienie mniejsze	„ „ „ „	—	Wydzielina śluzowa mniejsza	Oczka otwiera
	12 „	„ „	Mniejszy „ „ „	—	„ „ „	„ „
	13 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	14 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	15 „	„ „	„ „ „ „	—	Wydzielina śluz. nieznaczna	„ „
	16 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	17 „	Nieznaczne przekrwienie	Obrzęk brzegów powiekowych	—	„ „ „	„ „
	18 „	„ „	„ „ „	—	„ „ „	„ „
	19 „	„ „	„ „ „	—	Wydzielina śluzowa skąpa	„ „
	20 „	Silne zaczerwienienie	Nieznaczny ob. brzeg. i zsinienie	—	„ „ „	„ „
	21 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	22 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	23 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
	24 „	„ „	„ „ „ „	—	„ „ „	„ „
2-go dnia		Zaczerwienienie spojówki powiekowej	Brak obrzęku, zsinienie brzegu powieki	—	Brak wydzieliny	Oczka otwiera
3-go dnia		Nieznaczne zaczerwienienie spojówki powiekowej	Zsinienie brzegu powieki górnej	—	—	—

W zestawieniu wszystkich spostrzeganych przypadków musimy uwzględnić te, które przebiegały z nieznacznem zaczerwienieniem, z silnem zaczerwienieniem i przekrwieniem, z obrzękiem, łzawieniem i wydzieliną śluzową lub śluzowo-ropną. Co do przekrwienia to tylko w trzech przypadkach mieliśmy znaczniejsze nastrzykanie spojówki gałkowej, w reszcie przypadków nastrzykana była tylko spojówka powiekowa.

[2]) Fürst: Zur Prophylaxe und Behandlung der Blennorrhoen der Neugeborenen (*Fortsch. in d. Med.*).

Dnia	Przekrwienie	Zaczerwienienie	Prawidłowe
pierwszego	77	93	—
drugiego . .	59	66	45
trzeciego . .	34	38	96
czwartego .	22	16	130
piątego . . .	9	7	153
szóstego . .	2	—	166
siódmego .	—	—	169

Obrzęk znaczniejszy zauważyliśmy zaledwie w kilku przypadkach, nigdy jednak nie był on tak znaczny, żeby tworzył przeszkodę w swobodnem otwieraniu powiek. I tak spostrzegaliśmy znaczniejszy obrzęk dnia:

pierwszego . . 21 razy
drugiego . . . 15 „
trzeciego . . . 7 „
czwartego . . . 4 „
piątego . . . 1 „

Znaczniejsze łzawienie pojawiło się 11 razy, zawsze dnia drugiego; nawet w tych przypadkach, gdzieśmy po raz drugi zapuszczali protargol, łzawienie pojawiało się także dnia następnego.

Wydzielina wystąpiła zaledwie w jednej trzeciej części spostrzeganych przypadków i to zawsze niezbyt obfita, zazwyczaj śluzowa, w nielicznych tylko przypadakach śluzoworopna.

	Wydzielina śluzowa	Wydzielina śluzowo-ropna
dnia pierwszego .	48	11
„ drugiego . .	25	8
„ trzeciego . .	14	5
„ czwartego . .	8	2
„ piątego . . .	3	2
„ szóstego . .	—	1
„ siódmego . .	—	—
„ ósmego . . .	—	2
„ dziewiątego .	2	3
„ dziesiątego .	4	3

Wydzielina utrzymywała się najdłużej do dnia piątego, zazwyczaj już dnia czwartego nie było jej ani śladu. W tych kilku przypadkach, gdzie wydzielina pojawiła się w dniach późniejszych, nie możemy brać jej za objaw odczynowy, tylko jako przypadkowe następowe zakażenie, a to dlatego, że wydzielina ta pojawiła się w oczkach poprzednio zdrowych, nadto występowała, prócz jednego przypadku, zawsze tylko w jednem oczku.

We wszystkich tych przypadkach, gdzie wydzielina pojawiła się w dniach późniejszych, stósowaliśmy po raz drugi roztwór protargolu, po czem objawy zapalne znacznie się zmniejszały, mimo to jednak, nie mogąc ze względu na brak miejsca trzymać dłużej zupełnie już zdrowych położnic dla obserwacyi oczek noworodka, skierowywaliśmy je zawsze do kliniki okulistycznej. Zapuszczaliśmy początkowo po jednej kropli, później po kilka, a nawet po kilkanaście. Objawy odczynowe po większej ilości leku zupełnie się niczem nie różniły od objawów po jednej kropli, dlatego ich osobno nie opisujemy. Zmiany barwikowe na powierzchni powiek, jakie się po dłuższem używaniu protargolu pojawiają, jak podaje Langie[1]), w naszych przypadkach się nie pojawiły dlatego, że stosując nawet większą ilość, stosowaliśmy ją tylko raz jeden, a nie przez czas dłuższy. Dajemy pierwszeństwo zapuszczaniu większej ilości dlatego, że nie sprowadzając silniejszego odczynu, jest technicznie łatwiejsze, a nadto do pewnego stopnia przepłókuje mechanicznie worek spojówkowy; wszak w tej myśli polecał Kalt[2]) przepuszczać przez worek spójówkowy dwa litry roztworu nadmanganezianu potasowego.

Hodowle z wydzieliny otrzymywaliśmy przeciętnie po 42 godzinach, chociaż były i przypadki, gdzie hodowle wyrosły z wydzieliny, branej dopiero po 54 godzinach; tak więc, przez dwa dni po zapuszczeniu protargolu, oczka były zupełnie aseptyczne. Co do rodzajów drobnoustrojów, to bliższe ich ocenienie przechodziło zakres naszej pracy i dla naszych doświadczeń było to zupełnie obojętne; gdyż jak wykazują prace Moraxa, Meyego, Kroeniga i innych, o czem dokładniej w pracy Jarnatowskiego,[3]) zapalenie ropne spojówki sprowadzają nie tylko gonokoki, ale także i inne mikroorganizmy.

Według naszych spostrzeżeń rozmaitość odczynu, to jest występowanie w jednych przypadkach obrzęku i wydzieliny, w innych zaś tylko nieznacznego przekrwienia pomimo zachowania tej samej techniki zapuszczania, zależy od długości trwania porodu, zwłaszcza zaś okresu drugiego. Znaczniejszy odczyn spotykaliśmy po porodach przy miednicach ścieśnionych, przy porodach długo się przeciągających z powodu słabych bólów porodowych, nadto przy porodach kleszczowych i twarzowych.

W przypadkach tych już zaraz po porodzie widać silne przekrwienie spojówek powiekowych, nieznaczny obrzęk surowiczy powiek i często silne przekrwienie spojówek gałkowych. Jeżeli tak przedstawiają się oczka po porodzie, to możemy już z góry powiedzieć, że odczyn po zapuszczeniu protargolu będzie silniejszy. Na siłę odczynu będzie prawdopodobnie także wpływać i stopień zakaźności wydzieliny pochwowej, jaka się do oczka dostała. Odczynu silniejszego po protargolu u noworodków niedonoszonych nie zauważyliśmy, jak to spotykał Cramer[4]) przy zapuszczaniu azotanu srebrowego, owszem, przeciwnie w przypadkach tych odczyn był jak najłagodniejszy.

Porównując z azotanem srebrowym, do szczególniejszych zalet protargolu, jako środka zapobiegawczego, musimy zaliczyć że:

1) Nie posiada własności żrących i przyżegających nawet w silnych roztworach, a jak stwierdził Dariér, nawet czysty.

2) Zapuszczanie jest zupełnie niebolesne.

3) Nie tworzy strupa, a więc może przenikać w głąb.

4) Daje się bez zmiany dłuższy czas przechowywać.

5) Można go bezkarnie używać nawet w większej ilości.

6) Zapalenie odczynowe jest bardzo nieznaczne, gdyż zaledwie tylko w $1/3$ wszystkich przypadków spotykaliśmy

[1]) Langie. Kilka uwag o wartości protargolu w okulistyce (*Przegląd Lek.*).

[2]) Kalt. Behandlung der Opthalmia neonatorum (*Gaz. des hôpit.*).

[3]) Jarnatowski. Krótki pogląd na dzisiejszy stan bakteryologii chorób spojówki i rogówki (*Przegląd Lek.*).

[4]) Cramer. Der Argentumkatarh der Neugeborenen (*Central. f. Gynek.*)

wydzielinę, tak, że bez wydzieliny było 65·2%, gdy tymczasem po azotanie srebrowym, jak podaje Cramer, tylko 4% przebiega bez wydzieliny.

7) Objawy odczynowe trwają znacznie krócej, bo już drugiego dnia oczka stają się zazwyczaj prawidłowe, piątego zaledwie u 12 stan oczek nie był jeszcze zupełnie dobry, gdy tymczasem w doświadczeniach Cramera po azotanie srebrowym piątego dnia tylko 75 na 300 miało oczka prawidłowe.

8) Wydzielina jest skąpa, wprost przeciwnie jak przy azotanie srebrowym, gdzie jest bardzo obfitą i ropiastą.

9) Obrzęku zazwyczaj brak, a w tych przypadkach, w których się obrzęk pojawił, był tak nieznaczny, że noworodki zupełnie swobodnie oczka otwierały, gdy tymczasem przy azotanie srebrowym obrzęk jest tak silny, że noworodek często przez dwa dni otworzyć ich nie jest w stanie.

10) Technika zapuszczania jest łatwiejsza.

Ponieważ bez niebezpieczeństwa możemy na raz użyć większą ilość rozczynu, dlatego pomijamy polecane przez Credego zapuszczanie z pręcika, a natomiast używamy zakraplacza, którym wpuszczamy rozczyn do oczka ze znaczniejszej odległości, przez co usuwamy niebezpieczeństwo urazu gałki ocznej, jakiby się mógł wydarzyć przy nieumiejętnem stósowaniu sposobu Credego.

Polecając zapuszczanie oczek uczennicom położnictwa, przekonaliśmy się, że nawet dla najmniej zgrabnych kobiet wiejskich technika sama nie przedstawiała żadnych trudności. Mając obecnie taki środek, jak protargol, który działa równie pewnie jak azotan srebrowy, a który nie posiada własności żrących, nie ulega rozkładowi i którego zastósowanie jest znacznie łatwiejsze, oddajmy go w ręce akuszerek jako środek zapobiegający zapaleniu spojówek, a z pewnością tysiącom wzrok uratujemy.

IV. Przypadek rany postrzałowej nerki prawej.

Podał
Dr. Edward Zieliński
z Nowego Sącza.

(Dokończenie).

Podobny przypadek więcej tylko zawikłany, który w dodatku zakończył się śmiercią, opisuje E. Payz (*Deutsche Zeitschrift für Chirur.* Bd. XLVIII): 22 letni mężczyzna, idąc w kierunku kliniki w Gracu, trafił na zbiegowisko i otrzymał postrzał z karabinu Manlichera małego kalibru. Oznaki groźnej niedokrewności z zapadem i ciągły krwotok z dużej rany, znajdującej się w okolicy lędźwiowej lewej, zmuszały do dokładnego zbadania w uśpieniu chloroformowem. Po rozszerzeniu rany znaleziono odłamki kuli, które zniszczyły mięśnie, robiąc sztuczne w nich otwory, odstrzeloną część żebra, a wreszcie stwierdzono, że powodem krwotoku była zniszczona i na 2 części przedarta nerka, przedstawiająca 2 odcinki, mniejszy dolny i większy górny. Wyjęto nerkę, a ranę wytamponowano.

Pomimo, że chory chwilowo był bez tętna, przeżył jeszcze 5 dni, zmarł jednak na obustronne zapalenie płuc.

Payz podnosi, że polecana przez Küstera tamponada rany z utrzymaniem nerki w danym przypadku nie miała widoków powodzenia. Co również sądzę o przypadku przezemnie opisanym.

Zejście śmiertelne tłómaczy zapaleniem oskrzeli już dawniej istniejącem i zakażeniem bakteryami z jelita grubego, gdyż poprzecznica na wielkiej przestrzeni była uszkodzoną i krwią podbiegłą, nieodnosząc zejścia śmiertelnego do zakażenia, jakie mogło w danym przypadku powstać z samej rany.

Co się tyczy wskazań do operacyi w zranieniu nerki, to wyłuszczone są one w pracy Keena.

Keen (*Annals of surgery 1896 August*) rozporządzał materyałem 155 przypadków zranień nerki, które asystent jego, Dr. Spencer, zebrał mozolnie z piśmiennictwa od roku 1878. Sam autor ogranicza się na krótkiem omówieniu różnych rodzajów zranień, aby wskazówki lecznicze, przez te zranienia dostarczone, nieco obszerniej omówić. Przytem zwraca uwagę na 2 sprawy, mianowicie: 1) Rodzaj zranienia samej nerki jako takiej i 2) czy są obok zranienia samej nerki i inne uboczne zranienia.

Co się tyczy pierwszego punktu, bo ten nas tu głównie obchodzi, w zranieniach samej nerki rokowanie zależy przedewszystkiem od tego, jakie jej części i w jakim stopniu istota nerkowa trafioną została.

Zranienia substancyi korowej, mianowicie kłóte jej rany, okazują się dla leczenia jako najpomyślniejsze. Krwawienie w takich przypadkach bywa zwykle nieznaczne, tak samo wydzielanie się moczu z rany jest małe. Także same zranienia miedniczek nerkowych, analogicznie do cięć, wykonywanych na miedniczkach nerkowych w celu wydalenia kamieni sposobem operacyjnym, dają dobre rokowanie.

W przeciwieństwie do tych, zranienia substancyi rdzennej, a mianowicie razem z nią większych naczyń nerki, czynią rokowanie poważniejszem, zwłaszcza rozdarcia nerki przez zadziałanie gwałtowne pocisków. Co się tyczy leczenia to autor jest zdania, że czynny zabieg operacyjny powinien być zawsze stósowany, a przynajmniej częściej niż dotychczas. Tylko w ranach kłótych leczenie zachowawcze może mieć miejsce. W innych razach należy ranę rozszerzyć i dojść aż do samej nerki. Następne zaś działanie zastósować według tego, jaki jest stan nerki i gdy naczynia nie są naruszone, a miąższ nie jest w znacznym stopniu zniszczony — to można narząd ten utrzymać, — gdyż rana goi się przez tamponadę nawet bez pozostawienia przetoki moczowej. — W przeciwnym razie należy nerkę wyjąć.

Można próbować zeszycia ran miedniczek nerkowych. Autor jest zdania, że stósowany w ten sposób zabieg operacyjny daje o wiele lepsze wyniki, niż wyczekiwanie i leczenie zachowawcze.

Ponieważ opisany przezemnie przypadek wyjęcia nerki miał miejsce u kobiety, pozwolę sobie zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół, który podniósł Schramm (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1896, Nr. 6). Opisuje on szczegółowo przypadek operacyjny i przebieg porodu po upływie 3 lat u jednej pacyentki, u której z powodu puchliny nerkowej (*hydronephrosis*) wyjęto prawą nerkę. Ciąża, poród i połóg odbyły się stosunkowo zupełnie prawidłowo, chociaż począwszy od 5-go miesiąca znajdowała się dość znaczna ilość białka w moczu. Przy tem zwraca Schramm uwagę na tę okoliczność, że u kobiet, które nie mają jednej nerki, w razie ciąży grozi niebezpieczeństwo białkomoczu, przewlekłego zapalenia nerki, napadu drgawek.

Przy wskazaniach do operacyi nerek w ogólności podaje cenne wskazówki A. Obaliński (*Wiener med. Wochenschrift*, 1897, Nr. 6 i 7). Autor, opisując przypadki kamicy nerkowej, puchliny nerkowej zwykłej i ropnej *(hydropyonephrosis)*, ropnego zapalenia przynerkowego *(paranephritis suppurativa)*, gruźlicy nerek, nerki wędrującej; przy omawianiu wskazań do wyłuszczenia nerki powiada, że właściwie są tylko 2 wskazania, mianowicie, gdy przy powiększonej nerce napewno uczynić można rozpoznanie nowotworu złośliwego lub gruźlicy. W innych przypadkach skłonić się można do wyjęcia, gdy, po odsłonięciu nerki, daje się stwierdzić, że jest ona do swej funkcyi zupełnie niezdolną, albo że z powodu jej obecności wyniknąć może dla ustroju całego niebezpieczeństwo. W innych przypadkach przekładać trzeba nacięcie nerki (nefrotomię), nad wycięcie (nefrektomię). Do przeciwskazań nefrektomii Obaliński zalicza: brak już jednej nerki; gdy obie nerki zajęte są tą samą sprawą chorobową, lub gdzie istnieje doraźne niebezpieczeństwo dla życia z powodu ogólnego osłabienia ustroju albo złych warunków operacyjnych, np. zrostów torebkowych etc.

Następnie G. Perthes *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie)* podaje zajmujący przegląd materyału klinicznego Trednelenburga w Bonn, mianowicie 22 przypadki operacyj nerkowych, z których 3 przypadki zakończyły się śmiercią, a więc 3·5% i to więcej z powodu wyniszczenia jeszcze przed operacyą, niż wskutek samego zabiegu. Materyał ten jest tem ciekawszy, że Trendelenburg w przeciwieństwie do większości chirurgów, posługiwał się prawie wyłącznie do operacyi nerki laparotomią i nie operował pozaotrzewnowo.

Zalety, jakie daje laparotomia, leżą, jak to już ze strony ginekologów, zwłaszcza Sängera, podniesiono, w technicznych i anatomicznych stosunkach. Mianowicie, przez otwarcie jamy brzusznej można wybadać dokładnie zdrową i chorą nerkę,— przegląd pola operacyjnego jest lepszy przy podwiązywaniu moczowodu i naczyń nerki. Im większy jest obrzęk nerki, tem większe daje korzyści ten sposób operowania. Nie ulega jednak wątpliwości, że laparotomia jest zabiegiem operacyjnym niebezpieczniejszym i poważniejszym, niż cięcie w okolicy lędźwiowej. Wogóle otwieranie jamy brzusznej połączone jest zawsze z niebezpieczeństwem wstrząsu (shock), a wreszcie niezbędne przy wyjęciu nerki dwukrotne otwieranie jamy otrzewnowej jest zawsze zabiegiem bardzo poważnym, z którym się liczyć trzeba. Trendelenburg jest zdania, że tylko te przypadki, gdzie schorzała nerka przedstawia ognisko posoczne i gdzie wskutek operacyi drogą laparatomii może przyjść do zakażenia otrzewnej, zupełnie się do tego zabiegu nie nadają.

Co się tyczy techniki operacyjnej, to należy zauważyć, że dla małych rozmiarów powiększenia chorobowego nerki wystarcza cięcie podłużne po zewnętrznej stronie mięśnia prostego *(m. recti abdominis)* brzucha. Dla większych posłużyć może cięcie skośne tuż pod łukiem żebrowym, od dolnego końca linii pachowej przedniej począwszy, ku przodowi i na dół do wzgórka łonowego. Gdy się odsłoni okolicę guza, nacina się otrzewnę równolegle do jelita grubego. Większe guzy torbielowate pomniejsza sie przez nakłócie. Naczynia we wnęce nerki należy możliwie osobno podwiązać, — a również osobno podwiązany i czasem termokauterem przypalony koniec moczowodu zapuszcza się do rany.

Trendelenburg zwykle drenował ranę po wyjęciu nerki zapomocą gazy, która przebiegała poprzecznie przez jamę brzuszną i aby uniknąć zakażenia jodoformem, używał do tamponady gazy wyjałowionej. Co się tyczy leczenia puchliny nerkowej zwykłej i ropnej, oraz kamieni nerkowych, Trendelenburg przekładał zawsze wycięcie nerki nad jej nacięcie z tego powodu, że pozostała część nerki zdolna do funkcyi w tych razach zwykle jest tak mała, że się do zera da sprowadzić, a następnie, że po nacięciu nerki zwykle pozostają przetoki moczowe, które z reguły nie dają się zupełnie wyleczyć.

Perthes powiada: Nie bez racyi wycina się zdrową nerkę, aby chorego uwolnić od uciążliwej przetoki moczowej, na co więc tworzyć sztuczne przetoki, aby zachować część nerki bardzo wątpliwej wartości.

W końcu pozwolę sobie przytoczyć jeszcze zestawienie przypadków operacyj nerek przez G. Lotheisena (*Langenbeck's Archiv. Bd. LII. H. 4)* z kliniki Billrotha obecnie Gussenbauera, od roku 1867 do 1895. Razem przypadków 55. Lotheisen nadmienia, że sposób operacyi Billrotha w pojedynczych szczegółach różnił się od sposobu operowania innych chirurgów; do podwiązek używano z dobrym skutkiem jedwabiu, a ranę drenowano. Z 55-ciu przypadków operowanych zmarło 25. Odsetek śmiertelności wynosił więc 45%. Zajmujący jest jeden przypadek, gdzie chory przez 36 godzin miał zatrzymanie moczu z powodu obrzęku jednej nerki. Jak niebezpiecznem może być wyłuszczenie nerki dowodzi przytoczony tu jeden przypadek, gdzie w drugiej nerce znajdowało się zapalenie miąższowe tak, że przypadek ten po operacyi zakończył się śmiercią.

U jednego znów chorego przy operacyi wyłuszczenia nerki — wyjęto wraz z nerką żyłę główną *(v. cava)*, która wzięto za żyłę nerkową i podwiązano, wskutek czego po $1\frac{1}{2}$ godziny nastąpiło zejście śmiertelne.

Pozwoliłem sobie opisać powyższy przypadek raz dla tego, że rany postrzałowe nerki należą wogóle do przypadków rzadkich, jak to mogłem się przekonać z przeglądnięcia dostępnego mi piśmiennictwa, a powtóre, że chciałem choć w głównych zarysach podnieść pewne szczegóły i ważniejsze zapatrywania przy zranieniach i wogóle sprawach chorobowych nerek, leczonych sposobem operacyjnym.

V. Wyciągi.

Dr. Teodor Escherich: **Smoczek z kwasu borowego** *(Borsäureschnuller)* **i nowa metoda leczenia pleśniawek.** *(Die Therapie der Gegenwart* Nr. 7, 1899). Pleśniawki (soor) u osesków nietylko że nie są chorobą lekką, lecz mogą stać się nierzadko bądź bezpośrednio, bądź pośrednio nawet przyczyną śmierci. Powszechnie używane, choćby najostrożniejsze wymywanie jamy ustnej roztworem kwasu borowego, połączone nawet z pędzlowaniem sublimatem i przyżeganiem kamieniem piekielnym, nie zawsze prowadzi do celu. Escherich wynalazł sposób, nietylko usuwający już istniejący nalot pleśniawek, lecz równocześnie wstrzymujący nawrót choroby, bez mechanicznego drażnienia błony śluzowej ust. Ku temu celowi używa autor od trzech miesięcy na swojej klinice smoczka borowego z najlepszymi wynikami. Smoczek składa się z większego lub mniejszego, odpowiednio wiekowi dziecka, tamponika z wyjałowionej waty, posypanego około 0·2 grm. sproszkowanego kwasu borowego, do którego dla smaku

dodano nieco sacharyny. Tamponik ten owija się kawałkiem wyjałowionego jedwabiu lub cienkiego batystu i po obwiązaniu podaje się dziecku do ust. Prawie wszystkie dzieci przyzwyczajają się łatwo do smoczka i trzymają go chętnie w ustach w przerwach między karmieniem, a nawet podczas snu, wykonując przytem silne ruchy ssące i połykowe. Co 24 godzin podaje się dziecku świeży smoczek Dla chwilowego przechowywania smoczka znajduje się obok dziecka, tylko do tego celu przeznaczone, przykrywką zaopatrzone naczynie szklane. Pomimo zejścia pokładu pleśniawek jeszcze przez parę dni należy dzieciom podawać smoczek, aż błona śluzowa będzie tak wyleczona, że siłą własną stawi opór świeżemu zakażeniu. Autor nie zauważył nigdy szkodliwego działania kwasu borowego, silnego zadrażnienia błony śluzowej jamy ust, zaburzenia w łaknieniu, trawieniu lub ubytku w wadze ciała. W początkowych okresach choroby znikały naloty już w 24 godzinach. W okresach późniejszych, nieco zaniedbanych, łączy autor mechaniczne oddzielenie nalotów z następowem pędzlowaniem i stósowaniem smoczka borowego do ust. Sposób ten leczenia pozostał bez skutku w tych przypadkach, gdzie pleśniawka u dzieci umierających pokrywała prawie jednostajnie całą błonę śluzową jamy ust i przełyku, a pomoc ze strony dziecka (wydzielanie śliny, ruchy ssące i połykowe) zupełnie nie istniała.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. C. Garré. **O odradzaniu się nerwów po wyjęciu zwoju Gassera, jako przyczynie nawrotnego nerwobólu w n. trójdzielnym.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 59, Z. 2). G. opisuje przypadek nerwobólu w zakresie nerwu trójdzielnego, w którym nawrót cierpienia po resekcyi III gałęzi na podstawie czaszki dał powód do wykonania resekcyi zwoju Gassera sposobem Krausego. Gdy po trzech latach wystąpił znów ból w zakresie II-giej i III-ciej gałęzi, przystąpił G. do ich wycięcia i znalazł je makroskopowo i mikroskopowo zupełnie niezmienione. *Herman.*

H. Holsti. **O wynikach leczenia tężca surowicą.** *(Deut. Zeitsch. f. klin. Med.*, T. 37, 1899). Autor, pomimo pomyślnego zakończenia się swych 2 przypadków tężca, leczonych surowicą Behringa, nie zauważył korzystnego wpływu na przebieg choroby; w pierwszym przypadku odniósł wrażenie, jakoby chory czuł podmiotowo pewną ulgę. Przebieg w obu razach był przewlekły, objawy pierwsze późno wystąpiły i nie były zbyt gwałtowne. Z zebranych 171 przypadków, leczonych dotąd surowicą, śmiertelność wynosiła 43·2%, a bywała w niektórych znacznie wyższą (69·4%) i to nawet u tych chorych, u których leczenie rozpoczęto zaraz w pierwszych dwóch dniach choroby. Być może, że były to przypadki bardzo ciężkie i dlatego tak rychło dostały się do leczenia. Porównując wyniki leczenia środkami dotąd używanymi, w których śmiertelność wynosi 40—45%, przychodzi autor do wniosku, że nie można surowicy przypisywać korzystniejszego działania. Wpływu szkodliwego nie stwierdzono; wysypka, rzadko się pojawiająca, znika wkrótce bez żadnych następstw. Działanie surowicy Tizzoniego nie jest lepsze, niż surowicy Behringa. *Dr. Rencki.*

Doc. Dr. M. Gerulanos. **Przyczynek do leczenia zastarzałych otoków ropnych opłucnowych zapomocą rozległej torakoplastyki.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 59, Z. 2). Otok gruźliczy istniał już od roku, gdy przystąpiono do resekcyi żebra. Ponieważ płuca stale były skurczone, wykonał Helferich w 8 tygodni później rozległą torakoplastykę. Po utworzeniu dużego skórno-mięśniowego płatu, wyresekował znaczne kawałki z III do X żebra, długości od 8 stopniowo do 16 ctm. Płat skóry zapuszczono wgłąb jamy — i chory wyzdrowiał stale, jak o tem w 3 lata po operacyi przekonać się można było. Serce (otok był po lewej stronie) wyczuwa się bezpośrednio pod skórą. *Herman.*

Dr. Robert Lucke (Halberstadt). **O rozmaitych sposobach gastro-entero-anastomozy.** *Wiener klinische (Wochenschrift*, Nr. 20, 1899). We wszystkich przypadkach gastro-entero-anastomozy trzeba się starać o to, żeby zawartość żołądka przez przetokę do jelita swobodnie odpływała i żeby żółć i wydzielina trzustki nie przechodziła do żołądka, tylko wprost do jelita cienkiego. Nie wszystkie sposoby do dziś zalecane i nie w każdym przypadku czynią zadość powyższym warunkom. Dla tego autor obmyślił następujące postępowanie: W odległości 25 do 40 ctm. od *plica duodeno-jejunalis* przecina jelito czczę poprzecznie i oba końce ślepo zaszywa. Następnie koniec odprowadzający jelita używa do *gastro-entero-anastomosis retrocolica posterior*, a koniec doprowadzający opuszcza ku dołowi i w odległości mniej więcej 20 ctm. od przetoki żołądkowej tworzy anastomozę między nim a końcem odprowadzającym.

W tym przypadku żółć i wydzielina trzustki musi ominąć żołądek i nie wpływa ujemnie na trawienie żołądka.

Dr. E. Karchesy.

A. N. Popow. **W sprawie zupełnego zaszywania rany pęcherza po cięciu nadłonowem.** *(Chirurgia* 1899, Czerwiec). W sprawie tej, tak ważnej w chirurgii pęcherza moczowego i tak obszernie omawianej obecnie w piśmiennictwie, dorzuca P. wyniki swoich spostrzeżeń, przemawiające stanowczo na korzyść doraźnego zaszywania pęcherza. Przypadki, zakończone niepomyślnie, kładzie on na karb nie jakichś złych warunków ze strony samego pęcherza, w których nawet bardzo silnie wyrażone zmiany zapalne nie stanowią przeciwwskazania do zeszycia rany, — lecz jedynie tylko niedość dokładnej techniki operacyjnej. W razie dobrego zeszycia rany pęcherzowej zagojenie się przez rychłozrost nastąpić może zarówno dobrze wobec moczu kwaśnego, jak i najbardziej alkalicznego. Z przypadków autora, zarówno jak i z przytoczonych przez niego liczb innych chirurgów rosyjskich, mających duże doświadczenie w sprawie cystotomii, wynika, że o ile rychłozrost stanowi idealny wynik o przebiegu najszybszym, o tyle w przypadkach nieudałych, gdzie szew nie trzymał dostatecznie i należało ranę otworzyć, okres gojenia się nie trwał bynajmniej dłużej, niż tam, gdzie ranę pęcherzową odrazu drenowano, przeznaczając do gojenia *per secundam*, a nawet przeciętna tego okresu wypada krótsza, niż w przypadkach tamtych z drenowaniem pierwotnem

Postępowanie operacyjne autora nie przedstawia nic szczególnego. Ranę pęcherza zamyka szwem dwupiętrowym węzełkowym (według Sklifossowskiego) jedwabnym. Ranę brzuszną zeszywa, zostawiając w kącie dolnym otwór, w którym umieszcza kawałek gazy kseroformowej; wreszcie do pęcherza wprowadza na 1—3 dni cewnik miękki tylko w niektórych przypadkach. *Kryński.*

Perthes. **O raku wodnym** *(noma)* **i jego sprawcy.** *(Archiv für klin. Chir.* T. LIX). Pomimo nader sprzecznych wyników różnych badaczów co do przyrody tej sprawy chorobowej, najwięcej ma za sobą pogląd, upatrujący przyczynę zmian w tkance w osiedleniu się wśród niej drobnoustrojów i ich szybkim rozroście. Autor na podstawie dwóch przypadków klinicznych, zbadanych bardzo dokładnie histologicznie i drogą hodowli, w następujący sposób streszcza swój pogląd na istotę tego procesu. Rak wodny (noma) jest chorobą grzybkową, rozwijającą się na tle usposobienia, powstałego wskutek złego odżywiania tkanek ustroju dziecięcego po przebytych chorobach zakaźnych, jak dur, odra i inne. Przyczyną wywołującą są drobnoustroje, których stanowisko botaniczne zajmuje środek pomiędzy prątkami a wyżej uorganizowanemi pleśniami; zaliczyć je należy do gromady *streptothrichea*, której najbardziej znanym przedstawicielem jest grzybek promienicy. *Streptothrix nomae* tworzy w chorej tkance długie nici, które, rozrastając się i rozgałęziając, czynią nadzwyczaj gęstą sieć grzybni, dochodzącą do największej zbitości na granicy pomiędzy tkanką zdrową i obumarłą, gdzie robi wrażenie zbitej plecionki. Cieńsze wypustki boczne mają kształt spiryli; drążąc w tkankę, otaczają one komórki i powodują ich śmierć. Pasorzyty te barwią się najlepiej fuksyną karbolową, zabarwiają się także i metodą Weigerta. Hodowle przy dostępie powietrza nie udawały się nigdy. Bez powietrza lub też w atmosferze wodoru rozwijały się w agarze kolonie,

złożone z długich pokręconych nici, podobnych zupełnie do widzianych w tkankach. Pomimo jednak jak najczystszego szczepienia zawsze razem rozwijały się i kolonie koków, których nie udawało się autorowi nigdy oddzielić w zupełności. Doświadczenia na zwierzętach dały wynik ujemny; u jednego tylko królika powstała niewielka zgorzel w skórze, nie mająca jednakże wcale cechy postępującej. Pomimo to jednakże uważa autor ten rodzaj *steptothrix* za sprawcę, a to z następujących względów:

1. Grzybnia rozrasta się w głównej masie na granicy tkanki obumarłej i zdrowej; jej włókna drążą tak zbitemi odnogami w głąb tkanki, że odrazu robią wrażenie czynnika, powodującego jej śmierć.

2. Od głównej masy grzybni rozchodzą się najcieńsze wyrostki daleko w tkankę zdrową pomiędzy komórki; te już nie mogą być niewinnymi saprofitami, które musiałyby rozrastać się najobficiej w częściach najstarszych, najdawniej obumarłych.

3. Istnieją zresztą sprawy chorobowe u zwierząt, zależne od zupełnie analogicznych pasorzytów. To zaś, że nie udało się otrzymać czystej hodowli pasorzytów z tych przypadków i że wyniki doświadczalne wypadły ujemnie, nie świadczy bynajmniej przeciw ich znaczeniu przyczynowemu, jak nas poucza przykład promienicy, w której rola grzybka promienistego, stwierdzona i przyjęta została znacznie wcześniej, niż otrzymano czyste hodowle jego i zanim badania histologiczne potwierdzone zostały przez doświadczenia na zwierzętach. *Kryński.*

Dr. Brudziński J. (z klin. pedyatr. Prof. Eschericha w Gracu). **O stanie zawiesinowym (emulsyjnym) tłuszczu w mleku Gaertnera.** (*Therap. Monatshefte* Nr. 9, 1899). Wobec zarzutów, jakie Popper podnosi przeciw mleku Gaertnera, twierdząc, że stan zawiesinowy (emulsyjny) tłuszczu ulega w mleku tłustem Gaertnera pewnej zmianie podczas centryfugowania, a mianowicie, iż kulki tłuszczu zlewają się w postacie większe, a fakt ten działać ma niekorzystnie na odżywianie osesków, postanowił autor sprawę te dokładnie zbadać i przekonać się, czy i o ile wpływa centryfugowanie mleka na stan zawiesinowy zawartego w niem tłuszczu. Badanie w tym kierunku rozszerzył autor także na mleko wyjałowione. Doświadczenia uskuteczniał w ten sposób, iż rozcieńczał mleko badane w pipetce przyrządu, służącego do liczenia ciałek krwi w stosunku 1 : 100, badając następnie kroplę tej mięszaniny na szkiełku przedmiotowem Bouchuta pod drobnowidem przy użyciu soczewki ocznej z mikrometrem. Liczył więc liczbę kuleczek tłuszczu, a równocześnie mierzył ich wielkość. W ten sposób badał wielką ilość próbek mleka, a mianowicie mleko niezbierane, które służyło do przyrządzenia Gaertnerowskiego, mleko Gaertnera tłuste i zbierane, jak i Gaertnerowskie wyjałowione; wszystkie te mleka pochodziły z jednego źródła miejscowego. Dalej poddał badaniu mleko zamiejscowe, sprowadzone z Wiednia: mleko niezbierane, Gaertnerowskie tłuste i takież wyjałowione. Wyjałowienie odbywało się przez minut 10 przy ciepł. + 120° i 128° C. W końcu badał mleko kobiece. — Wyniki tych badań były następujące: Stan zawiesinowy (emulsyjny) tłuszczu w mleku Gaertnerowskiem i wyjałowionem ze źródła miejscowego nie różnił się od stanu zawiesinowego, jaki znaleziono w mleku niezbieranem. Z tego wynika, iż ani czynność centryfugowania, ani wyjaławianie w wysokiej ciepłocie 128° C. nie zmienia stanu zawiesinowego tłuszczu. Jedynie przy wyjałowianiu długiem przez 2 godziny, w dwóch dniach przeprowadzonem, można było stwierdzić zlewanie się kuleczek tłuszczu w kulki, dochodzące do 20—30 μ. średnicy, jak również dążność do zlepiania się (aglutynacyi). Natomiast przy badaniu mleka zamiejscowego (wiedeńskiego) pokazało się, iż we wszystkich badanych próbkach mleka stan zawiesinowy tłuszczu był zmieniony, kuleczki tłuszczu były zlane w większe i okazywały skłonność do dalszego zlepiania się; w szczególności mleko niezbierane zawierało kuleczki tłuszczu, wielkości 12—16 μ., jednak w małej ilości; mleko Gaertnerowskie zawierało kuleczki, wielkości od 12—16—20 μ., a w małej ilości kuleczki, dochodzące 30 μ., mleko zaś tłuste wyjałowione zawierało kuleczki, wielkości 12—16—20 μ. Porównywując te dwa gatunki mleka (miejscowe i zamiejscowe), dochodzi autor do wniosku, że na stan zawiesinowy tłuszczu w mleku wpłynęła tu podróż, wstrząsanie, na jakie wystawione było mleko podczas transportu. — W końcu podaje autor wyniki doświadczeń Eschericha w kierunku wchłaniania tłuszczu mleka Gaertnerowskiego w przewodzie pokarmowym, badanego na ludziach, z których się pokazuje, iż w przewodzie pokarmowym uległo wchłonieniu 92—93% składników stałych, 98·2% tłuszczu, a 69·4—72·3% soli, że więc wchłanianie tłuszczu mleka Gaertnerowskiego było wyśmienite, a mało co mniejsze od wchłaniania tłuszczu w mleku kobiecem (99%), o wiele zaś lepsze aniżeli w mleku zwykłem niezbieranem i rozcieńczonem (94%). *Dr. J. L.*

F. Winkler i C. Stein. **Zastosowanie jodipiny do oznaczenia czynności mechanicznej żołądka.** (*Centrbl. f. innere Med.* Nr 33, 1899). Winternitz wykazał, że normalny sok żołądkowy nie wydziela z jodipiny (połączenie jodu z ol. sezamowym) wolnego jodu, natomiast łatwo to czyni sok trzustkowy i żółć; jod zaś znajdował już po 20 minutach w moczu u człowieka zdrowego po podaniu tego połączenia. Autorowie użyli tej właściwości jodipiny do oznaczenia sprawności mechanicznej żołądka. Podawali łyżeczkę jodipiny (której smak poprawia dodatek olejku korolka posp. *(ol. carvi)* lub ol. miętowego *(ol. menth. pip.)* $^1/_4$—$^1/_2$ godziny po śniadaniu, składającem się z filiżanki mleka lub herbaty i bułki, a jod wykazywali w ślinie na świeżo sporządzonych papierkach z klejem skrobii, które w ciemni napajali 5% rozczynem siarczku amonowego. Charakterystyczne niebieskie zabarwienie papierków występowało u osobników z prawidłowym żołądkiem najwcześniej po $^1/_4$, a najpóźniej w $^3/_4$ godziny.

Opóźnienie odczynu jodowego ponad 1 godzinę przemawia za zaburzeniem czynności mechanicznej żołądka. Znajdowano je w obniżeniach i rozstrzeni żołądka, a w 1 przypadku raka żołądka z równoczesną rozstrzenią pojawił się odczyn dopiero po 4 godzinach. Wyniki uzyskane tą metodą zgadzają się z próbą salolową Sieversa-Ewalda; tam jednak kw. salicylowy najwcześniej w moczu po pół godziny wykazać można. Nad próbą jodoformową Fleischera i glutoidową Sahliego ma wyższość, gdyż przy pierwszej odczyn występuje u osobników zdrowych w 55—65 minut, w drugiej po 4—6 godzinach. Próba jodiponowa stwierdza nadto doświadczenia Ewalda i Boasa, że olej szybko opuszcza żołądek, wykazuje jednak, że u jednego i tego samego osobnika tłuszcz nie zawsze z tą samą szybkością przechodzi do jelit. *Dr. Rencki.*

VI. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

V.

Nigdzie może nie spotyka się z tak wielką, jak we Francyi, liczbą schronisk dla zniedołężniałych starców, kalek niezdolnych do pracy, oraz zakładów dla dzieci, pozbawionych opieki rodzicielskiej. Istnienie swoje i swą mnogość zawdzięczają te zakłady niesłychanej zamożności kraju, która pozwala z jednej strony licznym dobroczyńcom na zakładanie, z drugiej strony państwu na kosztowne ich utrzymywanie. Niektóre z tych zakładów setki lat już istnieją, stworzenie ich pochłonęło miliony, a państwo miliony rok rocznie wydaje, aby im ułatwić należyte wykonanie zadania. To też jeśli nie wszystko, nie wszędzie i nie zawsze idzie po myśli, jeśli gdzieniegdzie spotyka się braki i usterki, to winy ich

szukać należy tylko w złej woli i niedbałości lub niekompetencyi zarządu i władz nadzorczych.

Jednym z najciekawszych, a wzorowo działających zakładów tego rodzaju jest: *„Institution nationale des sourds muets de Paris.“ (251 Rue Saint-Jacques).* Ma on na celu zapewnić głuchoniemym wykształcenie elementarne i dać przez nauczenie rzemiosł sposób do życia. Początek swój zawdzięcza ten zakład opatowi de l'Epée, a z pamiętników tego niezmordowanego filantropa dowiadujemy się, co go naprowadziło na ten pomysł i w jaki sposób zabrał się do dzieła: Oto do jego wiadomości doszło, że żyją dwa małe dziewczątka głuchonieme, które po śmierci swego dotychczasowego opiekuna znalazły się na bruku bez środków do życia. Kazał je do siebie przyprowadzić, zapewnił im schronienie i rozpoczął naukę. Praca jego wytrwała i sposób nauczania tak zdumiewającymi uwieńczone zostały skutkami, że w krótkim czasie zyskał rozgłos i zewsząd zaczęto mu sprowadzać głuchoniemych uczniów i uczennice. W roku 1760 rozpoczął on systematyczną, a dostępną bezpłatnie każdemu głuchoniememu naukę we własnym domu; utrzymywał ubogich własnym kosztem, zamożniejsi mieścili się w domach sąsiednich, a na wspólną naukę gromadzili się u niego. Nauka odbywała się publicznie; pomiędzy gośćmi znalazł się raz i cesarz Józef II, który następnie podobną szkołę założył w Wiedniu. Jak długo żył opat de l'Epée, dzięki jego pieczołowitości i zabiegom spora ilości dzieci płci obojga miała zapewnione utrzymanie i naukę; po jego śmierci w r. 1789 zakład ciężkie przechodził koleje, a kierownikom jego nie zawsze się udawało uzyskiwać odpowiednie środki na utrzymanie zakładu. Dopiero w pięć lat później, t. j. w roku 1794, konwencya narodowa dekretem z dnia 13 lutego przyjęła utrzymanie zakładu na koszt państwa i przeznaczyła na jego pomieszczenie gmachy poklasztorne, w których się po dziś dzień znajduje. Przez cały szereg lat dokonywano zwolna rozlicznych przeróbek i ulepszeń w zabudowaniach i dziś już zakład nie pozostawia nic do życzenia pod względem urządzenia wewnętrznego. W roku 1859 nastąpiła w ustroju zakładu zmiana o tyle, że oddział uczennic przeniesiony został do Bordeaux i od tego czasu zakład przyjmuje na wychowanie tylko chłopców w liczbie 135.

Położenie zakładu jest nadzwyczaj korzystne, światła wszędzie pod dostatkiem, sypialnie przestrone i wysokie, obok każdej znajduje się sala, przeznaczona na ubrania wychowańców i druga z umywalniami, zaopatrzonymi wodą z wodociągów, prócz tego na parterze pomieszczona jest łaźnia z wielkim basenem, tuszami i wannami, gdzie co 15 dni uczniowie biorą kąpiel. Sala szkolna i warsztaty również przestrone i oświetlone należycie, korytarze widne; do oświetlenia wieczornego służy gaz, ogrzewanie za pomocą kaloryferów; wszędzie panuje wzorowa, nadzwyczaj miłe wrażenie robiąca czystość. Dla uzupełnienia planu zakładu nadmienić należy, że znajdują się tu jeszcze liczne biura zarządu, mieszkania dla niektórych urzędników i służby, biblioteka, muzeum, kilka sal zupełnie odciętych od reszty, przeznaczonych dla chorych *(infirmeria)*, duża sala w której dawniej odbywała się nauka publicznie i wreszcie ambulatoryum otyatryczne, kierowane przez znanego specyalistę Dr. Ladreit de Lacharriere.

Dyrektorem zakładu jest urzędnik, mianowany przez ministra spraw wewnętrznych; tenże minister mianuje również Komisyę doradczą i w zakresie jego działania leży kierowanie ogólne sprawami zakładu. Prócz dyrektora zajętych tu jest jeszcze 5-ciu urzędników administracyjnych i liczna służba (koło 40 osób). Zakład posiada 47 profesorów, pomiędzy którymi 8 profesorów rzemiosł i kapelana, udzielającego nauki religii tym wychowankom, których rodzice tego sobie życzą. Zdrowiem wychowańców opiekują się czterej lekarze, z których jeden jest otyatrą, drugi okulistą. Koszta utrzymania całego zakładu wynoszą 42000 fr., koszta utrzymania jednego ucznia, wliczając płace profesorów 1800 franków rocznie.

Zakład przyjmuje na wychowanie chłopców w wieku od 9 do 12 lat, wyjątkowo starszych, jeżeli otrzymali już wykształcenie, odpowiednie wiekowi. Komisya, złożona z dyrektora zakładu, jednego z profesorów i lekarza, bada kandydata ze względu na uzdolnienie fizyczne i umysłowe i przyjmuje tylko takich, których władze umysłowe pozwalają spodziewać się korzystnych wyników nauki. Uczniowie dzielą się na 3 rodzaje: 1) interni, mieszkający w zakładzie i w nim mający całe utrzymanie; 2) półpensyonaryusze, spędzający tu cały dzień, aż do wieczornego posiłku, i wreszcie 3) eksterni, którzy i w południe opuszczają zakład dla spożycia obiadu w gronie rodziny. Odpowiednio do tego i płaca za wychowanie jest różna i tak internat kosztuje 1400, półpensyonat 800, a eksternat 600 fr. rocznie. Prócz tego interni płacą 400, a półpensyonaryusze i eksterni 160 franków jednorazowo na pokrycie kosztów ubrania. Zakład rozporządza pewną ilością miejsc bezpłatnych i licznemi stypendyami dla niezamożnych. Kuchnię zakładową dzierżawią prywatni przedsiębiorcy, zarząd rozciąga tylko nad nią surowy nadzór, a że pożywienie jest dostatnie i zdrowe, świadczą o tem rumiane policzki wychowanków i pustki w infirmeryi. Uczniowie noszą wszyscy jednakową odzież. Każdy uczeń bywa ważony co miesiąc, badany przez lekarza i dentystę co 3 miesiące, a co 6 miesięcy odbywa się badanie wzroku. Wśród nauki codzienne ćwiczenia gimnastyczne, przerwy przeznaczone na zabawę i odpoczynek, wreszcie dwa razy na tydzień odbywające się przechadzki, wszystko to ułatwia fizyczny rozwój wychowanków, często upośledzony z powodu przebytej ciężkiej choroby lub z przyczyny wrodzonej.

Nauka w zakładzie trwa prawidłowo lat 8 i dzieli się na naukę „w szkole“ przez cały ten czas i na naukę rzemiosł przez cztery lata wyższe. Nie miejsce tu na skreślenie programu studyów szkolnych i sposobu nauczania, zaznaczam tylko, że podziw ogarnia zwiedzającego, gdy się przyjrzy z jednej strony dziecku, które przyszedłszy do zakładu zaledwie literę *a* z trudnością przy pomocy szpatułki profesora wymawia, a z drugiej strony chociażby już tylko o cztery lata starszemu chłopcu, który pisze trudny dyktat bez błędu i mówi tak wyraźnie, że nawet cudzoziemiec, słabo władający językiem, łatwo go rozumie. Wykształcenie ogólne ucznia, kończącego zakład, równe jest temu, jakie daje u nas t. zw. szkoła wydziałowa. Już od trzeciego roku pobytu swego w zakładzie zaczyna uczeń uczęszczać do pracowni, właściwie jednak nauka rzemiosł rozpoczyna się dopiero w roku piątym. W rozmaitych czasach do rozmaitych zawodów przysposabiał zakład swych wychowanków, obecnie kształca się tu głuchoniemi na: litografów, drukarzy, krawców, szewców, stolarzy, rzeźbiarzy i ogrodników, a to odpowiednio do uzdolnienia fizycznego i umysłowego.

Obok wychowania głuchoniemych ma tutejszy zakład jeszcze jedno bardzo ważne zadanie, tutaj mianowicie kształcą się siły nauczycielskie dla wszystkich podobnych zakładów całego państwa. W tym celu odbywają się tu rok rocznie odpowiednie wykłady z ćwiczeniami praktycznemi i egzamina. Wykłady dostępne są dla każdego, do egzaminu przypuszczonym być można tylko na podstawie dyplomu nauczyciela ludowego, lub świadectwa z ukończenia wydziału filozoficznego Egzamin uprawnia do służby w jednym z zakładów.

Dla użytku uczniów i grona nauczycielskiego posiada zakład bibliotekę, złożona z przeszło 7000 tomów, w której obok książek szkolnych, dzieł traktujących o głuchoniemocie i t. p. spotykamy białe kruki bibliograficzne. Tak zwane muzeum szkolne służy do ułatwienia nauki poglądowej i składa się z całego szeregu rozlicznych modeli, zbioru roślin, zwierząt i t. d.

Bardzo ciekawe i godne wzmianki są: archiwum, w którem zebrana jest cała korespondencya opata de l'Epée, akta odnoszące się do historyi zakładu, jak również galerya obrazów i rzeźb, pędzla i dłuta wychowańców instytucyi.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 października.

* **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbyło dnia wczorajszego pierwsze powakacyjne posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Prezes Towarz. zawiadomił o zbliżających się wyborach do komisyi wymiaru podatkowego i wskazał drogi do ochrony w tym względzie interesów stanu lekarskiego; zakomunikował zaproszenie, wystosowane przez kol. dr. Nartowskiego do członków Towarz. lekar., aby zechcieli zwiedzić jego świeżo urządzony gabinet do elektroterapii i roentgenografii (we środy i niedziele od godz. 4 do 6 tej; wreszcie, złożywszy przewodnictwo w ręce kol. dr. Sroczyńskiego, okazał i objaśnił kol. Prezes kilka rzadkich okazów anatomicznych z zakresu laryngologii i zakończył wykładem: O leczeniu operacyjnem zwężeń tchawicy.

* Minister wyznań i oświaty mianował członkami Komisyi egzaminacyjnej na Wydziale lekar. Uniw. Jagiell.: komisarzem rządowym starszego lekarza powiat. dr. G. Bielańskiego, jego zastępcą prof. S. Poniklę. Koegzaminatorem przy II-gim egzaminie ścisłym: prof. K. Żuławskiego, jego zastępcą doc. L. Korczyńskiego. Koegzaminatorem przy III egzam. ścisłym: prof. R. Trzebickyego, jego zastępcą prof. A. Rosnera.

* Na ostatnim międzynarodowym kryminalistycznym Zjeździe zastanawiano się nad wpływem wieku starczego na przestępczość. Referentami tej sprawy byli: Dr. Nicoladoni adwokat z Lincu i dr. Freisenberger, asesor z Frankfurtu. Pierwszy z nich zwrócił uwagę na to, że skoro kryminalistyka ma wzgląd na młody wiek przestępcy, nasuwa się pytanie, czy i wiek schyłkowy nie zasługuje również na odrębne ocenianie czynów zbrodniczych starców. Referent zastrzega się, że nie ma tu na myśli obłędu starczego (*dementia senilis*), gdyż już prawo zalicza to zboczenie do objawów niepoczytalności. a osób niem dotkniętych, jako niepoczytalnych, nie pociąga do odpowiedzialności. Natomiast referent pragnie zająć uwagę Zgromadzenia schyłkowem osłabieniem władz umysłowych i cielesnych, oraz ocenieniem, o ile ten stan wpływa na czyny karygodne. Nie jest dla niego rzeczą obcą, że nie wszyscy starcy ulegają osłabieniu schyłkowemu, lecz tam, gdzie występuje, pociąga ono za sobą takie zmiany charakteru, jak sobkostwo, drażliwość, niedowierzanie, obłęd popędowy (*mania impulsiva*), a przedewszystkiem skłonność do zboczeń w zakresie chuci płciowej. Z tych spostrzeżeń wynika, że u schyłku życia wzmaga się popęd instynktowy, a słabnie siła jego tamowania; ten wzgląd powinien wpłynąć na wymiar kary. Nicoladoni czyni więc następujące wnioski: 1) starcy, ulegający obłędowi starczemu, mają być podciągnięci pod prawo dla niepoczytalnych; 2) przy sądzeniu wszystkich innych przypadków zbrodni sędzia winien rozważyć, czy popełniający zbrodnię starzec posiada a) w całej pełni siłę sądu i woli, czy też b) władze te są tylko zmniejszone, lub nawet c) zupełnie zniesione; przy a) należy uwzględnić tylko wiek podeszły; przy b) zmniejszoną poczytalność; przy c) przyjąć zupełną niepoczytalność.

Drugi referent, dr. Freisenberger sprzeciwił się wnioskom Nicoladoniego, uważając, że wiek starczy nie może być uważany za przyczynę do zmniejszenia odpowiedzialności.

Do tych rozpraw o charakterze więcej prawniczym wmięszali się dwaj psychiatrzy; dr. Leppmann z Berlina i dr. Salgo z Pesztu. Według pierwszego starość ma wielki wpływ na przestępczość: zmniejszona cielesna i duchowa energia, zanikające poczucie moralne, oraz pognębienie układu nerwowego sprowadzają cały szereg wykroczeń i zbrodni, które usilnie domagają się uwzględnienia, zwłaszcza że u wielu starców, którzy popełnili zbrodnię, stwierdzono później obłęd schyłkowy (*dementia senilis*) w najwcześniejszym jego okresie. Stan ten należy podejrzywać zawsze, jeżli wiekowy przestępca przeżył nienagannie długie lata, a w starości popełnia zbrodnię. Zdarza się i naodwrót, że, wskutek podupadania energii życiowej, nawykowi zbrodniarze zatracają popęd do zbrodni i stają się pozornie umoralnionymi. Mowca wreszcie wyraża przekonanie, że z powodu odrębnych właściwości duchowych wieku starczego istnieć powinno odrębne prawo karne dla starców i kończy wnioskiem: międzynarodowy kryminalistyczny Zjazd oświadcza, że ze względu na przeobrażenia duchowe, którym człowiek na starość ulega, zachodzi istotna potrzeba odmiennego postępowania prawnego przy wymierzaniu sprawiedliwości starcom.

Wniosek ten został przyjęty z ogólnem uznaniem.

* Dr. Bratasewič opracował statystykę śmiertelności z gruźlicy w Austryi od r. 1870 do 1896. Do r. 1890, uwzględniwszy przyrost ludności, śmiertelność pozostawała na jednej stopie; od r. zaś 1890 stopniowo, choć powoli, zmniejsza się. Największa śmiertelność z gruźlicy przypada na Pragę, Berno i Lwów. Korzystny wpływ asanisacyi na śmiertelność z gruźlicy uwydatnił się w 40 (na 56) większych miastach austryackich, gdzie od r. 1886 zaszła w wykazach śmiertelności tygodniowych ogromna rożnica na lepsze; najwybitniej to polepszenie stosunków zdrowotnych występuje w Wiedniu.

* Dr. Karol Brudzewski, który za stypendyum z fundacyi im. Kasparka, nadane mu przez J. M. rektora Uniw. Jagiell., odbywał w myśl warunków stypendyum przez 2 lata studya w Paryżu, a mianowicie w klinice okulistycznej prof. Panasa, oraz w laboratoryum prof. Javala w Sorbonie, powrócił do kraju i osiadł we Lwowie.

* Na Madagaskarze prócz kauczukowca (guidroa) rośnie inny jeszcze krzew, wydzielający równie doskonały kauczuk. Krzew ten, należy do gatunku lianów, z rodziny *landolphia*.

* Prof. Quincke w Kilonii złożył podanie o dymisyę z tego powodu, że ministeryum oświaty nie dotrzymało obietnicy i nie wybudowało kliniki terapeutycznej w miejscu upatrzonem przez Quinckego i uznanem za dobre przez wydział lekarski.

* »Russkij Archiw patołogii itd.« dowiaduje się, że ministeryum oświaty ma roztrząsać projekt założenia w Warszawie żeńskiego Instytutu farmaceutycznego.

Mianowania i odznaczenia: Dr. Truzzi mianowany został zwycz. prof. kliniki położniczej w Messynie. Dr. Starling — profesorem fizyologii w Londynie. Dr. Lubarsch powołany został na kierownika anatomo-patologicznego oddziału poznańskiego Instytutu higienicznego. Dr. Lipnicki mianowany inspektorem lekarskim Podola.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franciszek Kiebuziński, wielce ceniony i wzięty lekarz, zmarł w Przemyślu. Dr. Teodor Puschmann, prof. historyi medycyny w Wiedniu. Dr. Władysław Orzelski ur. w r. 1832, wychowaniec kijowskiego Uniw., zmarł na Białorusi.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Zdrowiu* Nr. 168: Dr. Polaka J.: Szpitalnictwo warszawskie. Dr. Tchórznickiego J.: Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym. W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 9: Dr. Zbořila C.: Porcelana i emalia w dentystyce. W *Pamiętniku Towarz. lekar. warszawskiego*, Zeszyt III: Dr. Bregmana L.: W kwestyi rozsianego zapalenia nerwów obwodowych. Dr. Moraczewskiego W.: Przyczynek do teoryi gorączki. Dr. Neugebauera F.: Pomyłki w określeniu płci ujawnione drogą operacyjną. Operacye dokonane u wrzekomych obojnaków, oraz osobników płci wątpliwej. Rzut oka na rozwój organów moczopłciowych człowieka. Dr. Kohlbergera W.: O zasadniczych, t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedyńczych, złożonych i powikłanych (c. d.). W *Postępie okulistycznym* (Wrzesień): Dr. Talki J. Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych. Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok. Dr. Strzemińskiego J.: Cierpienia oczne w histeryi. Dr. Ettingera J.: Przyczynek do leczenia zapalenia rzeżączkowego spojówki (dok.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 39: Kopczyńskiego A.: Resekcya stopy sposobem Obalińskiego. Korzona T.: Przypadek septico-pyemii wskutek zakrzepu w żyle biodrowej podczas ciąży. Pechkranza S. Samoistne cierpienia serca (c. d).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Przy c. k Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzoną posada *nadinspektora* VII klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2·400 zł., dodatek aktywalny 420 zł.). — Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 30 listopada 1899. (Patrz Nr. 38 *Przeglądu lekarskiego).*

Rada powiatowa w *Sniatynie* rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie* Płaca roczna wynosi 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Posada nadaną będzie na razie prowizorycznie na rok jeden.

Termin do wnoszenia podań do 15 października b. r

Niniejszem zawiadamiam Szan. Pp. Kolegów, iż dnia 4-go września b. r. złożyłem ostatecznie kierownictwo lekarskie Hotelu-Pensyonatu i Zakładu wodoleczniczego „Klemensówka“ w Zakopanem. Zarazem proszę tych Pp. Kolegów, którzy mieli lub mają zamiar swych chorych do Zakopanego pod moją opiekę przysyłać, aby tychże wprost do mnie zwracać raczyli: mam bowiem w Zakopanem kilka innych domów do rozporządzenia, w których rady i wskazówki ordynujących, względnie kierujących lekarzy w całości i z ochotą wykonane zostaną. 179

Zakopane, dnia 7 września 1899.

Dr. Wincenty Tyszkiewicz.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 14 Października 1899. Nr. 41.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 14 Października 1899. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*). Kilka uwag w sprawie istoty charłactwa rakowego.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz

Prymaryusz.

Wyniki badania krwi w przebiegu raka żołądka ze względu na ilość ciałek czerwonych, białych, hemoglobiny etc. nie są zgodne. Przeważnie wszyscy autorowie, jak n. p. Laache, Malassez, Sadler, Reinert, Deland (Gravitz *Klinische Pathologie des Blutes*, 1896) i t d. zaznaczają zmniejszenie ciałek czerwonych w 1 sz. mm., przyczem Laker (Die Bestimmung des Haemoglobingehaltes im Blute. *Wiener medic. Woch*. 1886) zauważył znaczny rozpad erytrocytów przy nieznacznych zmianach, spowodowanych nowotworem rakowym w żołądku. Stengel (*Archiv. f. Verdauungskrankheiten*, 1898) podnosi, że przy raku żołądka rzadko spada liczba erytrocytów poniżej 2 mil. w 1 sz. mm.; Limbeck (*Grundriss der klinischen Pathologie des Blutes*. Jena 1892) podaje liczbę ciałek czerwonych krwi w 1 sz. mm. w przebiegu raka żołądka od 2 mil. do 930000, a Lubarsch (*Hyperplasie u. Geschwülste*, 1895) w jednym przypadku 780000

Natomiast Osterpey (Die Blutuntersuchungen und deren Bedeutung bei Erkrankungen des Magens. *Berl. klin. Woch*. 1892. Nr, 12 i 13) w 2 przypadkach raka żołądka podaje nawet zwiększenie się liczby ciałek czerwonych krwi w 1 sz. mm.

W ostatnim czasie zajmował się tym przedmiotem Henry i wyniki swoich spostrzeżeń ogłosił w rozprawie: „Uiber den diagnostischen Werth der Blutkörperchen-Zählung bei latentem Magenkrebs“ (*Archiv. f. Verdauungskrankheiten*. Vierter Band. 1 Heft 1898). Henry usiłuje z ilości ciałek czerwonych krwi w 1 sz. mm. w przypadkach wątpliwych rozpoznać za życia, czy się ma do czynienia z utajonym rakiem żołądka *(Carcinoma ventriculi latens)*, czy też z złośliwą niedokrewnością postępową, sprawą chorobową częstokroć z przebiegu klinicznego bardzo doń zbliżoną. Według Henryego ilość erytrocytów w 1 sz. mm. krwi w przebiegu raka żołądka nie spada poniżej $1^1/_2$ miliona; natomiast w każdym przypadku śmiertelnym złośliwej niedokrewności postępowej zawsze obniża się poniżej 1 miliona. Zmniejszenie się erytrocytów w przebiegu raka żołądka nie ma odpowiadać stopniowi charłactwa. Wogóle, według Henryego ilość erytrocytów w przypadkach bardzo posuniętego raka żołądka stale waha między 2 a 3 milionami w 1 sz. mm. krwi i to przed samem zejściem śmiertelnem osobnika, a w przebiegu złośliwej niedokrewności postępowej jest ona o wiele mniejszą i może spaść przed samą śmiercią poniżej $^1/_2$ miliona.

Ze względu na ilość ciałek białych we krwi przy raku żołądka badanie krwi powszechnie stwierdza leukocytozę t. j. zwiększenie się ciałek białych. Hartung, Schneyer etc. z naciskiem podnoszą, że w rakach żołądka, w okresach początkowych i późniejszych brak tak zwanej leukocytozy trawiennej, nadmieniając, iż ta istnieje przy wrzodach okrągłych żołądka *(Ulcus rotundum ventriculi)*, tudzież przy dobrotliwem jego zwężeniu. Zdaniem Löwita (*Berlin. klin. Woch*. Nr. 20, 1899. Kongres 17 internistów w Karlsbadzie) brak leukocytozy trawiennej należy na równi postawić, jako cechę charakterystyczną dla raka żołądka, z brakiem wolnego kwasu solnego, a obecnością kwasu mlekowego w treści żołądkowej.

Wszyscy autorowie znajdują zgodnie w raku żołądka zmniejszenie hemoglobiny we krwi. Limbeck (*Grundriss der Pathologie des Blutes*, 1892) podaje ilość hemoglobiny na 42—22% (Fleischl); Leichtenstern 50% lub mniej; podobnie i Haberlin (Uiber den Haemoglobingehalt des Blutes bei Magenkrebs. *Münchener med. Wochschr*. 1888 S. 363). Według Blindemanna ilość hemoglobiny w raku żołądka nigdy nie sięga powyżej 60% i coraz bardziej się obniża w miarę trwania choroby; przeciwnie przy wrzodach okrągłych żołądka, gdzie tylko w czasie krwotoków następuje znaczne opadnięcie hemoglobiny, które jednak rychło wskutek odnowy ciałek czerwonych krwi wyrównuje się, Twierdzenie to jednak wkrótce spotkało się z zaprzeczeniem, skoro i przy wrzodzie okrągłym żołądka niekiedy można, odnośnie do wyników badania hematologicznego, wykazać znaczne, przez dłuższy czas trwające obniżenie hemoglobiny, a przy raku żołądka, w razie pojawienia się ciągłych wymiotów lub ograniczonego dowozu płynów wskutek następowego zagęszczenia krwi, większą ilość hemoglobiny.

Zmniejszoną alkalescencyę krwi odnosi Limbeck do zbyt silnego dopływu kwaśnych produktów z nowotworu i to utlenianych kw. tłuszczowych, podczas gdy Noorden — do kwasów nieorganicznych (H_2SO_4 i PO_4H_3), wytworzonych przy wzmożonym rozpadzie białka.

W celu wyrobienia sobie własnego sądu, jak się zachowuje krew w przypadkach raków żołądka i czy wogóle z wyniku klinicznego badania krwi można uzyskać pewne dane dla postawienia ścisłego rozpoznania w przypadkach wątpliwych, a podejrzanych na nowotwór rakowy żołądka, postanowiłem w tym kierunku zużytkować materyał odnośny na moim oddziele się znajdujący, począwszy od października r. 1898. Nadmienić mi przytem należy, iż wnioski moje

ograniczyłem jedynie tylko do przypadków ściśle klinicznie spostrzeganych i stwierdzonych sekcyą, usuwając z pod oceny wszelkie inne przypadki raka żołądka — choć niewątpliwe, — w których nie nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie krwi starałem się przeprowadzić w tym samym przypadku w różnych okresach trwania choroby. Do liczenia ciałek czerwonych i białych posługiwałem się przyrządem Thoma-Zeissa z fabryki Reicherta; do oznaczenia ilości hemoglobiny używałem przyrządu Gowersa; do stwierdzenia stopnia alkalescencyi krwi — metody i alkalimetru Engla (Leitfaden zur klin. Untersuchung des Blutes. Berlin 1898), do wykazania ciężaru gatunkowego krwi — metody i przyrządu Hammerschlaga. W każdym przypadku wykonywałem badanie najpierw na czczo, a następnie, w celu stwierdzenia zachowania się leukocytozy trawiennej, w $1^1/_2$ godziny po śniadaniu, składającem się ze szklanki słodkiego mleka, bułki i 200 grm. szynki. Wynik moich spostrzeżeń przedstawia się następująco:

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne
1.	5/9	Błażej T.... l. 50.	1856000	18400	18400	28%	0·7	1·030	267 mg NaOH	Poikylocytosis; skąpe normoblasty: leukocytoza neutrofil.	Badano na 5 godzin przed śmiercią.	Neoplasma latens ventriculi. Albuminuria. Cachexia permagna.	† 5/9. Carcinoma medullare exulcerans pylori. Metastases glandularum mesaraicarum. Hypoplasia vasorum. Cachexia insignis. Ściana żołądka w części oddźwiernikowej okazuje okrężny, miękki, rozpadający się naciek; gruczoły zaotrzewnowe powiększone, zajęte nowotworowo.
2.	6/9	Józef F.... l. 65.	3680000	9600	9600	40%	0·54	1·041	267 „	dto polychromatophilia.	HCl — kw. mlekowy + + kwasota 15; na dwa dni przed † ciągłe bredzenie i wymioty; badano krew ostatni raz na 10 godzin przed †.	Carcinoma ventriculi. Cachexia permagna.	† 22/9. Carcinoma exulcerane pylori. Metastases hepatis et glandularum mesaraicarum Concretiones pleurae d. Emphysema pulmonum. Żołądek rozszerzony, zawiera znaczną ilość treści pokarmowej. W okolicy odźwiernika guz wielkości jabłka, twardy, na powierzchni wrzodniejący, wychodzący ze ściany żołądka. Wątroba okazuje liczne przerzuty. Gruczoły otrzewnowe sąsiednie powiększone, twarde.
	20/9		3632000	7800	14200	37%	0·5	1·037	267 „				
	22/9		2224000	16800	16800	37%	0·5	1·037	267 „				
3.	7/9	Franciszek G....	2864000	7000	8000	36%	0·6	1·037	267 „	Poikylocytoza, polychromatophilia; leukocytoza neutrofil.	Badano na 11 dni przed †.	Neoplasma latens ventriculi. Cachexia permagna. Tumor hepatis et lienis. Hydraemia.	† 18/9. Carcinoma scirrhoticum pylori ventriculi. Fragmentatio musculi cordis. Putrescentia incipiens. Żołądek silnie rozszerzony; błona śluzowa blada, lekko zgrubiała. Część oddźwiernikowa żołądka zgrubiała w zakresie warstwy mięsnej i śluzowej, a na tylnej ścianie widoczny naciek twardy, zbity, nowotworowy, okazujący na powierzchni płytkie, dość rozległe owrzodzenie.
4.	8/9	Jan W....	2964000	5400	6000	40%	0·7	1·037	320·3 „	dto	Badano na 2 dni przed †.	Neoplasma latens ventriculi. Adhaesiones pleur. d. Cachexia gravis.	† 10/9. Carcinoma ventriculi. Metastases pleurae d. et gl. lymphaticarum. Adhaesiones pleuriticae bil. Ściana żołądka naokoło w okolicy odźwiernika naciekła tkanką nowotworową zbitą, na powierzchni wrzodniejącą.
5.	21/9	Marya T.... l. 85.	3880000	10600	9600	35%	0·4	1·038	267 „	dto	HCl + kwasota 25, kw. mlekowy — 25/10 silne wymioty. Badano na 10 dni przed †.	Carcinoma ventriculi. Metastases gl. peritonealium. Mar. senil.	† 5/11. Carcinoma ventriculi exulcerans ss. peritonitide perforativa. Atrophia organ. univ. Arteriosclerosis. Na przedniej ścianie żołądka, począwszy od odźwiernika aż do połowy żołądka naciek nowotworowy, zbity, chrząstkowaty, na powierzchni rozpadający się. Pośród niego znajduje się otwór o średnicy 1 mm., komunikujący z jamą brzuszną. Odźwiernik nieznacznie zwężony. W jamie brzusznej mierna ilość cieczy surowiczo-ropnej.
	26/9		4856000	6400	11000	45%	0·5	1·041	373·6 „				
	30/9		2304000	5200	9600	40%	0·8	1·038	320·3 „				
	15/10		3368000	4400	4400	38%	0·5	1·035	320·3 „				
	25/10		3640000	6000	7800	40%	0·6	1·035	267 „				

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne
6.	29/9	Jadwiga K... l. 70.	2224000	5900	7200	30%	0·6	1·028	320·3 mg NaOH	dto	HCl — kwas mlekowy + + kwasota 60; badano na 2 dni przed †; wymioty.	Carcinoma latens ventriculi. Hematemesis. Mar. sen.	† 1/10. Carcinoma pylori. Gastrectasia. Metastases gl. retroperitonealium. Atheromatosis Mar. sen. Żołądek znacznie rozdęty. W części odźwiernikowej guz wielkości dłoni dziecka, twardy, powierzchownie wrzodniejący. Przez odźwiernik z trudnością można przecisnąć palec mały.
7.	3/10 9/10 31/10 7/11	Tomasz S.... l. 49.	4380000 5072000 4056000 3640000	8000 16000 13000 28000	9000 16000 13000 28000	60% 68% 60% 65%	0·6 0·6 0·6 0·6	1·045 1·060 1·046 1·050	320·3 „ 320·3 „ 373·6 „ 426·9 „	dto	Ciągłe wymioty aż do 7/11 i przez ten czas podawano lewatywy odżywcze. HCl + kwasota 80; badano na 10 godzin przed †.	Neoplasma latens ventriculi. Endarteriitis chronica. Albumin.	† 7/11. Carcinoma cardiae exulcerans. Pneumonia hypostatica sin. incipiens. (brak bliższych danych w protokóle).
8.	7/10 26/10 31/10 14/11 3/1 24/4	Szl....	4392000 4104000 4070000 5720000 5320000 3136000	14400 10000 900 15400 10000 10600	14000 24000 12600 20000 20000 18000	63% 60% 65% 65% 65% 45%	0·7 0·7 0·8 0·6 0·6 0·7	1·055 1·058 1·058 1·057 1·055 1·043	426·9 „ 426·9 „ 480·2 „ 373·6 „ 373·6 „ 426·9 „	Poikylocytoza; normoblasty; leukocytoza neutrofilowa.	Wymioty 7/10, 14/10, 30/10. HCl + kwasota od 40—90; kw. mlekowy — Chora od ½ roku bardzo chudnie a od 1½ roku doznaje nieznacznych przypadłości żołądkowych. W marcu i kwietniu 1899 przebyła różę. 24/4 badano krew po ustąpieniu Erysipelas faciei.	Carcinoma ventriculi ad fundum. Hematemesis.	Chorą po przebytej róży przeniesiono na oddział chirurgiczny w celu wykonania zabiegu operacyjnego. Prof. Dr. Trzebitzky wykonał na dniu 1/5 r. 1899 próbną laparatomię, przyczem stwierdzić można było: Guz wielkości pomarańczy wychodzi z przedniej ściany żołądka w pobliżu krzywizny wielkiej; w okolicy odźwiernika guz mały tej samej przyrody. Gruczoły zaotrzewnowe zajęte nowotworowo Rozpoznanie: Carcinoma ventriculi. Metastases gl. lymphaticarum, peritonei.
9.	10/10 3/11 15/11	Iwan. W.... l. 40.	4352000 3696000 5064000	15600 14600 16000	31400 22200 28800	70% 70% 90%	0·8 0·9 0·8	1·056 1·056 1·056	320·3 „ 320·3 „ 426·9 „	dto	HCl — kwas mlekowy + + kwasota 88. Chorego przeniesiono na oddział chir., gdzie dokonano operacyi 15/11.	Neoplasma latens ventriculi. Stenosis pylori. Gastrectasia.	† 3/12. Scirrhus pylori ss. dilatatione et hypertrophia textus muscularis ventriculi. Gastroenterostomia modo Pordes. Infractio intestini jejuni ss. peritonitide fibrinosa. Atrophia fusca myocardii et hepatis. Odźwiernik zajęty nader twardym, na powierzchni owrzodziałym, okrężnym naciekiem rakowym, który tak zwęża jego światło, iż zaledwie drożny dla małego palca. Żołądek b. rozszerzony.
10.	2/11 8/11	Jan O..... l. 40.	2864000 2424000	19800 16000	14200 10800	38% 35%	0·6 0·7	1·035 1·035	373·6 „ 320·3 „	dto	HCl + kwasota 40. Chorego przeniesiono na oddział chir. dla zabiegu operacyjnego.	Stenosis pylori carcinomatosa. Gastrectasia.	† 23/11. Brak odnośnego protokółu sekcyjnego — jednak przy próbnej laparotomii stwierdzono naciek nowotworowy dwunastnicy w części przylegającej do odźwiernika żołądka i odźwiernika żołądka, przechodzący na trzustkę. W okolicy odźwiernika żołądka silne zrosty. Gruczoły limfatyczne około żołądka zajęte tkanką nowotworową.

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb,	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne
11.	7/12	Michał T.... l. 42.	4304000	12600	13000	75%	0·8	1·052	320·3 mg NaOH	dto	Przeniesiony na chirurgię 19/12	Tumor hepatis (Neoplasma ventriculi et hepatis) Cachexia permagna.	† 26/12. Brak odnośnego protokółu sekcyjnego. Rozpoznanie po dokonaniu laparatomii próbnej opiewało: Neoplasma duodeni et pancreatis ss. stenosi ductus choledochi.
12.	9/12 2/1	Izydor G...... l. 58.	5864000 6360000	7800 8200	9000 9000	90% 90%	0·7 0·7	1 062 1·055	320·3 „ 480·2 „	dto	Ciągłe wymioty i czkawka; badano na 4 dni przed †.	Peritonitis neoplasmatica (?). Cachexia gravis.	† 6/1. Carcinoma scirrhoticum diffusum ventriculi. Carcinomatosis peritonei. Atrophia fusca musculi cordis Mar. univ Żołądek pomniejszony; ściana żołądka począwszy od błony śluzowej zajęta przez rozlany, twardy naciek nowotworowy. Na otrzewnej liczne drobne guzki nowotworowe.
13.	13/12 21/12 8/1	Wojciech K.... l. 37.	1943000 1808000 2696000	5000 3400 12000	6800 4000 12000	25% 22% 40%	0·6 0 6 0·7	1·049 1·030 1·041	480 2 „ 373 2 „ 426·9 „	Poikylocyty, skąpe megaloblasty i normoblasty, leukocyty jak zwykle.	Badano na 7 dni przed †.	Anaemia perniciosa progressiva.	† 15/1. Adenocarcinoma multiplex polyposum ventriculi Metastases gl. lymphaticarum in regione ventriculi. Anaemia gravis. Hydraemia. Żołądek: Na przedniej ścianie blisko dna szereg kalafiorowatych, polipowatych wyrośli, ułożonych jak grzebień w kierunku krzywizny dużej żołądka, z których największa dochodzi jaja kurzego. Wyrośle te osadzone na wąskiej szypule. Błona śluzowa groszkowana. Gruczoły w okolicy żołądka powiększone i zajęte nowotworowo.
14.	6/2 12/2	Feliks D.....	3056000 2632000	20000 21000	40000 40000	40% 35%	0·6 0 6	1·039 1·027	267 „ 267 „	Poikylocyty, polychromatophilia, leukocytoza neutrophilowa.	Badano na 3 dni przed †.	Neoplasma ventriculi. Metastases hepatis.	† Carcinoma ventriculi in hepar tendes. Metastases gl. lymphaticarum et omenti. Atrophia fusca myocardii. Hydrops universalis min. gr. Wątroba b wielka; w płacie lewym znaczne guzy nowotworowe, rozpadające się. Żołądek znacznie rozszerzony; tylna ściana w okolicy lewego płatu wątroby i odźwiernika zajęta przez rozległy naciek rozpadający się nowotworowy. Na sieci liczne przerzuty. Gruczoły limfatyczne jamy brzusznej w wielkiej części nowotworowo zajęte.
15.	25/3	Franciszek Kr.... l. 46.	4800000	12000	12000	85%	0·8	1 042	373·6 „	dto	Badano na 2 dni przed †; ciągłe wymioty.	Neoplasma peritonei. Cachexia permagna. Hydrops univ.	† 27/3. Adenocarcinoma gelatinosum diffusum ventriculi. Peritonitis carcinomatosa universalis. Atrophia praecox cerebri, lienis, renum. Atrophia fusca musculi cordis, hepatis. Hydrops. Żołądek pomniejszony, skurczony, pusty. Błona śluzowa prawie w całości zgrubiała, nowotworowo zajęta, miejscami owrzodziała. Na otrzewnej liczne przerzuty, przyczem pętle jelitowe ze sobą pozrastane.

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne
16.	13/4	Jan Nied.. l. 53.	2460000	9800	9800	36%	0·7	1·030	373·6 mg NaOH	dto	Ciągłe wymioty; Enterorrhagia; badano na 9 dni przed †.	Gastrectasia e stenosi neoplasmatica pylori. (Carcinoma pylori exulcerans).	† 24/4. Carcinoma ventriculi exulcerans in regione pylorica ad pancreatem tendens, ss. compressione pylori et dilatatione cum hypertrophia ventriculi. Peribronchitis purulenta et cavernae gangraenosae partis inferioris pulmonis sin. et lobi medii d. Atrophia fusca hepatis. Atrophia lienis. Inanitio. Żołądek bardzo rozszerzony; ściana w całości zgrubiała. W części odźwiernikowej na tylnej ścianie rozległe owrzodzenie o brzegach wzniesionych, gdzieniegdzie nowotworowo naciekłych. Dno owrzodzenia od strony krzywizny małej stanowi błona mięsna żołądka — i w tem miejscu ściana żołądka zrosła z dolną powierzchnią woreczka żółciowego. Woreczek żółciowy wolny. Na około samego odźwiernika wszędzie zbite zrosty, w części naciekłe nowotworowo, przez co odźwiernik znacznie zwężony i tylko dla małego palca drożny. Gruczoły limfatyczne w okolicy żołądka naciekłe nowotworowo. Trzustka w części głowowej zwyrodniała włóknisto, zrośnięta z częściami otaczającemi, zwłaszcza z naciekiem rakowym ściany żołądka, który przechodzi w utkanie trzustki bez granicy ostrej.
	15/4		2160000	7000	7000	30%	0 69	1·023	373 6 „				
17.	21/4	Katarzyna St.... l. 88.	2080000	9600	96000	50%	1·2	1 045	320·3 „	dto	Badano na 5 dni przed †.	Carcinoma ventriculi. Metastases hepatis.	† 24/9. Carcinoma ad posteriorem faciem ventriculi. Metastases carcinomatosae hepatis et glandularum lymphaticarum in regione pylori. Arteriosclerosis. Atrophia senilis myocardii, renum. Anasarca. Żołądek nieco rozdęty; w żołądku małe ogniska nowotworowe, płaskie, głównie na tylnej ścianie w odległości 2 cm przed odźwiernikiem. Gruczoły limfatyczne jamy brzusznej zajęte. Wątroba znacznie powiększona, zasiana przerzutami małymi i dużymi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni farmakologicznej prof. Dra W. Sobierańskiego we Lwowie.

O znieczulaniu kokainą skóry pod wpływem prądu elektrycznego.

Napisał

Dr. Andrzej Gońka.

(Ciąg dalszy).

Widzimy więc z tego krótkiego historycznego zarysu, że dotychczasowe badania nad t. zw. kataforezą pozostawiają dużo do życzenia, gdyż żaden z autorów nie uwzględnił wielu czynników, dających się ściśle określić, które ja w swojej pracy starałem się oznaczyć i mam nadzieję, że chociaż w części uzupełniłem te poważne braki.

Doświadczenia moje robiłem z dwoma połączeniami kokainy, mianowicie używałem albo *cocainum hydrochloricum*, albo *cocainum hydrojodicum*. Cały szereg doświadczeń uskuteczniłem na sobie samym, a następnie na innych z tej prostej przyczyny, by mieć najściślejszą kontrolę spostrzeganych i wyczuwanych zjawisk. Jako źródło elektrycznego prądu stałego używałem znanego przyrządu Hirschmanna z 20 małymi chromowymi stosami. Każde doświadczenie wykonywałem w sposób następujący: sporządziwszy rozczyn soli kokainowej o wiadomem nasyceniu, maczałem w nim płatek waty, lub kilkanaście krążków wyciętej bibuły do filtrowania i te kładłem na danem miejscu skóry. Miejsce to nakrywałem elektrodą dodatniego bieguna, a biegun ujemny umieszczałem na karku i wtenczas dopiero przepuszczałem

prąd, którego siłę odczytać było można na miliamperometrze, znajdującym się przy przyrządzie Hirschmanna. Po upływie oznaczonego czasu badałem miejsce, na które działała kokaina, oznaczając jego znieczulenie.

Stopień znieczulenia zależny jest od dwojakiego rodzaju czynników, które możnaby podzielić na stałe, i, że tak powiem, na przypadkowe. Do pierwszych należą: 1) siła samego prądu, 2) czas działania tegoż i 3) nasycenie używanego roczczynu soli kokainowej, oznaczone w procentach. Te trzy czynniki dają się oczywiście jak najdokładniej oznaczyć. Obok jednak tych momentów na efekt kataforezy mają wpływ jeszcze inne czynniki indywidualne, jnp: stan naskórka na badanem miejscu, zawartość tłuszczu w porach skóry, grubość takowej, wreszcie i inne mniej stałe rzeczy, jak temperatura rozczynu kokainowego.

Że zaś każdy z wymienionych momentów — dla każdego osobnika i każdorazowo zmienionego miejsca badania przedstawia odmienną wartość, przeto łatwo wyrozumieć, że wahania w liczbach są nieuniknione. Wahaniom tym o ile możności usiłowałem zaradzić w ten sposób, że na sobie i na drugich badałem miejsca skóry symetryczne. Inaczej mówiąc, doświadczenie wykonywałem w ten sposób, że jeśli badanie przeprowadzałem na skórze przedramienia lewej ręki, to dla kontroli takież samo doświadczenie robiłem na ręce prawej i t. p. Zmieniając badanego osobnika, zachowywałem tę samą ostrożność, i dopiero przy przeciętnej zgodności w liczbach wynik zapisywałem.

Do oznaczenia stopnia znieczulenia używałem z początku szpilki, lecz nią nie można ściślej oznaczyć różnic, więc udałem się do tak zwanych estezyometrów, czyli czuciomierzów. Z tych przyrządów najodpowiedniejszym okazał się aparat, podany przez v. Frey'a [1]), chociaż do moich celów był on za czułym, gdyż nim tylko subtelne różnice oznaczać się dały, ja zaś musiałem wykazywać różnice wybitniejsze, czyli grubsze.

Pierwotnie posiłkowałem się elektrycznością do oznaczenia stopnia znieczulenia danego miejsca, używając cewki Du Bois Reymonda, zaopatrzonej w tak zwaną podwójną elektrodę; jednakowoż pomysł ten okazał się nieodpowiednim.

Porzuciwszy więc badanie prądem, używałem tylko estezyometru v. Frey'a. Przyrząd ten atoli zmodyfikowałem w ten sposób, że zamiast włosa, wprawiłem cienki metalowy, sprężysty drut. Przy najdłuższem jego wsunięciu ucisk nim był dokładnie wyczuwalny, przy największem zaś skróceniu ukłócie nim dawało dość silne wrażenie, graniczące z bólem. — W ten sposób dawały się za pomocą tak zmienionego przyrządu wybadać znaczne znieczulenia i stopniowe powstawanie lub znikanie takowych, po zastósowaniu kataforycznem kokainy.

Doświadczenia szły odtąd ku mojemu zupełnemu zadowolnieniu; wynik dawał się ująć zawsze w liczby, które przy kilkakrotnem powtarzaniu tego samego doświadczenia, albo wcale, albo niewiele między sobą się różniły. Przedewszystkiem jednak musiałem się przekonać, o ile sam prąd mógłby wywoływać znieczulenie, gdyż Neiswanger [2]), twierdzi, że po zastósowaniu takowego przy biegunie dodatnim powstaje anestezya. W tym celu oznaczyłem wrażliwość danego miejsca skóry, np. na przedramieniu, następnie nakryłem je płatkiem bibuły, zwilżonej wodą i przepuszczałem prąd elektryczny. Naturalnie biegun dodatni znajdował się na miejscu badanem, a ujemny np. na karku. Doświadczenie to wykonywałem kilka razy na różnych miejscach skóry, jużto używając prądu np. o 15 miliamperach przez 10 minut, jużto przedłużając działanie jego do 15 minut, ale zmniejszając siłę do 5 miliamperów. Po upływie wymienionego czasu oznaczałem czuciomierzem wrazliwość skóry i nigdy nie znalazłem, aby była zmniejszoną. Stale znajdowałem miejsca te mniej lub silniej przekrwione. Twierdzenie więc Neiswangera uważać muszę stanowczo za mylne i nie pojmuję, jaką drogą ten badacz do swego wyniku doszedł.

Wspomniałem powyżej, że do badań używałem dwu soli kokainowych, mianowicie *cocainum hydrojodicum* i *cocainum hydrochloricum*. Przeważną liczbę doświadczeń zrobiłem z pierwszą, sądząc, że siła działania, a raczej trwałość jego będzie znaczniejszą. Próbne atoli doświadczenia nie potwierdziły oczekiwań moich; zwykle jednak używałem *cocainum hydrojodicum*.

Przystępuję teraz do szczegółowego opisu ostatecznych mych doświadczeń. Wykonane one były w wyżej opisany sposób; zwykle badałem skórę ramienia lub przedramienia po uprzedniem sprawdzeniu jej całości. Przy tych doświadczeniach spostrzegamy przykryte elektrodami miejsce zaczerwienione. Objaw ten pochodzi od działania elektryczności, a może być, że i w części od składników samego przetworu kokainowego. To zaczerwienienie skóry nie jest nigdy jednostajne, mianowicie jest ono najsilniejsze w miejscu, odpowiadającem obwodowi elektrody. I tak, jeżeli biegun był okrągły, to zaczerwienienie przedstawia się w kształcie koła na obwodzie najsilniej zaczerwienionego i miejsca te są najwybitniej znieczulone. Tutaj spostrzegać się dają punkciki nieco wypukłone, odpowiadające najprawdopodobniej gruczołkom skóry. Natomiast środek takiego koła jest znacznie bledszym, a w niektórych jego punktach, wysepkowato rozsianych, prawie nieprzekrwionych, stwierdzić można stale mniejsze znieczulenie. niż na obwodzie koła. Przy badaniu czuciomierzem, uwzględniałem szczególnie te właśnie najbardziej zaczerwienione i znieczulone punkta. Nadmieniam zaś tutaj, że po ustaniu działania prądu, to przekrwienie utrzymywało się z reguły jeszcze kilka godzin, a także, że na elektryzowanem miejscu zwykle uczuć się dawało pieczenie skórne, zawisłe w pierwszym rzędzie od siły stósowanego prądu.

Pieczenie to zjawiało się natychmiast po włączeniu prądu i dopiero po 2 lub 3 minutach ustępować zaczęło, co dowodziłoby, że już w tym czasie dostateczna ilość kokainy wprowadzona została dla powstania znieczulenia. Natomiast przy biegunie ujemnym, umieszczonym na karku, pieczenie utrzymywało się przez cały czas doświadczenia. Tutaj zwracam uwagę, że chcąc porównać znieczulenie jednego miejsca z drugiem, należy porównywać ze sobą tylko odpowiednie punkta danych miejsc, gdyż w przeciwnym razie możemy dojść do mylnych wniosków.

Obecnie chcę przedstawić, o ile wysokość znieczulenia zależna jest od tych trzech czynników, o których wyżej

[1]) M. v. Frey. Untersuchungen über die Sinnesfunctionen der menschlichen Haut. Leipzig. 1896, Fig. 10.

[2]) Przytoczono podług pracy Schäffer-Stuckerta. (*Deutsche Monatschrift f. Zahnheilkunde Jahrg. XV.* 1897. Zeszyt 9).

mowa była, mianowicie, o ile stężenie samego rozczynu, dalej siła strumienia, lub czas działania tegoż, ma wpływ na powstanie tych zjawisk. Również postaram się wyjaśnić, który z tych czynników ma dominujący wpływ przy osiąganiu najwyższego stopnia znieczulenia. Rozstrzygnięcie tego pytania ma tem większe znaczenie, gdyż niektórzy badacze, jak Wagner[1]), mieli podobno zauważyć, iż rozczyny słabsze mają działać silniej, niż bardziej stężone.

Ku temu celowi wszystkie doświadczenia uszeregowałem i podzieliłem na trzy serye. W pierwszej seryi badanie rozpocząłem z rozczynem bardzo słabym, bo $^1/_2$ procentowym, stosując prąd przez 5 minut o sile 10 miliamperów. Zostawiając drugą i trzecią wartość, t. j. czas i siłę prądu jednakową, stopniowo używałem więcej stężonych rozczynów, dopóki czuciomierz nie dał mi największego znieczulenia, oznaczonego na przyrządzie liczbą 4. Tak oznaczyłem najdogodniejsze nasycenie rozczynu. W drugiej seryi doświadczeń, zaczynałem od rozczynu, który w pierwszej seryi dał mi największe znieczulenie i zostawiając siłę prądu, zmieniałem tylko czas działania. Zaczynając od $2^1/_2$ minut, postępowałem w górę, dopóki znowu nie otrzymałem takiego samego maksymalnego znieczulenia, jak w seryi pierwszej.

(Dokończenie nastąpi).

III. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.

Podał

Prof. Dr. J. Prus,

Dyrektor Instytutu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem d. 23 grudnia 1898).

(Ciąg dalszy).

Co się tyczy dróg ruchowych, za pośrednictwem których przenosi się stan czynny z podrażnionego wzgórka czworaczego przedniego na mięśnie okazujące kurcz tężcowy, to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że drogi piramidalne nie odgrywają w tej sprawie żadnej roli, gdyż mimo całkowitego przecięcia, a względnie zniszczenia obu piramid, pojawia się tężec ogólny wśród każdorazowego drażnienia wzgórka czworaczego przedniego.

Zważywszy, że mimo zupełnego przecięcia obu piramid występują również ruchy bieżne po stósownem podrażnieniu wzgórka czworaczego przedniego, nie znieczulonego, muszę wyrazić przekonanie, że drogi piramidalne nie biorą także udziału w pojawieniu się ruchów bieżnych, które jak to już wykazałem,— są wyrazem odruchu.

W pracy *„O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej“* zwróciłem uwagę na istnienie dróg ruchowych, które nazwałem drogami pozapiramidalnemi, a które przebiegają od kory mózgowej przez górną, t. j. grzbietową część śródmóżdża (przez *tegmentum* lub *substantia nigra*), krzyżują się w rdzeniu przedłużonym i dochodzą do rdzenia pacierzowego. Drogi te pośredniczą nie tylko w odruchach, wywołanych z kory mózgowej (jak w padaczce korowej), lecz także w ruchach dowolnych, przewodząc głównie podniety dla ruchów skojarzonych i przyczyniając się do należytej zborności ruchów. Otóż zdaniem mojem drogi pozapiramidalne pośredniczą także w tych ruchach bieżnych, które występują po zadrażnieniu wzgórka czworaczego przedniego, jako wyraz odruchu. Czy drogi pozapiramidalne pośredniczą również w kurczach tężcowych, czy też przeniesienie się stanu czynnego z wzgórka czworaczego na mięśnie odbywa się za pomocą innych jeszcze nam nieznanych dróg ruchowych, nie umiem odpowiedzieć. Dodać winienem, że w pojawieniu się objawów występujących pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego nie bierze udziału ani móżdżek, ani półkule mózgowe, ani ciałko prążkowane i wzgórek wzrokowy, gdyż po wyłuszczeniu tych części układu nerwowego drażnienie wzgórka czworaczego sprowadza także powyżej opisane objawy.

Po przecięciu obu nerwów błędnych drażnienie wzgórka czworaczego przedniego nie ma już wpływu na liczbę tętna, podczas gdy wpływ na parcie krwi i na oddychanie nie doznaje zmiany.

Wzgórek czworaczy tylny.

Z prac, tyczących się objawów, występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych tylnych, wymienić należy przedewszystkiem prace Ferriera (Die Functionen des Gehirns, 1879). Ferrier zauważył, że podrażnienie wzgórków czworaczych tylnych sprowadza u małp, psów, szakali, kotów i królików następujące objawy: rozszerzenie źrenicy po stronie przeciwległej, rozwarcie szpar powiekowych, zwrócenie gałek ocznych i głowy w stronę przeciwległą i ku górze, zwrócenie uszu ku tyłowi, ogólne kurcze, a wśród dalszego drażnienia podniesienie ogona, wyprężenie łapek tylnych, przyciągnięcie ku wewnątrz i ku tyłowi, oraz zgięcie w stawie łokciowym łapek przednich, szczękościsk, tężcowe ściągnięcie kątów ust, tężec tylny (opisthotonus), a wreszcie najrozmaitsze głosy, jak krzyk, stękanie, względnie szczekanie. Objawy te są, zdaniem Ferriera, wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie dróg czulnych, znajdujących się w wzgórku czworaczym tylnym.

Ziehen (l. c.) podaje, że podrażnienie powierzchni wzgórka czworaczego tylnego słabym prądem przerywanym jest najczęściej bez efektu, natomiast silniejsze prądy wywołują: ogólne kurcze tężcowe (zwłaszcza wśród drażnienia mechanicznego), zwrócenie głowy ku stronie drażnienia, a następnie ruchy kończyn podobnie jak przy uderzaniu, trącaniu lub kopaniu (Schlag—und Stossbewegungen). Kurcz tężcowy trwa dłużej, niż drażnienie.

Ziehen tłómaczy pojawienie się tych objawów przypuszczeniem, że są one przyrody odruchowej i że nerwem pośredniczącym w tym odruchu jest nerw słuchowy, a mianowicie ta część nerwu, która przebiega w *tegmentum* do wewnętrznego ciałka kolankowatego mózgu (corpus geniculatum internum) i do wzgórka czworaczego tylnego. Miejscem przeniesienia się podrażnienia z nerwów dośrodkowych na nerwy odśrodkowe nie może być zdaniem Ziehena jądro wzgórka czworaczego tylnego, lecz prawdopodobnie szara masa *tegmenti*.

Ze względu, że po wkłóciu igiełki do wzgórka czworaczego tylnego u zwierzęcia z nienaruszoną korą mózgową pojawiał się także tężec ogólny, wywnioskował Ziehen, że w tłómaczeniu tego objawu nie może być mowy o usunięciu wpływu hamującego ze strony kory mózgowej, lecz że kurcz tężcowy pozostaje w pewnym związku z fizyologiczną czynnością wzgórka czworaczego tylnego i że jest właśnie wyrazem tej czynności, aczkolwiek nieprawidłowo zmienionej. W końcu dodaje Ziehen, że kurcz tężcowy, wy-

[1]) Przytoczono podług pracy Schäffer-Stuckerta (*Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde. Jahrg. XV.* 1897. Zeszyt 9).

stępujący wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, powstaje z bardzo szybkiego sumowania się klonicznych podniet i że właśnie to szybkie sumowanie się podniet jest cechujące dla kurczu, występującego wśród drażnienia zwojów podkorowych, podczas gdy brak tego sumowania jest cechującym dla podrażnienia kory mózgowej.

Bechterew (Die Leitungsbahnen im Gehirn u. Rückenmark, 1899.) uwydatnia, że podrażnienie wzgórka czworaczego tylnego wywołuje czynność wydawania głosu, sprowadza zwrócenie gałek ocznych ku stronie przeciwległej, oraz kurczowe ruchy kończyn po przeciwległej stronie, a w słabszym stopniu także po stronie drażnienia, jak niemniej ruchy ucha po stronie przeciwległej. Zdaniem Bechterewa wzgórek czworaczy tylny mieści w sobie ośrodki dla słuchu, głosu i dla zborności ruchów odruchowych, albowiem zupełne zniszczenie wzgórków czworaczych tylnych u zwierząt sprowadza głuchotę, upośledzenie w tworzeniu się głosu, a względnie zupełną utratę głosu czyli bezgłos, zniesienie harmonii w ruchach, zaburzenia w równowadze, niezborność ruchów i niemożność stania i chodzenia. Dostatecznej podstawy do przypuszczenia, że wzgórek czworaczy tylny pośredniczy w czynności słuchu, użycza ta okoliczność, że istnieje związek pomiędzy wzgórkiem czworaczym tylnym, a przedniem jądrem nerwu słuchowego zapomocą bocznej pętli i włókien ciałka trapezoidalnego. Współudział wzgórka czworaczego tylnego w czynnościach ruchowych ma znów zadowalniające wyjaśnienie w zachowaniu się wzgórka czworaczego tylnego do *nucleus reticularis tegmenti* i do jąder mostu Varola.

Landois (Lehrbuch d. Physiologie, 1896 str. 293) nadmienia, że w wzgórku czworaczym tylnym znajduje się ośrodek dla skurczów wpustu żołądka. Włókna nerwowe biegną po części w nerwie błędnym, po części zaś w nerwie trzewnym *(splanchnicus)*.

Zdając sprawę z własnych badań, muszę w pierwszym rzędzie zaznaczyć, że podobnie jak wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego należy baczną uwagę zwracać na miejsce przyłożenia elektrod. Nie jest to bowiem obojętną rzeczą, ze względu na pojawienie się pewnych objawów, czy drażnimy środkową część wzgórka czworaczego tylnego, czy też część przednią lub tylną, względnie przyśrodkową lub boczną.

Nim przystąpię do szczegółowego omówienia objawów i do należytego uwzględnienia powyższej uwagi, muszę w ogólności wyliczyć te objawy, które wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego u psa zauważyłem. Do tego rodzaju objawów należą: kurcze kloniczne, ruchy bieżne, napad padaczkowy, podniesienie głowy, zwrócenie gałek ocznych w stronę przeciwległą, drżenie gałek ocznych, rozszerzenie źrenic, wytrzeszczenie gałek ocznych, przyspieszenie oddychania, podwyższenie parcia krwi, przyspieszenie tętna, ślinienie, ruchy wpustu żołądka, szczekanie, oraz objawy strachu. Objawy tę różnią się w wielu względach od objawów, występujących pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego. Do łatwiejszego uwidocznienia różnicy w objawach, występujących z jednej strony pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego, a z drugiej strony pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego, posłużyć może następujące zestawienie:

Objawy występujące pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórka czworaczego:

a) przedniego	*b)* tylnego
1) kurcze tężcowe	kurcze kloniczne
2) ruchy bieżne słabe (czasem)	ruchy bieżne silne (zawsze)
3) zwężenie źrenic (dość często)	rozszerzenie źrenic (zawsze)
4) wstrzymanie oddychania	przyśpieszenie oddychania
5) zwolnienie tętna	przyśpieszenie tętna
6) objawy złości	objawy strachu
7) kichanie	szczekanie
8) skręcenie głowy w stronę przeciwległą i w dół	podniesienie głowy
9) rozmaite ruchy gałek ocznych	zwrócenie obu óczu w stronę przeciwległą
10) drżenie i wytrzeszczenie gałek ocznych (czasem)	drżenie i wytrzeszczenie gałek ocznych (zawsze)
11) podwyższenie parcia krwi	podwyższenie parcia krwi
12) ślinienie	ślinienie
13) ruchy uszu i ogona	
14) ruchy połykowe	ruchy wpustu żołądka
15) napad padaczk. (czasem)	napad padaczkowy (często).

W szczególności kurcze kloniczne występują w najwybitniejszej formie najczęściej wśród drażnienia bocznej lub tylnej części wzgórka czworaczego tylnego. Kurcze te kloniczne są zwykle bardzo silne, pojawiają się z reguły we wszystkich czterech łapkach i mają wielkie podobieństwo do kurczów klonicznych, występujących wśród napadu padaczkowego, a trwają tylko tak długo, jak długo trwa drażnienie. Czasem pojawiają się kurcze kloniczne albo tylko w obu łapkach tylnych, albo też wyłącznie w obu łapkach przednich. W niektórych przypadkach przybierają kurcze kloniczne cechę drżenia (tremor). Wyjątkowo, zwłaszcza wśród drażnienia przedniej części wzgórka — (a więc najprawdopodobniej jako wpływ ubocznego podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego), — występują słabe kurcze tężcowe.

Ruchy bieżne pojawiają się niemal zawsze wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego; stopień nasilenia tych ruchów zależy atoli głównie od miejsca podrażnienia. Najsilniejsze ruchy bieżne występują wśród drażnienia środkowej części wzgórka czworaczego tylnego. Wówczas pies wykonuje bardzo szybkie ruchy wszystkiemi łapkami, podobnie jak w czasie biegania. W chwili, gdy lewa łapka przednia wraz z tylną łapką prawą porusza się ku przodowi, prawa łapka przednia z tylną łapką lewą porusza się ku tyłowi i *vice versa*. Ruchy te odbywają się rytmicznie z zadziwiającą ścisłością, tak, jak w dokładnym automacie i trwają zawsze dłużej, niż drażnienie. Słabsze i mniej szybkie ruchy bieżne pojawiają się wśród drażnienia przyśrodkowej lub bocznej części wzgórka czworaczego tylnego. Podrażnienie przedniej części tegoż wzgórka sprowadza ruchy bieżne tylko w przednich łapkach, tylne zaś łapki zginają się równocześnie w stawach biodrowych tak silnie, że kolana dotykają brzucha. Wśród drażnienia tylnej części wzgórka czworaczego tylnego występują ruchy bieżne w tylnych łapkach, podczas gdy przednie łapki są zgięte w stawach łokciowych i przyciągnięte do klatki piersiowej. Ruchy bieżne trwają zwykle dłużej, niż drażnienie. Czasem pojawiają się ruchy kończyn, podobne do ruchów, jakie wykonuje zwierzę, gdy uderza, traca lub kopie.

Napad padaczkowy zdarza się znacznie częściej po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego, niż po dra-

żnieniu wzgórka przedniego. Napad rozpoczyna się zwykle wybitnymi objawami strachu, oraz krzykiem, poczem rozpoczynają się ogólne kurcze tężcowe, ogon podnosi się do góry, następnie zjawiają się kurcze drgawkowe (kloniczne) i występuje obfite wydzielanie się śliny, a pod koniec napadu kurcze drgawkowe ustępują miejsca mniej lub więcej wybitnym ruchom bieżnym. W przypadkach, w których odsłaniałem wzgórki czworacze tylne przez wyłuszczenie móżdżku, rozpoczynał się napad padaczkowy, po podrażnieniu wzgórka, kurczami w zakresie nerwu twarzowego i ruchami wahadłowymi głowy, poczem zjawiały się ruchy bieżne w łapkach tylnych, a następnie występowały dopiero ogólne kurcze tężcowe i kloniczne. Zaznaczyć muszę, że napad padaczkowy wywołać czasem można pomimo poprzedniego wyłuszczenia półkul mózgowych.

Co się tyczy ruchów gałek ocznych, to uwydatnić muszę, że drażnienie wzgórka czworaczego tylnego sprowadza zawsze, bez względu na miejsce przyłożenia elektrod, zwrócenie gałek ocznych w stronę przeciwległą, oraz wytrzeszczenie i lekkie drżenie gałek. Podobnie rzecz się ma z objawem dotyczącym źrenic. Wśród drażnienia jakiejkolwiekbądź części wzgórka czworaczego tylnego rozszerza się zawsze źrenica oka przeciwległego i to najczęściej *ad maximum*, później zaś rozszerza się także źrenica oka po stronie drażnienia.

Przyspieszenie oddychania pojawia się stale wśród drażnienia środkowej lub tylnej części wyrostka. Liczba oddechów w minucie wzmaga się czasem nawet sześciokrotnie w porównaniu do prawidłowego oddychania, n. p. z 14 na 84. Z przyspieszeniem oddychania łączy się zawsze znaczniejsze nasilenie oddechów, przyczem wydech jest zwykle znacznie silniejszy i forsowniejszy, niż wdech. Przyspieszenie oddychania trwa przez cały czas drażnienia, po zaprzestaniu zaś drażnienia oddech wstrzymuje się zwykle na kilkanaście sekund w chwili wdechu, poczem rozpoczyna się oddychanie prawidłowe, — albo też przyspieszenie oddychania trwa nawet nieco dłużej, niż drażnienie. Wśród drażnienia części przyśrodkowej lub bocznej wzgórka występuje również dość znaczne przyspieszenie oddechów, aczkolwiek nie tak silne, jak w poprzednich przypadkach. Gdy drażnimy przednią część wzgórka, pojawia się zwykle z początku krótkotrwające wstrzymanie oddychania, poczem dopiero następuje przyspieszenie i nasilenie oddechów.

Parcie krwi podnosi się znacznie wśród każdorazowego podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego, bez względu na miejsce przyłożenia elektrod. Im silniejszy jest prąd, tem znaczniejsze jest podwyższenie parcia. Na krzywej parcia widzimy prawie zawsze wybitne wahania, zależne od oddychania, czyli tak zwane wahania Traubego i Heringa.

Tętno przyspiesza się stale po podrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego. Najznaczniejsze przyspieszenie tętna pojawia się wśród drażnienia środkowej lub tylnej części wzgórka. W wyjątkowych przypadkach zdarza się lekkie zwolnienie tętna, gdy drażnimy przednią część wzgórka czworaczego tylnego.

Obfitsze wydzielanie się śliny zauważyłem dość często po podrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego.

Co się tyczy afektu, ujawniającego się pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego, to nie ulega żadnej wątpliwości, że szczególniejszego rodzaju krzyk, skomlenie, wycie, oraz całe zachowanie się zwierzęcia, zdradzają uczucie strachu. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

O. Rosenbach: **O dyspepsyi przy niedomodze ruchowej narządu moczowego. (Dyspepsia urokinetica)** (*Deut. Med. Wochschr.* 1899, M. 23—35.)

Dyspepsya może polegać na zaburzeniach w narządzie moczowym, pomimo że nie sprawia on wybitniejszych dolegliwości, a mocz okazuje pozornie prawidłowe chemiczne własności; przy badaniu narząd pokarmowy okazuje się zupełnie zdrowy. W zaburzeniach narządu moczowego wyróżnić należy 4 postacie: pierwsza polegająca na zboczeniach właściwej czynności nerek (funkcya uropoetyczna), druga na zaburzeniach błony śluzowej, która ma za zadanie nie tylko wydzielanie śluzu, (f. myxopoetyczna), ale potrzebną jest do utrzymania prawidłowej przemiany materyi, zmięszania i wiązania prawidłowej wydzieliny moczowej (f. urodesmiczna). Niedostateczna czynność błony śluzowej we wspomnianych kierunkach jest powodem szybkiego cuchnięcia i rozkładu moczu, podobnie jak się ma rzecz z wydzieliną w zanikowym nieżycie błony śluzowej jamy ustnej, nosa gardła i oskrzeli. Trzecią postać stanowią zboczenia czynnościowe narządu moczowego (dysuria), ostatnią zaburzenia miejscowe, wywołane nieprawidłowym składem moczu, jak: nadmierna kwasota lub stałe oddziaływanie alkaliczne, obfita zawartość kwasu moczowego, szczawiowego, wapna, (dysuria ex irritatione).

Autor zajmuje się na razie tylko trzecią postacią zmian w narządzie moczowym, które mogą powodować t. zw. dyspepsyę urokinetyczna. Poznanie tej postaci i oznaczenie jej przyczyn ma bardzo ważne znaczenie ze względu na rokowanie i leczenie.

Ten rodzaj dyspepsyi zdarza się przeważnie u ludzi po roku 50-tym, a objawia się wstrętem do potraw mięsnych, do palenia i napojów wyskokowych, nieprzyjemnym mdłym smakiem w ustach, zgagą, odbijaniami pustemi, nudnościami, niemiłem uczuciem w szczękach i gruczołach ślinnych, czasami zajęciem głowy. Zwykle dołącza się ogólne znużenie i znaczne osłabienie kończyn dolnych, a chorzy skarżą się na dreszcze wieczorami, pomimo że ciepłota nie przekracza 37⁰, zaparcie stolca, rzadziej biegunkę, częste oddawanie moczu zwłaszcza w nocy, uczucie ciężkości w dolnej części brzucha.

Badanie przedmiotowe daje zwykle wynik ujemny. Język tylko czasami i to w cięższych podgorączkowych przypadkach bywa obłożony, a wtedy często bywa tylna jego część czarno zabarwiona, oraz istnieje cuchnienie z ust. Cera po pewnym czasie trwania choroby przyjmuje zabarwienie blado-żółtawe, siła mięśniowa szybko słabnie; u niektórych istnieje nadmierne pocenie, u innych przeciwnie, skóra jest uderzająco sucha. W okolicy żołądka nie stwierdzamy nic nieprawidłowego, a treść żołądkowa zachowuje się zmiennie, przeważnie jednak brak wolnego HCl. Przy uważnem badaniu brzucha wyczuć można mniej lub więcej wyraźnie pęcherz wydłużony ku górze, wązki, nie mający zwykłego kulistego kształtu, przy ucisku którego występuje małe parcie na mocz.

Mocz często bywa prawidłowy, zwykle jednak w dłużej trwających przypadkach ciemny, o ciężarze g. wysokim, oddziałuje bardzo słabo kwaśno, zawiera zawsze małą domieszkę ciałek wypocinowych, nigdy zaś białka i składników upostaciowanych. W naczyniu bardzo szybko się rozkłada i silnie cuchnie, a po dłuższem staniu tworzy obfity osad śluzu. Pod drobnowidem spostrzegamy tylko nieliczne i nie stłuszczone ciałka białe. Chory, nawet wezwany, nie może zatrzymać moczu przez czas dłuższy i nieraz już po 2 godzinach wyczuć się daje owalny, do pępka wydłużony pę-

cherz. Objaw ten wskazuje na niedowład siły ruchowej narządu moczowego (urodyskinesia). Występuje on jeszcze wybitniej, skoro chory wypije małą ilość piwa; wtedy już po krótkim czasie pęcherz się rozszerza, powstaje przykre parcie na mocz, przyczem niezupełnie się opróżnia. Zmiany te mają być następstwem pierwotnej niedomogi całego ruchowego narządu moczowego, od kanalików odprowadzających aż na dół, wywołanego przekrwieniem żylnem; autor znajdował w tych przypadkach silnie porozszerzane żyły w miedniczkach nerkowych i pęcherzu.

Gruczoł krokowy bywa często znacznie przerosły i nieco bolesny, nie jest on jednak przyczyną tych objawów; cewnikiem miękim bowiem łatwo wejść można do pecherza, przyczem odpływa niestosunkowo do znalezionych rozmiarów pęcherza mała zaledwie ilość moczu (200—300 gr.) Rozpoznanie dyspepsyi na tle ruchowych zaburzeń narządu moczowego jest nieraz trudnem, zwłaszcza, że objawy z tej strony rozwijają się powoli i nie występują na plan pierwszy. Częste oddawanie moczu odnoszą chorzy do picia większej ilości piwa lub wina. W późniejszych okresach może się rozwinąć *pyelo-nephritis*, występuje chera, dając nieraz mylnie powód do rozpoznawiania ukrytego nowotworu.

Leczenie daje dobre wyniki w przypadkach, gdzie rozchodzi się o miernego stopnia osłabienie pęcherza lub niedowład zwieracza; gorzej, gdy niedomoga ruchowa dotyczy wyższych części narządu moczowego. W pierwszym razie należy ograniczyć ilość przyjmowanego płynu, usunąć napoje wyskokowe, zwłaszcza piwo i kwaśne wino, uregulować stolec, polecić kąpiele ciepłe, mięsienia pęcherza i moczowodów. Z korzyścią stosować można prąd faradyczny na powłoki brzuszne, czasem okład lodowy, a jako lek azotan strychniny, wyciąg wroniego oka, ergotynę. Przy rozszerzeniu żył krwawnicowych miejscowy upust krwi.

Wobec *ischuria paradoxa* i gdy pęcherz duży należy należy systematycznie i ostrożnie cewnikować, a poprawa wszystkich dolegliwości zwykle szybko następuje.

W przypadkach, gdzie ściana pęcherza jest zwiotczała, a pęcherz wyczuć się daje, jako mało napięty, wydłużony (nie okrągły) guz, cewnikowanie nie przynosi żadnego pożytku. Mamy tu do czynienia z pierwotną atonią warstwy mięśniowej całego przewodu moczowego, której towarzyszy wspomniana wyżej niedomoga błony śluzowej; częste cewnikowanie prowadzi tu do podrażnienia pęcherza, rozkładu moczu, wreszcie do znanych zmian w miedniczce i miąższu nerkowym. Chorych tych należy chronić od wyniszczenia, podawać należy środki wzmacniające, stosować mięsienie brzucha w kierunku moczowodów i działać przeciw rozkładowi moczu zapomocą salicylanu sodowego, urotropiny, wziewania olejku terpentynowego. Autor widział skutek w lżejszych przypadkach po podawaniu mięszaniny kw. solnego, fosforowego i azotowego w stosunku 3:2:1, — 4 razy dziennie po 6 kropel w wodzie.

W znacznej części przypadków można osiągnąć trwałą poprawę, nawet wyleczenie; w innych nawroty zaburzeń ze strony narządu moczowego, wraz z dyspepsyą częściej się pojawiają; wreszcie rozwija się przewlekła mocznica, pociągająca za sobą wyniszczenie ustroju *(cachexia uraemica)*.

Autor omawia również zaburzenia ze strony żołądka, w którym badanie może nawet pewne wykazać zmiany, jak zaleganie treści pokarmowej, nadmierną kwasotę, a leczenie ich nie daje żadnego wyniku. Cierpienie to bowiem może pochodzić i od zboczeń w ruchomości dolnej części jelit; tu mięsienie brzucha, odpowiednie środki przeczyszczające, trwale leczą chorobę. Korzystny nieraz wpływ na przypadłości żołądkowe po małych lawatywkach z wody lub gliceryny dowodzi, że może nawet sam dolny odcinek jelit być powodem tych zboczeń. Nie rzadko skurcz zwieracza odbytnicy lub dźwigacza rzyci *(m. levator ani)* daje objawy żołądkowe i tu właśnie małe ciepłe lawatywy, kokaina i makowiec (0·01), miejscowo stosowane, działają korzystnie. *Dr Rencki.*

Dr. Gwido Törck (Wiedeń): **Stały dobry wynik po nefropeksyi.** *(Wiener klinische Wochenschrift.* Nr. 22, 1899). Törck opisuje dwa przypadki nerki ruchomej, przez siebie przyszytej. Operował w ten sposób, że po złuszczeniu torebki własnej nerki zakładał szwy głębokie z jednej strony przez miąższ nerkowy, z drugiej przez powięź i mięśnie lędźwiowe. W obu przypadkach wynik pomyślny stwierdzono po dwóch, względnie po jednym roku.

Dr. E. Karchesy.

Dr. K. Lundloff: **Przyczynek do patogenezy i terapii wypadania odbytnicy.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 59. Z. II). Podczas gdy dawniej przyjmowano, że odbytnica wypada skutkiem zwiotczenia środków, przymocowujących u dołu i pociągania przez wypadniętą rzyć ku dołowi, w nowszych czasach poczęto większą wagę kłaść na przyczepy górne odbytnicy. Więc dawniej kładziono większy nacisk na nieżyt odbytnicy, dziś obwiniają zaparcie stolca. Tymczasem najnowsze badanie stosunków anatomicznych przez Waldeyera każe szukać przyczyny wypadania odbytnicy w patologicznie zmienionem i rozszerzonem zagłębieniu między pęcherzem, względnie macicą, a jelitem odchodowem. U chorych z wypadaniem odbytnicy zawsze możemy wykazać niedowładne (paretyczne) ściany odbytnicy, czy to skutkiem zaparcia, czy przewlekłej biegunki, zatem odpada bardzo ważny czynnik, kurczących się równocześnie z tłocznią brzuszną ścian odbytnicy. Dalej chorzy ci bywają bardzo wychudzeni tak, że znika tłuszcz z przestrzeni około odbytnicy, a współistniejące przepukliny, rozstęp mięśni prostych i t. d. wskazują, że odporność otrzewnej także się zmniejszyła. Przy wzmożeniu przeto parcia w jamie brzusznej podczas stolca, pracy, porodu etc. wypukla się ku dołowi coraz bardziej *excavatio recto-vesicalis*, rozluźnia związek prostnicy z gruczołem krokowym, a gdy wreszcie owo zagłębienie między prostnicą i pęcherzem przemieni się w worek przepuklinowy, wypchnięta zostaje na zewnątrz najpierw przednia ściana odbytnicy, a po rozluźnieniu i tak już luźnych przyczepów tylnych także i tylna, i wreszcie bania odbytnicy *(ampula recti)* wypada na zewnątrz. A zatem powstaje najpierw *hernia perinealis interna*, następowo *prolapsus recti.* Co do leczenia, to podaje autor następujący szemat, jaki bywa uwzględniany w klinice królewieckiej. W przypadkach opadnięcia odbytnicy i rzyci z odbytnicą, uwięzgniętych, nie dających się odprowadzić i owrzodziałych, zaleca się wycięcie *(resectio).* W przypadkach wolnych wypadania prostnicy w pierwszym rzędzie wchodzi w rachubę mięsienie sposobem Thure-Brandta. Po 14 dniach masujemy dalej, gdy skutek widoczny, lub w przeciwnym razie wykonujemy kolopeksyę Bogdanika. Dopiero gdyby i ten zabieg pozostał bez skutku, wykonać należy wycięcie Mikulicza. Okręcenia wedle Gersunyego, metody z drutem srebrnym i rectopeksyi należy zaniechać, jako metod, nie prowadzących do celu.

Herman.

Dr. Robert Porges (Wiedeń): **O niebezpieczeństwach grożących przy użyciu guzika Murphyego.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* Nr. 22, 1899). W przypadku wycięcia części odźwiernikowej żołądka i części przylegającej poprzecznicy z powodu raka, połączono żołądek z dwunastnicą sposobem Kochera, a poprzecznicę połączono znowu za pomocą guzika Murphyego. W cztery dni po operacyi nastąpiła śmierć wśród objawów przebicia jelit. Przy sekcyi wykazano, że guzik uciskał na dwunastnicę i sprowadził jej niedrożność. Wskutek nadmiernego nagromadzenia się treści w żołądku szwy poprzerzynały i płyn wylał się do jamy otrzewnowej. *Dr. E. Karchesy.*

Prof. A. Hoffa. **Przyczynek do leczenia nawykowego zwichnięcia rzepki.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 59, Z. 2). U 14 letniej dziewczynki z nawykowem (habitualnem) zwichnięciem rzepki, polegającem na wiotkości torebki, wykonał H. operacyę sposobem Le Dentu, polegającym na odsłonięciu torebki po stronie wewnętrznej, sfałdowaniu jej w kształcie walka i ustaleniu go mocnymi szwami. *Herman.*

W. Ossipow. **O skurczach żołądka, jelit i pęcherza moczowego podczas napadu padaczkowego.** *(Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde* T. 15, 1899). Autor wywoływał u psów napady padaczkowe zapomocą drażnienia prądem faradycznym ruchowej części kory mózgowej, lub przez wstrzykiwanie do żyły olejku piołunu ogrodowego; zjawiska w obu razach były jedne i te same. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

Podczas napadu padaczkowego występują skurcze żołądka, jelit i pęcherza, które utrzymują się jeszcze pewien czas po ustaniu napadu. Skurcze żołądka pojawiają się w 50% napadów drgawkowych i ograniczają się przeważnie na część wpustową i odźwiernik; skurcze zaś jelita cienkiego oraz grubego i pęcherza są stałem zjawiskiem padaczki. Skurcze dwunastnicy rozpoczynają się w okresie drgawkowym napadu, albo wnet po ustaniu skurczów mięśni prążkowanych — jelita cienkiego prawie w środku okresu drgawek, a skurcze jelita grubego pojawiają się albo w tężcowym, albo w drgawkowym okresie, częściej jednak na początku drgawkowego. Pęcherz kurczy się zwykle z wystąpieniem tężca.

Skurcze jelita, zwłaszcza grubego i pęcherza są bardzo silne i mają charakter długotrwałego spastycznego skurczu. Pomiędzy dwoma silnymi skurczami, jak i po ustaniu drgawek padaczkowych, występuje w większej liczbie przypadków dłużej lub krócej trwałe zwiotczenie jelit i pęcherza.

Zjawiska ze strony żołądka, pęcherza i jelit, które występują wśród napadu padaczkowego, wywołanego prądem faradycznym, nie zależą od podrażnienia miejscowego ośrodka korowego dla tych narządów, lecz są następstwem samego napadu, jako wynik ogólnego podrażnienia ruchowej części kory mózgowej i w niej zawartych ośrodków. Często wśród padaczki występująca zamartwica (asfixia) jest okolicznością, ułatwiającą powstawanie skurczu. Bardzo silne parcie przepony i tłoczni brzusznej na jelita, żołądek, pęcherz i ich zawartość, zdaje się być wśród napadu także przyczynową okolicznością dla skurczów w tych narządach. Odchodzenie moczu i stolca, tak częste zjawisko wśród padaczki, jest następstwem ogólnego działania skurczów jelita i pęcherza, oraz wywartego na nie parcia przez tłocznię brzuszną.

Istnieje więc pokrewieństwo pomiędzy drgawkowymi skurczami mięśni prążkowanych, a skurczami żołądka jelit i pęcherza w tem znaczeniu, że obydwa zależą od ruchowej sfery kory mózgowej. *Dr. Rencki.*

Dr. Józef Brudziński (z kliniki Prof Eschericha w Gracu): **Epidemia różyczki.** *(Gazeta lekarska* Nr. 33, 34, 1899). Różyczka *(Rubeola)* dopiero w roku 1881 zajęła odrębne miejsce wśród chorób wysypkowych. O ile odrębnemi są, pozornie tylko do siebie podobne, ospa wietrzna i ospa prawdziwa, o tyle również odrębnemi chorobami są różyczka i odra. Autor spostrzegał 29 przypadków różyczki podczas ostatniej epidemii w Gracu, podaje cechy charakterystyczne dla różyczki, a odróżniające ją od odry.

1) Wysypka różyczkowa w całości obrazu różni się od odrowej. Barwa plamek jest żywo różowa, najobficiej zajmuje twarz, lecz plamki nie skupiają się najobficiej w okolicy ust i skrzydeł nosa, jak przy odrze. Plamki różyczkowate nie zlewają się nigdy z sobą, między jedną a drugą widzimy zawsze przestrzeń skóry, wolną od wysypki. Wysypka odrowa nigdy nie jest czysto plamista, lecz zawsze jest plamisto-grudkowata; zaś w różyczce wysypka na twarzy jest czysto plamista, zaś na tułowiu i kończynach jest wielokształtna, plamista i grudkowata. 2) Brak gorączki wstępnej, poprzedzającej wysypkę; choroba odrazu zaczyna się okresem wysypywania z niewielkim odczynem gorączkowym, który najczęściej na drugi dzień przemija, wyjątkowo może trwać 2—3 dni. Stan ogólny chorych bywa zupełnie dobry. 3) Objawy nieżytowe ze strony dróg oddechowych są bardzo nieznaczne, zwyczajnie brak lub bardzo nieznaczny ślad nieżytu spojówek oka i nosa. 4) Powikłań tej choroby nie spotykamy nigdy — łuszczenia albo nie ma, albo bardzo nieznaczne.

Objaw Koplika, jako zwiastun odry cechujący się występowaniem charakterystycznych białych plamek z różową otoczką na błonie śluzowej policzka i warg, nigdy nie występuje przy różyczce.

W większości przypadków różyczki spostrzegano obrzęk gruczołów podszczękowych i szyjnych bocznych; przy dotyku gruczoły nie były bolesne; rzadziej spostrzegano, mający być charakterystycznym, obrzęk gruczołów karkowych. Obrzęk gruczołów trwał dłużej, niż wysypka; dawały się one wyczuć jeszcze na 2-gi, 3-ci dzień po zniknieniu wysypki. Możność występowania różyczki w postaci epidemii i to zawsze łagodnej, a przebycie różyczki nie zabezpiecza przeciwko odrze i naodwrót, to są dowody, że różyczka zawdzięcza swe powstanie swoistemu pierwiastkowi zakaźnemu.

Dr. Bolesław Komorowski.

H. Winternitz: **O wpływie kilku pochodnych związków morfiny na oddychanie u ludzi.** *(Therap. Monatshefte.* Nr. 9, 1899). Wpływ morfiny na sprawę oddechową został z całą stanowczością stwierdzony doświadczalnie przez wielu autorów (Leichtenstern, Boeck i Bauer, Filehne i inni) i wiemy, iż morfina, wprowadzona do ustroju, powoduje zmniejszenie się pobudliwości ośrodka oddechowego, a równocześnie zwalnia liczbę oddechów i zmniejsza ich głębokość. Działanie pochodnych morfiny, przyjętych w nowszych czasach do terapii, a mianowicie dioniny, kodeiny i heroiny dotychczas nie było przedmiotem badania, a zadania tego podjął się autor. Doświadczenia swoje wykonywał zawsze na tym samym osobniku, przy użyciu przyrządu respiracyjnego Zuntz-Gepperta, na czczo, uwzględniając pojemność wydechową na minutę, zawartość bezwodnika węglowego w powietrzu wydechanem, zapotrzebowanie ilości tlenu i produkcyę ilości CO_2, jakoteż ilość oddechów; pobudliwość ośrodka oddechowego badał przez doprowadzanie wiadomej ilości bezwodnika węglowego do powietrza wdechanego. Na podstawie powyższych doświadczeń doszedł autor do wyników, iż między działaniem alkylowanych pochodnych morfiny (dionina, kodeina), a takichże acetylowanych (heroina) znachodzi się wielka różnica w działaniu. Podczas gdy pierwsze (kodeina, dionina) na oddechanie prawie że nie działają, drugie powodują znaczne utrudnienie w oddechaniu i zmniejszają pobudliwość ośrodka oddechowego. Wobec tego, iż morfina już sama przez się obniża czynność oddechania i pobudliwość ośrodka oddechowego, dochodzimy do przekonania, że wprowadzenie w morfinę reszty alkoholowej osłabia znacznie fizyologiczne jej działanie, podczas gdy zastąpienie w morfinie resztą kwasową działanie morfiny potęguje. Wobec tych wyników powątpiewa autor, czy jest usprawiedliwionem podawanie heroiny celem uśmierzania kaszlu wobec powstającego podrażnienia, a jeżeli morfiny nie powinniśmy podawać dzieciom, ani starcom, to to samo zdanie w większej jeszcze mierze dotyczy podawania heroiny. Natomiast dionina i kodeina w większej ilości przypadków zadość czyni naszym wymaganiom, zmniejsza dostatecznie wrażliwość dróg oddechowych, nie obniżając pobudliwości ośrodka oddechowego; w tych zaś przypadkach, gdzie po użyciu tych dwóch środków nie odniesiemy pożądanego skutku, tam należy uciec się jak dawniej do morfiny, a zastąpienie jej heroiną, sądząc z powyższych doświadczeń, nie jest zalecenia godne. *Dr. J. L.*

W. Teichmüller: **Eozynofilna Bronchitis.** *(Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 63, 1899). Od 3 lat wyróżnia prof. Hoffmann z Lipska odrębną postać nieżytu oskrzelowego, który zowie nieżytem oskrzelowym eozynofilnym. Cechą tej sprawy chorobowej ma być bardzo obfita ilość komórek eozynochłonnych w plwocinie, jakiej nie napotykamy w żadnej innej postaci tej choroby.

Autor, podając 15 nowych spostrzeżeń tego nieżytu, stara się skreślić kliniczny obraz tej choroby i zwrócić na nią uwagę ogółu lekarzy.

Nieżyt eozynofilny ma wiele pokrewieństwa z dychawicą (astmą), a pewną ilość przypadków tej sprawy choro-

bowej można uważać za początkowy okres dusznicy, lub za niezupełnie rozwiniętą jej postać. Obrazu anatomo-patol. dotąd podać nie można, gdyż choroba ta nigdy nie prowadzi do zejścia śmiertelnego. Czy komórki eozynochłonne powstają w drogach oddechowych, czy zostają wytworzone w szpiku kostnym (Ehrlich) i tu doprowadzone, autor nie rozstrzyga.

Z przyczyn odziedziczonych odgrywać mają rolę w powstawaniu choroby: gruźlica, opilstwo, kiła i niedomoga nerwowa rodziców; z nabytych: przebyta ciężka krzywica, zołzy, kiła, zapalenie płuc i opłucnej, zrosty opłucnowe. Mężczyźni częściej zapadają, zwłaszcza stolarze, litografowie, nauczyciele.

Chorzy skarżą się na bóle w klatce piersiowej, bóle głowy, zaparcie stolca, bezsenność, poty, czasami wymioty. Ciepłota ciała zwykle nie podnosi się i to tylko w ostrzej przebiegających przypadkach. Oddech bywa nie wiele zmieniony; od czasu do czasu robią chorzy niezwykle głębokie wdechy i wydechy. Inni znowu skarżą się na duszność przy ciężkiej pracy, a jedna z chorych dostawała wśród dłuższego mówienia tak znacznej duszności, że musiała wybiegać z pokoju. Objawy wypukowe tylko w cięższych i powracających przypadkach wykazują rozedmę płuc. Na klatce piersiowej słychać, obok suchych rzężeń, obfite furczenia i świsty przy wydechu wydłużonym. Kaszel jest stałym objawem, plwocina w zmiennej ilości, śluzowa, przejrzysta, czasem z domieszką ropy; ilość śluzu zwykle mała. Ciałka eozynofilne bardzo liczne, zwykle leżą w dużych skupieniach ułożone. Kryształy Leydena wykazać można, włókien spiralnych nie znajdowano, co najwyżej tylko nie zupełnie wykształcone ich postacie bez włókna osiowego.

Początek choroby nie jest ostry, a przebieg przewlekły (zwykle ponad 40 dni) i bardzo zmienny, zależnie od nasilenia nieżytu i od leczenia. Charakterystyczne mają być dłuższe przerwy wyraźnej poprawy.

Wśród leczenia po 1—4 miesiącach osiągnąć można znaczną poprawę, zwykle nawet zupełne wyleczenie, co również ma cechować tę chorobę. Nawroty chorobowe są dość częste, lecz szybko ustępują.

Rozpoznanie polega na wynikach badania plwociny, odmiennym przebiegu od zwykłego nieżytu i wyżej wspomnianych ogólnych objawach. Trudno czasem odróżnić eozynofilny nieżyt od lekkich postaci dusznicy.

Rokowanie jest dobre, a zależne od warunków, w jakich chory żyje. Niekorzystniej przebiegają te przypadki, w których powstawaniu odgrywają rolę zniekształtnienia klatki piersiowej (po krzywicy), przebyte zapalenie płuc i zrosty opłucnowe.

Obok leczenia higienicznego i dyetetycznego, gimnastyka i zabiegi wodolecznicze dają najlepsze wyniki. Jodek potasowy należy podawać w nieżytach na tle kiły, w innych przypadkach nie wywiera wpływu. *Dr. Rencki.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mercuriol, amalgam rtęciowy glinu i magnezyi z małą ilością tłuszczu, podany przez aptekarza Blomquista, nadaje się bardzo dobrze do sposobu Welandera, gdyż wydziela się z niego łatwo rtęć w postaci pary, a sposób ten polega na zasadzie, że rtęć wchodzi do ustroju głównie drogami oddechowemi. Ahmann stosował ten nowy przetwór w ilości 5,0, w woreczkach, które zalecał chorym nosić i codziennie świeże zmieniać, co zastępowało w zupełności wcierania, a było znacznie wygodniejszem. Szuster twierdzi, że wessanie rtęci nie następuje w ten sposób tak szybko, jak przy wcieraniach. *(Arch. f. Derm. u. Syph.* 48, 1). *F. K.*

Bukowsky najwięcej zaleca do leczenia wilka rumieniowego *(lupus erytematosus)*, obok kwasu trójchlorooctowego i rozczynu Fowlera (Schütz), sposób Brookea, t. j. codzienne smarowanie skóry rozczynem kwasu salicylowego (40,0) i kwasu pirogalus. (10,0) w kolodyonie (100,0); powstaje tylko lekkie zadrażnienie, a zmiany mają ustępować szybko. *(W. m. Woch.* 1899, 32). *F. K.*

Prof. E. de Renzi i G. Boori. O działaniu leczniczem tiokolu *(Thiocol »Roche«). (Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 32, 1899). Tiocol, sól potasowa kwasu sulfoguajakolowego, zawierająca 52% guajakolu, jest to biały, drobnokrystaliczny proszek, bez zapachu, smaku słabo gorzkawego; rozpuszcza się w 4 częściach wody zimnej, a w 1 części gorącej. Rozczyn tiokolu w syrupie pomarańczowym, znany pod nazwą syrolinu *(sirolin)*, zawiera w łyżce stołowej 1 grm. tiokolu = 0·52 grm. krystalicznego guajakolu, w łyżeczce 0·33 tiokolu = 0·20 grm. guajakolu. Z powodu swych własności tiokol nadaje się lepiej do celów leczniczych niż używane dotąd przetwory guajakolowe. Korzystne wyniki lecznicze Schwarza i Maramaldiego zachęciły autorów do wypróbowania obu preparatów. Podawano tiokol, względnie syrolin większej liczbie chorych na przewlekłą a nie gruźliczą *broncho-alveolitis*, oraz na gruźlicę płuc w różnym okresie chorobowym. Wyniki swe streszczają R. i B. w następujących słowach: Chorzy chętnie przyjmują tiokol i syrolin; ½ grm. na dawkę (w opłatku), a 2—4 grm. dziennie tiokolu nie sprowadza żadnych ubocznych zaburzeń; najodpowiedniejsza dawka wynosi 1·5—2 grm. dziennie. Syrolin podaje się 1—5 łyżeczek dziennie. Oba przetwory wywierają korzystny wpływ na przebieg gruźlicy płuc, podnoszą odżywienie chorego, obniżają ciepłotę, zmniejszają ilość plwocin, zwiększają wydzielanie moczu, poprawiają parcie krwi, podnoszą sprawę utleniania w ustroju. Zmniejszenie się kaszlu i plwociny, podniesienie się pojemności oddechowej płuc, poprawa ogólnego stanu usprawiedliwiają używanie tych leków i przy innych sprawach chorobowych oskrzeli i płuc, nie będących przyrody gruźliczej. Biegunkę, występującą czasami przy podawaniu tiokolu, usuwa podawanie równoczesne środka ściągającego (tannigen). Tiokol i syrolin mogą więc być podawane z korzyścią w gruźliczych i niegruźliczych chorobach płuc i skutecznie wspierają inne zabiegi lecznicze, stosowane przeciw gruźlicy. *Dr. Rencki.*

Stepp zalecał na Zjeździe w Norymberdze nowy środek przeciw gruźlicy, fluoroform, który jest gazem, rozpuszczalnym w wodzie w 2—8%. Woda ta jest prawie bez smaku i zapachu, a stosuje się 4—5 razy dziennie po łyżeczce lub łyżce. Autor podawał ją w 14 przypadkach gruźlicy płuc, z tych w dziewięciu z wynikiem pomyślnym, gdyż kaszel, poty nocne i gorączka szybko ustępowały, a chorzy przybierali na wadze. Przy gruźlicy kości wyniki były zadziwiająco pomyślne i szybkie. Podobnie okazał się przetwór ten korzystnym w liszaju żrącym, który pokrywał się w krótkim czasie prawidłową skórą przy podawaniu wody fluoroformowej wewnętrznie w ilości 100,0 dziennie. *F. K.*

Prof. Bruffalini zachwala *(Sett. med.* 1899, 37) stosowanie jako środka znieczulającego w miejsce kokainy, peroninę (chlorek benzylmorfiny). Próby, dokonywane na oczach królika, któremu wstrzykiwał w worek spojówkowy kilka kropli 1% rozczynu o ciepłocie 30—35°, są nader zachęcające, bo znieczulenie następuje szybko i jest zupełne, a nie sprowadza podrażnienia lub zmiany w źrenicy. Przy wkraplaniu 2—3% rozcz. znieczulenie trwało kilkanaście godzin. *F. K.*

Gagliardi ogłasza *(Boll. d. Clin.* 1899, 11) wyniki po podawaniu lycetolu w gośćcach różnego rodzaju, tak mięśniowych, jak i stawowych, jakoteż dnie moczanowej i to często w przypadkach zastarzałych, długo trwających. Przetwór ten, podany w dawce 2,0 dziennie, zmniejszał szybko bóle i obrzęki stawów i polepszał stan ogólny, zwiększając ilość moczu znacznie rozrzedzonego. *F. K.*

Strontium jodatum i Stront. bromatum zaleca ponownie A. Lockhart-Gillespie w chorobie Basedowa u dzieci. Przetwory te stosował z bardzo dobrymi wynikami; objawy chorobowe znikały szybko bez pojawienia się objawów jodyzmu lub bromizmu. Skuteczne działanie tych przetworów tłomaczy sobie autor tem, iż wprowadzenie do ustroju metalów w nim nie zawartych, lub też będących tylko w małych ilościach, potęguje skuteczność działania. Ponieważ powyższe sole strontowe przyciągają łatwo wilgoć, przeto poleca ich podawanie w postaci mięszanki:

Rp.: Strontii bromati 6.0
Strontii jodati 12·0
Aquae destillatae 40·0
Aquae menth. piperitae 20·0
Syrupi menthae piper. 20·0
MDS. Trzy razy dziennie 1 łyżeczkę (4·0 ctm.³).

(Klin. therap. Woschenschrift Nr. 36, 1899). *J. L.*

VI. Sprawozdanie z sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej LXXI Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytego w Monachium w dniach 17—23 września 1899 roku

napisał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

Powitawszy licznie zgromadzonych badaczy, którzy stanowili, rzec można, międzynarodową drużynę naukową i uczciwszy nasamprzód rzewnem wspomnieniem cienie zmarłych niegdyś przewodniczących sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej przeszłych Zjazdów: B. Guddena, Meynerta, Ludwika Snella, następnie innych nieżyjących już także, a wysoko w nauce zasłużonych mężów: Westphala, Hagena, Nassego, Zinna, naznacza prezes sekcyi, prof. Bumm, pierwsze naukowe jej posiedzenie na godzinę 9-tą dnia 1-go września.

Pierwszym mówcą w dniu tym był I. Monakow (z Zurichu). Wykład jego ilustrowany preparatami drobnowidowymi, brzmiał: „Przypadek nerwiakowłókniaka *(neurofibroma)* w tylnej jamie czaszki“. Chory, będący przedmiotem tego spostrzeżenia, cierpiał na przygnębienie umysłowe, ból głowy w okolicy czołowej, oraz w okolicy prawego wyrostka sutkowego *(regio mastoidea dextra)*; chód miał niepewny, słuch po stronie prawej przytępiony i ulegał porażeniu nerwu twarzowego i trójdzielnego. Do objawów ze strony móżdżku należały bezład *(ataxia cerebellaris)*, zawroty, ślady niedomogi *(astenia)* i dysmetryi. Objawy ze strony mostu: porażenie ruchów skojarzeniowych gałek ocznych ku stronie prawej, drżenie gałek ocznych *(nystagmus)*, *Pousdysarthrie;* mowa powolna lecz *bez potykania się* (kein Silbenstolpern). Objawy ze strony kory mózgowej: zmniejszenie się pobudliwości elektrycznej nerwu twarzowego, drganie mięśni, tarcza zastoinowa, zmniejszenie się czucia termicznego, zmiana wyrazu twarzy, postępująca głuchota w uchu prawem.

Sekcya wykazała: spłaszczenie zwojów i rozszerzenie komórek mózgowych. W tylnej jamie mózgowej stwierdzono narośl wielkości jaja kurzego, klinowato wrastającą w móżdżek. Mechaniczna reakcya jej była zdaniem Monakowa nad wyraz słabą. Nn. odwodzące *(abducentes)*, językoruchowe *(hypoglossi)*, błędne i dodatkowe *(accessorii)* — prawidłowe. Szypuła mózgowa *(pedunculus)*, piramidy, oliwki — prawidłowe. Części móżdżku, leżących u podstawy, brakło częściowo.

Wynik badania drobnowidowego. Okolica słuchowa *(regio acustica)* była zupełnie zmartwiałą (nekrotyczną); most w wysokim stopniu zniszczony, ubytki (luki) w sferze twarzowej i słuchowej, zanik prawego nerwu trójdzielnego. — Głuchotę prawego ucha tłómaczy Monakow zanikiem odpowiedniego nerwu słuchowego, polowicze zaś widzenie pośrednio ciśnieniem narośli na jądra n. odprowadzającego.

II. Kraepelin: *Kliniczne stanowisko zadumy (melancholia)*. Lekarze starożytni uważali za jednę z najważniejszych cech zadumy — przygnębienie ustroju umysłowego. Pinel rozróżniał zadumę smutną i wesołą. Obecnie pod względem psychologicznym wraca psychiatrya znowu do pierwotnego pojmowania zadumy. Kahlbaum (1863) rozróżniał psychiczne przygnębienia od zadumy właściwej (distymia). Jednocześnie odłączał on, w przeciwieństwie do Griesingera, przygnębienie porażenne od zadumy, nadając pierwszemu miano katalonii. Falret dopatrywał w przygnębieniu peryodycznem okresowem osobnej postaci zadumy.

Nowoczesna psychiatrya rozróżnia, według Kraepelina: 1) postać zadumy, występującą w wieku młodzieńczym; 2) zadumę, jako chorobę umysłową, łączącą się z przeobrażeniem wstecznem (klimakteryum, zaduma starców); 3) zadumę peryodyczną.

W rozprawach zaznacza Jolly, że prócz wymienionych przez mówcę postaci, rozróżniać należy jeszcze zadumę nawrotową *(recidivirende Melancholie)*.

III. Mingazzini (Rzym) opisuje przypadek małogłowia *(microcephalia)* i podnosi sprawę powstawania małogłowia w połączeniu z mikromyelią.

IV. Pick Fr. (Praga): *O zwyrodnieniu wtórorzędnem* (z demonstracyami). Pick czyni zależnym widoczny i dostrzegalny dystroficzny zanik mięśni od niedostrzegalnych zmian w rdzeniu. Zanik mięśni jest, zdaniem jego, przeważnie sprawą następową, w małej zaś tylko części uważa go za zmianę pierwotną, odbywającą się w mięśniach samych. — W rozprawach podnosi Hitzig wpływ odżywczy rdzenia pacierzowego na uległe dystrofii mięśnie. Teoryę tę wypowiedział Erb, większość badaczy, zdaniem Hitziga, hołduje jej dotąd.

V. Bayerthal (Worms) przedstawił chorego z ostrem zaburzeniem umysłowem, który wyzdrowiał po wyłuszczeniu narośli w mózgu przyrody limfatycznej.

VI. Nissl Fr. (Heidelberg) wyłożył rzecz: O tak zwanych czynnościowych (funkcyonalnych) zaburzeniach umysłowych. Celem wyjaśnienia sposobu ich powstawania przyjmują niektórzy badacze zmianę chemizmu w istocie nerwowej. Meynert tłómaczy te zaburzenia przekrwieniem czynnościowem, nie przyjmując morfologicznje zmiany tkanek. Nissl zwalcza „pojęcie funkcyonalnych zaburzeń umysłowych“ i przyjmuje (hipotetycznie) za ich podstawę „anatomofizyologiczne zmiany“, które są nam jednakże dotąd niedostrzegalne. U cerebropatów wskazują na to, zdaniem jego, n. p. porażenia, u psychopatów — objawy psychiczne. — W rozprawach podnosi Hitzig, że wobec zupełnie ujemnych wyników badania na tem polu, o których mówił prelegent, nie nam nie pozostaje, jak zatrzymać tymczasowo pojęcie czynnościowych zaburzeń umysłowych.

Ciąg dalszy nastąpi.

* * *

VII. Korespondencye.

Lwów, październik.

Zaczynam od sprawy, o której, zwłaszcza teraz, tutejsi lekarze dużo rozprawiają, a piszę o niej, bo sądzę, że Izba lekarska jednem cięciem rozplątaćby ją mogła. Sprawa to różnorakich reklam. Tak n. p.: „Przeniosłem mój instytut. Dr. X...“ „Instytut nietylko nie został przeniesiony, ale powiększony“ (bez podpisu)... „Dr. X. dziwi się, że sobie jeszcze ludzie życie odbierają z powodu bólu zębów, kiedy on im je bezboleśnie plombować umie“... Dr. Y. „z kronikarskiej notatki wnosi, że koledzy jego pobłądzili“...

Jakżeż łatwo Izbie przyszłoby uporać się z tem. Ot n. p. „Dr. X. instytutu wprawdzie nie posiada, bo Namiestnictwo nic o tem nie wie, ale rzeczywiście się przeprowadził, a w dawnem miejscu został technik, który również instytutu nie ma, a który nadto nie ma wogóle prawa zajmować się dentystyką we Lwowie“... „Wiedza lekarska w wielu przypadkach zawodzi, gdy idzie o bezbolesne plombowanie zębów, a Dr. X. dotąd również pewnego środka nie ogłosił, przeto artykuł jego należy uważać za czczą reklamę“... „Dr. Y. sam błądzi, pozwalając sobie na tak niepewnych danych, jak notatki kronikarskie, krytykować działalność swych kolegów“...

Takich parę *dementi*, podpisanych przez Izbę lekarską, w najgorszym razie, t. j. gdyby ich redakcye bezpłatnie przyjmować nie chciały, kosztowałyby Izbę w pierwszym roku jakie dziesięć złr., — w drugim roku jużby ich nie było potrzeba.

Tutejsze dzienniki o doli naszej coraz częściej zaczynają pisać, a wiadomo, że szczęśliwe narody nie posiadają historyi.

Kuryer lwowski pisał niedawno: ...„Niema, zdaje się, w żadnej instytucyi pod względem ekonomicznym bardziej upośledzonych funkcyonaryuszy, aniżeli w szpitalach lub klinikach. Dola nauczyciela ludowego, — tego egzotycznego kwiatka nędzy społecznej, — jeszcze może nie jest tak rażącą, jak dola lekarzy szpitalnych, jeżeli się uwzględni lata pracy i koszta kształcenia się dla osiągnięcia tytułu: „Doktora“. Mowa tu o narybku lekarskim, co po trzech lub czterech latach bezpłatnej praktyki w szpitalu, dobija się płacy 400 do 600 złr., na których wolno mu dwa do czterech lat używać dobrobytu i odłożyć tyle, by spłacił długi zaciągnięte w czasie bezpłatnego praktykowania i zapewnił sobie utrzymanie na następne lata głodne, kiedy, dostawszy odprawę ze szpitala, puści się na bystre wody wolnej praktyki.

Czyż można się dziwić, że wobec takich widoków, wśród tej kasty wydziedziczonych, znajdują się łatwo ludzie, łączący się z innymi paryasami austryackimi, z technikami dentystycznymi. Wszak taki technik za samo posiadanie dyplomu nazajutrz po promocyi płaci lepiej, niż szpital po ciężkiej kilkuletniej pracy.

W jakiś czas później pisał tutejszy *Przegląd:* ...„Praca lekarska, wskutek nadmiernej podaży, stała się tak bezgranicznie tanią w Galicyi, że Dyrekcya kolei, rozpisując konkurs na posadę kolejowego lekarza, ofiarowuje kandydatom płacę niższą od pobieranej przez zwykłych budników. ...Dyrekcya kolei, rozpisując taki konkurs, kierowała się podażą pracy lekarskiej, a podaż ta jest tak obfitą, że z samej natury rzeczy cena tej pracy spada bardzo nizko“.

Spodziewaćby się należało, że w przyszłym roku jesienią, obok podobnego anonsu „posiwiałych farmaceutów“, napotkamy taki: „Przestrzegamy maturzystów przed obieraniem sobie zawodu lekarskiego. Wynędzniali w pogoni za pracą lekarze“.

Tymczasem słychać utyskiwania na brak lekarzy, potrzebnych do obsadzenia utworzonych posad lekarzy okręgowych, — posad

znacznie lepiej płatnych, niż owa kolejowa, bo nie sto, ale pięćset złr. rocznie niosących. Otwierają się też widoki na przyszłość. W czasie ostatniej kadencyi sejmowej zgłoszono wniosek o wezwanie rządu do ustanowienia lekarzy szkolnych. Tamże podniesiono piekącą sprawę budowy nowego, lub powiększenia istniejącego zakładu dla obłąkanych. Namiestnictwo z impulsu c. k. Rady zdrowia stara się o ustanowienie stałych lekarzy policyjnych i t. d.

Ale...

Przed rokiem pisałem, że w sanitarnym departamencie Wydziału krajowego, prócz inspektora szpitalnego, — referentem nie zawsze bywa lekarz; — powinno więc więcej lekarzy tam pracować. Otóż niedawno zgłosił się tam lekarz na bezpłatnego praktykanta, zapewne w nadziei, że kiedyś inspektoratu się dosłuży — i znalazła się praca dla niego.

Dalej, sfery decydujące zauważyły ubytek lekarzy w szpitalu lwowskim, a odczuwając ten brak bezpłatnych praktykantów, wyznaczyły dla przynęty na tych mniej więcej dziesięciu, którzy tam bezpłatnie pracują, 400 (wyraźnie czterysta) złr. rocznie na remuneracye.

Dalej, tysiące ludzi szuka bezpłatnej porady lekarskiej w poliklinice i ambulatoryach klinicznych. Setki zamożnych nawet ludzi każe się profesorom bezpłatnie operować w klinikach. W Kasach chorych lekarze przeciążeni są pracą.

Na prowincyi zwłaszcza kumuluje się w jednym ręku przeróżne posady lekarzy miejskich, fabrycznych, kolejowych i t. p., bez względu na to, czy jednostka jest w stanie tylu obowiązkom podołać, aby tylko wyłatać jakąś sumaryczną pensyę, którąby mogła lekarza zwabić. Z czasem ona się rozbija, posady rozdzielają się w różne ręce i słusznie, bo jedna ich objąć nie mogła; — ale raz wprowadzone marnie nizkie pensye, na wieki już marnemi zostają.

Przegląd lwowski ma zatem tyle słuszności, mówiąc o hiperprodukcyi lekarzy, ilebyśmy jej mieli, mówiąc o hiperprodukcyi szewców, gdyby ludzie przez oszczędność zaczęli boso chodzić, lub o hiperprodukcyi robotników, gdy oni z powodu płac nizkich głodem przymierają.

Wszak adwokatów we Lwowie nie o wiele mniej niż lekarzy, a od góry do dołu, od znanych powag do początkujących, mają się oni materyalnie nieporównanie lepiej, dochodzą własną pracą do zamożności, mogą zapewnić przyszłość sobie i swym rodzinom, chociaż mam to przekonanie, że ludzie częściej chorują w życiu, niż się procesują.

Ale też syndyk pierwszej lepszej instytucyi bierze 3000 złr. pensyi, podczas gdy lekarzowi zaofiarowuje się 300 złr., bo on sobie resztę do życia potrzebną z praktyki prywatnej dorobi. Ale też adwokaci są silnie zorganizowaną instytucyą, w praktykę wchodzą wytrenowani po kancelaryach swych ongiś szefów; humanitaryzm nie kładzie na nich tak ciężkich obowiązków.

A u nas? Wśród nas tyle faktów woła o pomstę*) do Izby lekarskiej, a ona przecież, przykrem doświadczeniem pouczona, „radykalnie“ przymyka oczy, by swej bezsilności nie zdradzać. Nasze kliniki i szpitale uczą pracować, ale jak tą pracą na życie zarabiać, sami się w gorzkich chwilach uczyć musimy. I nie jeden życie całe przekuleje, a ponsowy od wstydu, gdy mu się o zapłatę za wysilającą pracę upomnieć wypadnie, ściśniętego gardła rozewrzeć nie umie, ręką machnie i pacyenta upewnić gotów, że samem w nim położonem zaufaniem aż nadto hojnie został wynagrodzony.

Humanitaryzm wreszcie zanadto od nas wiele wymaga, choć do nas go nigdy świat wzajem nie stósuje**). Ale niechby! Ludźmi jesteśmy i niech każdy z ludzkich ciężarów tyle bierze na barki, ile udźwignąć zdoła, byleśmy w celach konkurencyjnych humanitarnego nie wywieszali sztandaru, bo to jest, co mści się nad nami najsrożej.

Konkurencya nasza, te jaskrawe kwiatki popełnionych w jej imię nietaktów, to brak owej tresury, o której wspomniałem, brak doświadczenia życiowego.

Niech lekarz we Lwowie wywiesi tabliczkę, napada go najprzód zgraja żebraków. Nauczyciel bez miejsca, emigrant, aktor w podróży, szykowna dama z papierosami, elegancki młodzieniec, informujący się w sprawie znajomego, co z prowincyi ma przyjechać dla zasięgnięcia porady zdolnego lekarza, a... ofiarowujący „przy sposobności“ losy na karabelę po Skrzyneckim i t. d. Wszystkim im nieszczęsny praktyk hojnie się opłaca, by mu czasami praktyki, mszcząc się, nie popsuli. Płaci póki może, wreszcie pasyą porwany, zaczyna już gburowato za drzwi wyrzucać i wtedy dopiero prawdziwi zgłaszają się pacyenci. Owa upragniona praktyka zaczyna się rozwijać, jednego miesiąca suma dochodów wykazała już okrągłą setkę, aż tu naraz jak uciął. Próbujemy dzwonka... dzwoniłby, ale nikt go nie rusza. Rozpacz chwyta za serce i niejednemu nasunie się myśl, że to kolega mu nogę podstawił, — stara się też temu lub owemu koledze odwdzięczyć. Niektórzy w zapale dochodzą do tego, że o żadnym z kolegów nie odezwą się przychylnie, niebacznie sięgają po koronę jednookich w królestwie ślepych. Powodem zaś bezrobocia był zwykły przypadek, boć wolna praktyka nigdy nie płynie równym prądem.

Z czasem przekonywujemy się o tem, że różnice dochodów z praktyki w poszczególnych miesiącach spadać mogą najniespodziewaniej, bez żadnej wykazalnej przyczyny w stosunku postępów geometrycznych. Spostrzegamy ogromną niestałość tych przychodów i wtedy rozpoczyna się pościg za czemś, choćby najmniejszem, aby stałem. Zaczyna się licytacya wszelkich stałych posad *in minus*. Oto tutaj powinnaby wkroczyć Izba lekarska znowu i zabronić zawierania wszelkich ryczałtowych ugód poniżej pewnej, stale oznaczonej kwoty. Żadnego tłomaczenia, że tam lub ówdzie nie można większego wynagrodzenia wymagać, bo czynność tam mała, — nie powinno się przyjmować. Gdzie bowiem czynność jest tak mała, tam nie będzie nikomu robiło różnicy wynagradzanie każdorazowo z osobna.

Pierwej jednak jeszcze, nim się do tego zabierze, powinnaby Izba nasza wyplenić ogłoszenia o leczeniu „po zniżonych cenach“. Ja przyznaję, że obok rycerzy przemysłu, wojujących reklamą, nie gorzej od Kathreina, ogłaszającego Kneipowską kawę, powołujących się po półrocznym pobycie za granicą na doświadczenia rozległe, nabyte u ośmiu profesorów w czterech ogniskach wiedzy, tytułujących się operatorami wtedy, gdy publika na podstawie notatek kronikarskich sądzi, że nikomu nie ujdzie bezkarnie nieprawne używanie tego tytułu, — otóż przyznaję, że obok nich są także tacy, co z trwogi przed ciemną przyszłością wydają ostatni grosz na ogłoszenia i że najczęściej tacy piszą dla zachęty o swych „zniżonych cenach“. Jeżeli jednak oni nie pojmują, jak bardzo sami sobie szkodzą, to przecież Izba rozumieć to musi i choćby przymusem wstrzymać ich od tego powinna. Wszak oni nietylko moralną swą wartość obniżają, bo któż z poważniej chorych będzie miał zaufanie do takiego tandeciarza, kto go będzie wzywał? Wszak każdemu z nas wolno honoraryum swe nietylko do *minimum*, ale do zera nawet, stósownie do zamożności pacyenta, obcinać, ale lecznictwa nie wolno jak handel *en gros* traktować, bo na punkcie zdrowia każdy chory pierwszorzędnej poszukuje jakości. W miarę zaś popytu i wzmagającej się wziętości lekarza, powinien on sam, według mego przekonania, podwyższeniem swego honoraryum rozmiary swej praktyki rozmyślnie zacieśniać, bo w przeciwnym razie, przeciążony pracą, nie może swym chorym poświęcić tyle czasu i uwagi, ileby dla dobra chorego potrzeba było, a co najważniejsza, nie ma czasu do pracy nad sobą i rdzewieć musi.

Dr. Uhma.

PS. Gdym pisać kończył, doręczono mi tom II „Zbioru ustaw i rozporządzeń sanitarnych“, wydawnictwa, o którem w wiosennej wspomniałem korespondencyi. Wyczytałem tam, str. 821, że okólnikiem z r. 1890 podwyższono pobory dla cywilnych lekarzy za leczenie żandarmeryi. Za odwiedzenie chorego w odległości 2 kilometrów ($^1/_4$ mili), wraz z ordynacyą, dostaje lekarz obecnie 50 centów, t. j. za drogę po 10 centów od kilometra (tyle, jak stwierdziłem, ile dostaje roznosiciel telegramów, i 30 centów za ordynacyę.

*) I to »pod gwarancyą«, że jest o co zaczepić. Patrz n. p. anons Dra F. *Słowo polskie* Nr. 234.

**) Niedawno zakopiański korespondent *Kuryera lwowskiego* pozazdrościł nam nawet zniżek, przyznawanych nam w miejscach kąpielowych.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Wynagrodzenie lekarzy jako rzeczoznawców sądowych uznanem zostało powszechnie za niedostateczne. Toteż wszystkie Izby już kilkakrotnie czyniły starania o usunięcie złego, niestety dotąd bezskutecznie.

Na posiedzeniu Izby kraińskiej w dniu 4. VIII. b. r. z powodu, że lekarzowi, wezwanemu na nadzwyczajnego rzeczoznawcę w sprawie ciężkiego uszkodzenia ciała, sąd lublański przyznał pięć złr. zamiast żądanych przez niego 6 złr., zwłaszcza że i zażalenie jego pozostało bez skutku, uchwaliła Izba następujące rezolucye:

1) Izba lek. przyjmuje z ubolewaniem fakt powyższy do wiadomości, jako uwłaczający godności stanu lekarskiego. Izba jest zdania, że organa sądowe, oznaczające, szczególnie w nadzwyczajnych przypadkach, wysokość wynagrodzenia lekarza za jego czynność nadzwyczajnego znawcy sądowego nie mogą ocenić, jakiej pracy i odpowiedzialności czynność ta wymaga.

2) Izba lekarska jest zdania, że wynagrodzenie lekarza w takich zwłaszcza nadzwyczajnych przypadkach wynosić winno za pierwszą godzinę 10 złr., zaś za każdą następną 5 złr.

3) Izba lekarska zobowiązuje swych członków, by pod innymi warunkami nigdy nie przyjmowali na siebie obowiązków nadzwyczajnego znawcy sądowego.

4) Przeciwne postępowanie uznaje Izba lek. za ubliżające godności stanu lek.

5) Izba lek. poleca swemu delegatowi na wiec Izb lek., by zarówno tę sprawę, jak wogóle sprawę wynagrodzenia lekarzy sądowych, którzy nietylko bezwzględnie, lecz także i w porównaniu z innymi rzeczoznawcami sądowymi za nisko bywają honorowani, poddał pod ponowne rozprawy.

6) Izba lekarska opublikuje te uchwały wraz z rezolucyą z 16 czerwca b. r. i przedłoży ministerstwu sprawiedliwości, wyższemu sądowi w Gradcu, sądowi w Lublanie, wszystkim lekarzom Izby kraińskiej, wszystkim Izbom lek. i lekarzom do Izby nienależącym z prośbą, by się w koleżeński sposób do nich stósowali. (*Aerztliche Vereinszeitung.* Nr. 20 r. 1899). *J. G.*

Stosunek lekarzy lub zastępujących ich interesa Izb lekarskich do Kas chorych nie jest widocznie ustawą dość jasno unormowany. Obok nielicznych objawów pocieszających, mnożą się starcia i niesnaski. Sprawy to ważne nie tylko dla lekarzy Kas, lecz dla wszystkich lekarzy. Z obowiązku więc notujemy tu ważniejsze zajścia zarówno pomyślne, jak i niepomyślne.

Izba kraińska na posiedzeniu z 4. VIII. b. r. uchwaliła wezwać Izbę dolno austr., jako zarządzającą, by zwróciła uwagę innych Izb na §. 13 wzorowego statutu Kas chorych, załączonego do ogłoszenia ministerstwa spraw wewnętrznych o Kasach chorych (z r. 1888), który lekarzom, nie będącym funkcyonaryuszami kasy, a wezwanym do chorych członków kasy, tylko w takim razie przyznaje wynagrodzenie z funduszów kasy, jeśli wezwanie nastąpiło ze zgodą jej zarządu, albo gdzie było *periculum in mora.* — Sprawę tę poruszył jeden z członków Izby z okazyi faktu, że wiedeńska Kasa chorych odmówiła lekarzowi wynagrodzenia na tej właśnie podstawie, choć on został wezwany do nagłego przypadku, a trybunał administracyjny (t. j. najwyższa instancya w rekursach) przyznał słuszność Kasie. — Na tem samem posiedzeniu tej Izby przeczytano pismo zarządu lublańskiej Kasy chorych, w którem ten donosi, że do ułożenia pragmatyki służbowej dla lekarzy Kasy utworzono komisyę i prosi, by Izba także ze swej strony wysłała delegata do tej komisyi. Uchwalono.

Na posiedzeniu wydziału Izby bukowińskiej w dniu 12. VIII. b. r. uchwalono przekazać Izbie zarządzającej do przedłożenia V-mu wiecowi Izb następujące wnioski, dotyczące Kas chorych: 1) Płaca roczna lekarzy kas ułożoną być winna na podstawie liczby członków kasy i liczby rad lekarskich, udzielonych w ciągu roku. 2) Liczba członków Kasy, którym jeden lekarz ma udzielać rad lekarskich, nie powinna przekraczać 600. 3) Izby lek. powinny mieć zapewniony wpływ na przyjęcie, oddalanie, rozdział czynności i t. p. lekarzy Kas, i starać się nadać instrukcyom, umowom, mianowaniom lekarzy pewną jednolitą formę. 4) Lekarze Kas chorych powinni mieć po pewnej liczbie lat zapewnioną pensyę (emerytalną?) 5) Wszyscy lekarze Kas chorych powinni — w razie przyjęcia powyższych wniosków przez Izby, stósować się do nich ściśle. Wykraczających przeciw tym uchwałom ma odpowiednia Izba stawić przed sąd honorowy. 6) Przed wiecem Izb należy powołać ankietę, złożoną z samych lekarzy Kas chorych wszystkich prowincyi monarchii na koszt pojedynczych Izb, na której mają być dokładnie rozpatrzone wszystkie ważniejsze sprawy, a odpowiedni referat przedłożyć ma wiecowi Izb jeden z członków tej ankiety, choćby nie był członkiem żadnej z Izb lekarskich. (*Aerztl. Vereinsztg.* Nr. 20 r. 1899). *J. G.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 października.

* Zjazd farmaceutów galicyjskich odbył się ściśle podług zapowiedzianego programu Zebranie zagaił przewodniczący Komitetu gospodarczego, p. Waligórski. Do prezydyum Zjazdu powołano prezesa Towarz. farmac. we Lwowie, p. Włodzimirskiego, na zastępcę prezesa p. Longinowitza z Wiednia; na sekretarzy magistrów farmacyi: p. Stepka i p. Hausberga. Przewodniczący udzielił głosu prof. Kostaneckiemu, prezesowi Komitetu gospodar. VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w r. 1900, który zawiadomił zebranych, że na rzeczonym Zjeździe utworzoną będzie osobna Sekcya farmaceutyczna i wezwał zebranych do licznego obesłania Zjazdu i złożenia dowodów pożytecznej pracy dla nauki i dobra ludzkości. Po przemówieniach okolicznościowych wygłosili referaty panowie: Waligórski, Hausberg, Stepek, Markowicz, Hoffman. Po odbytych rozprawach powziął II Zjazd farmaceutów galic. następujące uchwały; 1) Powinien być wprowadzony system czystej osobistej koncesyi, niesprzedajnej i według systemu szwedzkiego, odrzucając bezwarunkowo poprawiony projekt Heltmana. 2) Dla poprawy obecnych stosunków Zjazd uważa za odpowiednie przeprowadzenie ustawy o pomnożeniu aptek. 3) Zjazd uważa za stósowne rozszerzenie studyów uniwers. na lat 3, skrócenie zaś praktyki na lat 2 i wprowadzenie 1-rocznej asystentury, jako też wprowadzenie egzaminu dojrzałości, jako warunku przedwstępnego do przyjęcia na praktykę w aptece. 4) Należy poczynić kroki, ażeby rząd usunął z przepisów § 55 i 56, dopuszczającego do prawa nabycia apteki na podstawie zakupna inwentarza.

Udział był liczny; pożytecznym pracom zawodowym odpowiadała dobrze zorganizowana strona towarzyska. Zjazd powiódł się pod każdym względem.

* Prezydyum Towarz. lekar. krak. niniejszem zawiadamia kolegów, że wobec liczebnej przewagi i odmiennego zapatrywania się kół mieszczańskich, wszelkie jego usiłowania, ażeby zapewnić wybór jednego lekarza do III lub IV koła komisyi wymiaru podatku zarobkowego, spełzły na niczem. Wobec tego pozostaje każdemu z kolegów swoboda postawienia kandydatów według własnego uznania.

* Nie ulega wątpliwości, że zubożenie stanu lekarskiego oddziałało obniżająco na skalę etyczną wielu lekarzy. Dzienniki polityczne codziennie zawierają zdrożne reklamy, obliczone na łatwowierność społeczeństwa. W tym względzie podziwiać nieraz należy pomysłowość i prawdziwie genialną subtelność w osłanianiu szpetnego celu. Że jednak nie wszyscy poprzestają li tylko na poniżającem reklamowaniu się, niech służy następujący przykład: fizyk powiatowy, rewidując aptekę w jednem z zachodnio-galicyjskich miast, znalazł recepty pewnego lekarza, na których, bądź obok innych leków, bądź na samoistnych receptach stało: »bursuczego sadła 200·0«, albo: »borsuczej maści za 12 centów« itd. Wszak nikt nie uwierzy, ażeby ten lekarz był przekonany o skuteczności borsuczego sadła: natrząsając się z ubogich na duchu, poleca go, byle tylko zjednać lub niestracić pacyentów, zapewne wychodząc z zasady: *vulgus vult decipi, ergo decipiatur.* A jednak prawdziwie szanujący swoje imię cyrulik nie podpisałby się może na takiej recepcie.

* Wiedeńska »Klinisch.-therapeutische Wochenschrift« w Nr. 41 podaje krytycznej ocenie warunki konkursu, rozpisanego przez krakowską dyrekcyę kolei państw. na posady lekarzy kolejowych w Zakopanem i Nowym Targu. Niemiecki tygodnik wypowiada wielkie zdumienie, że warunki tak ubliżające stanowi lekar. ktoś ma odwagę ogłaszać i wyraża uznanie Izbie lekar. zachodnio-galicyjskiej za jej energiczne ujęcie się.

* Minister oświaty mianował następujących członków komisyi egzaminacyjnej w Wydziale lekarskim Uniwersytetu lwowskiego: komisarzem rządowym protomedyka J. Merunowicza, zastępcą J. Barzyckiego. Koegzaminatorem przy II-gim egzam. ścisłym — doc. O. Widmana, zastępcą — dr. W. Opolskiego. Przy egzam. ścisłym III-cim, koegzaminatorem — prof. G. Ziembickiego, zastępcą — doc. H. Schramma.

* W myśl uchwały grona profesorów Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. minister oświaty mianował dr. Maksymiliana Rutkowskiego docentem do wykładów z zakresu chirurgii.

— Rodzinie ś. p. Prof. Halbana za ofiarowane Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krak. kilkadziesiąt tomów cennych dzieł lekarskich,

oraz kol. Prof. Wachholzowi, który dar ten wyjednał, składam niniejszem najuprzejmiejsze podziękowanie.

Doc. *Dr. Ciechanowski*, bibliotekarz T. l. k.

* W N. 20 »Przegl. lekar.« z r. b., pod tytułem »Nowy przyrząd własnego pomysłu do oznaczania astygmatyzmu regularnego« podał dr. A. Langie opis i rysunek tego przyrządu. Obecnie nam donosi, że w tych dniach otrzymał prośbę od »ces. kliniki okulistycznej w Moskwie o zamówienie dla niej tego przyrządu« u jednego z mechaników krakowskich.

Okoliczność ta przekonywa kol. Langiego, że przyrząd ten nie jest bez zalet, co go zniewala do dania o nim sprawozdania w czasopismach niemieckich i francuskich.

(G.) Na ostatnim wiecu Izb lekar. we Lwowie uchwalono ułożyć możliwie dokładny spis (kataster) partaczy lek. w całej Austryi i doręczyć go ministerstwu. W tym celu prezydyum związku lekarzy Austryi dolnej prosi przewodniczących wszystkich sekcyj tego związku o zbieranie po koniec listopada b. r. wiadomości o partaczach lekar. i o odpowiedź na następujące pytania: 1. Nazwisko partacza. 2. Miejsce jego zamieszkania. 3. Przedmiot i sposób partactwa. 4. Sposób jego wynagradzania. 5. Czy tenże był już karany i jak, — wreszcie inne uwagi.

* Cesarski urząd zdrowia w Berlinie dąży do statystycznego zebrania wyników klimatycznego leczenia gruźlicy, począwszy od r. 1896. Ministeryum spraw wewn., oceniając znaczenie takiej statystyki dla celów walki z gruźlicą, zażądało od podwładnych sobie organów sanitarnych, ażeby te wezwały zarządy odpowiednich zakładów sanitarnych do dostarczenia żądanych wykazów.

* W lipcowym zeszycie »Annales de l'Institut Pasteur« znajduje się nader zajmująca praca dr. Levina ze Sztokholmu o drobnoustrojach w krajach podbiegunowych. Autor brał udział w wyprawie Nathorsta na okręcie »Antarctic«, podczas której zbadał w kierunku bakteryologicznym wodę, powietrze, lodowce, oraz treść przewodu pokarmowego fauny podbiegunowej. Co się tyczy wody, lodu i powietrza, to wynik badań Dr. Levina tylko potwierdził utrwalony już od czasów Pasteura pewnik, dotyczący szczytów wiecznych śniegów, mianowicie, że w powietrzu zaczerpniętem na Szpicbergu i lądzie króla Karola nie wykryto zupełnie laseczników. Woda morska, oraz woda, zebrana z pod topniejących lodowców, — prawie nie zawiera bakteryj, gdyż dopatrzono zaledwo 1 drobnoustrój na 11 sześcien. ctm. wody, wówczas, gdy woda w naszych rzekach zawiera ich 100.000 na 1 sz. ctm. Rzecz godna uwagi, że w głębinie morskiej więcej znalazł L. drobnoustrojów, niż na powierzchni, pomimo, że w strefie podbiegunowej woda morska w głębinie ma ciepłotę niżej zera.

Do rzeczy istotnie nowych należy zbadanie bakteryologiczne treści przewodu pokarmowego fauny podbiegunowej: przewód ten okazał się u większej liczby tych zwierząt jałowym. Tylko w jelitach białego niedźwiedzia i foki znalazły się laseczniki, podobne z wejrzenia do *bac. coli. com.* W jelitach fauny głębin morskich zawsze znachodzono małe ilości laseczników.

Tak więc, badania Levina potwierdziły teoryę Schotteliusa, że trawienie jelitowe obchodzi się bez wszelkiego udziału drobnoustrojów.

* Sprawa tytułu dentystów oparła się o najwyższy trybunał państwa. Niejaki Remenowski, dentysta w Bernie moraw., posługiwał się tytułem lekarza zębów (*Zahnarzt*); po 17 latach zaprzeczono mu prawa do tego tytułu i sprawa przeszła przez liczne instancye, aż wreszcie została rozstrzygniętą 30 z. m. przez najwyższy trybunał. Izba lekar. morawska, jako oskarżająca, twierdziła przez swego delegata, że tytuł »Arzt« należy się tylko doktorowi medycyny; rzecznik zaś ministeryum spraw wewn. utrzymywał, że tytuł »Zahnarzt« należy się wszystkim dentystom, którzy wykonują zawód dentystyczny bez wszelkich prawnych ograniczeń. Najwyższy trybunał odrzucił skargę Izby lek., a w wywodach swych oparł się na tem, że tu należy uwzględnić zwyczaj, przez który publiczność, nazywając dentystę »Zahnarzt«, nie ma na myśli stopnia naukowego, lecz same wykonawstwo dentystyczne.

* W końcu września odbył się w Berlinie wrzekomo międzynarodowy Zjazd przeciwników szczepienia ospy. Zjechało się 240 członków; nieprzybycie zaś zaproszonych członków z zagranicy odjęło Zjazdowi jego charakter Zjazdu, jak brzmiała nazwa »światowego«; władze pruskie, miejskie i państwowe, również nie przybyły, pomimo zaproszeń, a burmistrz Berlina oświadczył, że będąc przekonany o pożytku i konieczności szczepienia krowianki, uważa sprawę tę za załatwioną raz na zawsze. Członkowie Zjazdu gwałtownie piorunowali przeciw szczepieniu, traktując je, jako świadome zatrucie krwi.

* Zwiększająca się liczba ognisk moru (dżumy) spowodowała cesarski urząd zdrowia w Berlinie do rozesłania organom władzy krótkiego pouczenia o istocie, szerzeniu się, a zwłaszcza o sposobach szybkiego rozpoznawania moru.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Krehl z Jeny otrzymał wezwanie od Wydziału lekarskiego w Marburgu do objęcia posady profesora kliniki wewnętrznej. Doc. Rigler powołany został na profesora higieny w Klausenburgu. Tytuł nadzwyczajnych profesorów otrzymali następujący docenci wiedeńscy: C. Clar, J. Metnitz, E. Wertheim, N. Ortner i A. Biedl.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Hordyński, lekarz okręgowy w Narajowie, w 32 roku życia. Dr. Kirn, prof. psychiatrii w Freiburgu, który znikł przed kilku miesiącami, odszukany został w nurtach rzeki Reuss w Szwajcaryi. Dr. Juliusz Simon, lekarz dzieci, znakomity nauczyciel i pisarz, zmarł w Paryżu w 69 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 10: Kramsztyka Zygmunta: Higiena życia domowego. *N*: W sprawie bytu lekarzy. — Z pamiętników prof. Szokalskiego (c. d.). Dr. Peszke J. — (*Ocena*): O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. W *Medycynie* Nr. 39: Prof. Kosińskiego J.: Wrodzone torbielowate przeistoczenie nerki przy zupełnym braku naczyń nerkowych. Wycięcie torbieli u dziecka 16-miesięcznego. Goldenberga A.: Dlaczego dziecko rośnie? (c. d.). Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). — Nr. 40: Goldenberga A.: Dlaczego dziecko rośnie? (c. d.). Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 40: Brudzińskiego J.: Przyczynek do kwestyi o zatruciu resorcynowem w wieku niemowlęcym. Landsteina J.: Przypadek ropnego zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanego przez bakterye Friedländera po przebytem zapaleniu płuc włóknikowem. Pechkranza S.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. Fajersztajna J.: Polymyositis primaria (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Watten (Łódź): Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie. (Odbitka z *Centralblatt f. Chir.* Nr. 38, 1899).

— Dr. Dembiński B.: Recherches sur le rôle des leucocytes dans la tuberculose expérimentale sous-cutanée. Paryż, 1899.

— Dr. Lemberger J.: Rozbiór chemiczno-bakteryologiczny wód studziennych miasta Krakowa. (Kraków 1899).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 18 b. m., o godzinie 6 wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Browicz mówić będzie: O wchłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i obrazach ztąd powstać mogących, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobnej, z projekcyą elektryczną obrazów.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Z powodu nadwątlonego zdrowia nie mogę dalej prowadzić Kasy chorych w fabryce cementu w Szczakowy. Posada ta, z którą połączona jest pensya 850 złr. rocznie, mieszkanie, światło i opał, w blizkiej przyszłości inne dochody, jest każdej chwili do objęcia. Wymaga ona znajomości języka niemieckiego i polskiego. Kompetenci raczą się zgłosić do Wgo P. Maurycego Fritscha w Białej, ulica prowadząca do Kasy oszczędności. *Dr. Steinkeller.*

Zwierzchność gminna m. Ryglic (oddalone od stacyi kol. Tuchów 7 kilometrów) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 złr. w. a. i wolnem mieszkaniem. Podania należycie udokumentowane wnosić należy do zwierzchności gminnej do 15 listopada b. r. 185

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 21 Października 1899. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuję 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 21 Października 1899. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. 1) Pruchnica zębów u naszej uczącej się młodzieży oraz kilka uwag o higienie szkolnej na podstawie badań, dokonanych na 3050 uczniach szkół publicznych w Jarosławiu. — 2) Znamiona *(stigmata)* zębowe i ich znaczenie prognostyczne w przebiegu chorób ogólnych, ubezpieczeniach na życie i wyborze mamek.

Podał
Dr. Salo Rossberger.

(Streszczenie własne odczytu, wygłoszonego na IX Zjeździe chirurgów polskich w dniu 19 Lipca 1899.)

Dla braku statystyki dentystycznej na całym obszarze ziem polskich i z powodu braku jej w całem nawet państwie austryackiem, zbadałem za zezwoleniem c. k. władz szkolnych stan zębów uczniów wszystkich publicznych i prywatnych szkół jarosławskich i przedkładam obecnie wyniki tych badań. Badania odbywały się podczas godzin szkolnych, w obecności nauczyciela, a to na podstawie drukowanego kwestyonaryusza, ułożonego przezemnie, z uwzględnieniem kwestyonaryuszy Fenchla w Hamburgu, Bertena w Würzburgu, względnie w Monachium, Bartelsa w Fryburgu, Rösego w Monachium względnie Stuttgardzie, Bauera w Budapeszcie, Kollemana w Bazylei i Unghvariego w Szegedynie. Kwestyonaryusz ten, który w końcu tej pracy przytaczam, zawiera 28 pytań, z których 10 pierwszych wypełniała szkoła przy pomocy rodziców, opiekunów i uczniów, resztę wypełniałem sam podczas badań, w asystencyi nauczyciela, przydzielonego mi do tego celu. Otóż wyniki, których ostateczne liczby nie są jeszcze we wszystkich szczegółach obliczone, dają bardzo smutny obraz, świadczący o stopniowem zwyrodnianiu się naszego pokolenia, w miarę stopnia wykształcenia uczniów i ich antenatów. Ogólnikowo mogę powiedzieć, że na 100 uczniów badanych znajdzie się z zupełnie zdrowymi zębami ledwie 12, w niektórych klasach będzie ich między 6% a 34%; na 100 zębów badanych jest chorych 26 do 36, stósownie do klasy. Dzieci, należące do ludzi prostych, mieszczan i kmieci, mają o wiele lepsze zęby, niż dzieci ze sfer wykształconych, mimo że przypuszczalnie czyszczenie zębów stoi w odwrotnym do tego stosunku. Hesse w Lipsku stwierdził, że liczba drobnoustrojów chorobotwórczych w klasie, badanej przed rozpoczęciem nauki wynosi 100—500 na metr sześcienny powietrza, podczas gdy po nauce, względnie na ostatniej godzinie, naliczył ich już 16—18,000, a więc 36 do 160 razy więcej, a rozwielmożnienie się bakteryj podczas nauki należy odnieść jak sądzę, w przeważnej części do pruchnicy zębów i chorób jamy ustnej. Wobec takiego stanu rzeczy nie trzeba się dziwić, że atmosfera klasy niekorzystnie wpływa na zdrowotność, względnie odporność, naszej uczącej się młodzieży (nagminne szerzenie się błonicy, ospy, płonicy, czerwonki, odry itd. po szkołach i przez szkoły), a nawet na zdrowotność samego grona nauczycielskiego, czego najlepszym znowu dowodem statystyka śmiertelności zawodowej. Ta bowiem wykazuje, że na 1000 nauczycieli dochodzi do 60 roku życia ledwie $1/2$ tyle co lekarzy, a ledwie $1/3$ tyle co księży, mimo, że lekarze i księża zawodowo i codziennie stykają się z chorymi i umarłymi, a więc rzadko kiedy nasz nauczyciel, zwłaszcza ludowy, dochodzi do tego wieku, aby miał prawo do całej emerytury, a przyczyną tego — last but not least — pruchnica zębów młodzieży szkolnej.

Jaka jest przyczyna tej częstości pruchnicy u naszej młodzieży i jak można temu tamę położyć, względnie ograniczyć jej zgubne wpływy na higienę szkolną? Nie tu miejsce ani czas na rozprawy co do etyologii pruchnicy, ale w sprawie higieny szkolnej powinniśmy głos zabrać i liczby uzyskane poddać ścisłej kontroli, to znaczy stworzyć statystykę dentystyczną, jak ją już sobie stworzyli Szwajcarowie, Anglicy, Francuzi, Niemcy, Skandynawczycy, a po części nawet i Węgrzy, i postarać się o to, aby statystyka doszła do wiadomości i świadomości władz szkolnych, w końcu stanowczo i statecznie zażądać:

1). Peryodycznej rewizyi dentystycznej po szkołach, o ile możności przez specyalistę i d-ra wszech nauk lekarskich.

2). Aby do czytanek (obowiązkowych książek szkolnych) przyjęto ustęp, traktujący o higienie zębów i jamy ustnej.

3). Aby zapewniono dla młodzieży szkolnej, zwłaszcza biedniejszej, bezpłatną poradę i pomoc dentystyczno-lekarską.

4). Aby co 2 godziny wietrzono klasę przez otwieranie okien i drzwi w nieobecności młodzieży na 5 do 10 minut.

Wolf, z Zagrzebia idzie dalej i żąda na Kongresie w Moskwie, aby zaprowadzono w świadectwie notę z utrzymywania czystości zębów podobnie, jak jest nota z czystości i staranności w utrzymywaniu wypracowań piśmiennych. Boć to rzecz naturalna, że wprawdzie zdrowe zęby nie są jeszcze dowodem zdrowego ustroju, ale złe zęby są, bądź co bądź, oznaką i przyczyną niedostatecznego lub złego odżywienia się i wyrazem niezdrowego ustroju, zwłaszcza jeżeli pojawiają się już w wieku szkolnym. Galippe we Francyi — i Peadley w Anglii twierdzą zupełnie na seryo, że wysoki odsetek zębów dotkniętych pruchnicą u naszej młodzieży, jest wyrazem zwyrodnienia rodu ludzkiego. Obecne zapatrywanie na tę sprawę przyjmuje, że przyczyną zwyrodnienia i prędkiego psucia się zębów jest wyczerpanie, względnie znaczne wstrząśnienie równowagi w ekonomii ustroju połączeń wapniowych (Röse, Fjörberg) i fosforo-

wych (teorya Kielhausera z Gracu) z tkankami organicznemi, a jako okoliczności sprzyjające rozwojowi pruchnicy przytacza się słusznie: nieregularny zgryz; niedostateczne odżywianie się (brak leguminozów, jarzyn strączkowych w pokarmach), nieodpowiednie przyprawienie pokarmów, zanadto silne ich rozdrobienie i rozmiękczenie (siekane mięso, rozmiękczona w kawie bułka, lub babka, rozmaite ciasta i leguminy) i niehigieniczne traktowanie jamy ustnej. Jako bardzo ważny czynnik podnieść należy dziedziczność i przebyte ciężkie choroby. Uderzającem jest, że podczas gdy podręczniki dentystyczne tak poważnych autorów, jak Baume, Brandt, Metnitz, Miller, Scheff etc. podają pruchnicę czarną, t. j. przewlekłą, za właściwość osób starszych, co najmniej nad lat 20, to statystyka moja wykazuje stosunkowo bardzo znaczny procent tej czarnej przewlekłej pruchnicy u młodzieży szkolnej, nawet najniższych klas, co więcej, już na zębach mlecznych. Zjawisko to tłómaczę sobie w ten sposób, że pruchnica czarna osobników, w wieku szkolnym jeszcze będących, polega na skazie krwi (dyskrazyi) rodzinnej, jak kiła, gruźlica, dna, nałogowe opilstwo, zimnica, krzywica i ciężkie choroby układu nerwowego, a podejrzenia, w tym kierunku powzięte, przy bliższem badaniu znalazły usprawiedliwienie, a po części potwierdzenie. Kontrola polegała na badaniu ksiąg oględzin pośmiertnych, (które od 7 lat *ex offo* prowadzę) i na wywiadach u kolegów zwłaszcza u Dra Friedwalda, urodzonego i od 24 lat w Jarosławiu praktykującego. Z autorów mi znanych tylko Fournier w Paryżu i H. Neuman w Berlinie zwrócili na to uwagę; pierwszy w odniesieniu do kiły dziedzicznej, drugi do gruźlicy.

Największą chorobliwością odznacza się pierwszy stały ząb trzonowy, tak zwany sześcioletni, *la première grosse molaire de six ans* Francuzów. Jest to jedyny ząb w ustach człowieka, który, jako najstarszy, był świadkiem wszystkich przejść i kataklizmów ustroju, a nawet częstokroć zdradza przebyte choroby osobnika, jego rodziców, a nawet dalszych przodków. We Francyi istnieje cała szkoła dentystów, z panem Andrieu na czele, którzy żądają usunięcia tego zęba *à tout prix* w wieku dziecięcym, jeżeli okazuje tylko jakie ślady zwyrodnienia lub schorzenia, a fanatycy tej szkoły wyjmują go nawet, choć jeszcze zupełnie czysty i zdrowy, „parce qu' elle doit être considérée comme une dent de transition“, motywując to, naszem zdaniem barbarzyńskie postępowanie tem, że trzeba za wczasu zrobić miejsce dla później wykłóć się mającego trzeciego zęba trzonowego, tj. zęba mądrości. Ząb ten, jak wiadomo, wykala się częstokroć wśród bólów i cierpień z następowem obrzmieniem lub ropieniem śróddziąsłowem lub okostnowem, któremu towarzyszyć może obrzmienie gruczołów podszczękowych i szczękościsk. Otóż zwolennicy p. Andrieu zalecają usunięcie tego zęba, jeśli tylko jakie dolegliwości sprawia, albo zapobiegawcze wyrwanie 1 zęba trzonowego. Postępowanie takie potępia stanowczo szkoła niemiecka, angielska i amerykańska, i faktycznie niczem się uzasadnić ono nie da, ale wytłómaczyć sobie możemy dążność Francuzów do jak najwcześniejszego uprzątnięcia tego zęba, jako zdrajcy *morbi gallici* zagnieżdżonego gdzieś w rodzinie, lub *abusus absynthii* lub *excessus in baccho* u jakiegoś tam przodka, albo gruźlicy, krzywicy, lub wreszcie innej nieprawidłowości w konstytucyi, nabytej gdzieś w koloniach południowych etc... Jeżeli ząb trzonowy trzeci (ostatni), wykłówający się między 17 a 40 rokiem życia, nazwano dowcipnie zębem mądrości *(dens sapientiae)*, to ząb trzonowy sześcioletni (1) nazwałbym *dens patientiae*, *dens indicator*, nosi bowiem na sobie częstokroć ślady choroby rozwojowej, które stanowczo odróżnić należy od zwykłej pruchnicy. Na tych odciskach gipsowych, (które pokazałem zgromadzeniu), widać dziurki i rysy (rowki) zwane „erozyami“. Erozya nie jest chorobą nabytą *extra uterum*, lecz zboczeniem rozwojowem, które znaleźć można na zębach dopiero co wykłówających się, a nawet na niewykłótych jeszcze, jak to stwierdził Neumann w Berlinie na zwłokach dzieci od $1/2$ do 6 roku życia, a nawet na płodach kilkomiesięcznych. Zęby z erozyami nazywam znamienne (stygmatyczne). Szkliwo zęba znamiennego okazuje miejscami dostrzegalne wolnem okiem ubytki w kształcie poziomo i symetrycznie ułożonych ciemno-czarnych, malutkich, wielkości główki od szpilki, płytkich, nie bolesnych, a nawet nieczułych dziurek w liczbie 2—30, powstałych jakby przez wypalanie rozżarzoną igłą lub szpilką. Charakterystycznem już jest umiejscowienie znamion (stygmatów). Leżą one bowiem w szkliwie, drążąc aż do zębiny, na zębach symetrycznych po stronie wargowo-policzkowej w dolnej połowie, liczącej się do korony, okazując skłonność sięgnięcia do samej korony, względnie jej płaszczyzny zgryzu. Znamiona w okolicy szyjki zęba bliżej dziąsła i po stronie podniebiennej także się zdarzają, ale już rzadziej, a wtedy są wyrazem silniejszego ataku przez czas dłuższy w późniejszym czasie rozwoju. Znamieniem także nazywam pruchnicę czarną w okolicy szyjki zębowej w wieku przed 30 rokiem i plamki kredowe. Zęby znamienne niszczeją przed czasem pod formą zapalenia okostnej bez poprzedzającej ją „pulpitis“. Wykłówają się późno i nieregularnie. Znamiona na zębach mlecznych mają należeć do wielkich rzadkości; ja sam mam zanotowanych kilka przypadków. Prawdziwych zębów Hutchisona mam zanotowany wszystkiego jeden jedyny przypadek. W lekkich przypadkach znamienność (stygmatyzm) zaznacza się szkliwem o wejrzeniu falistem w kierunku poziomym. Znamiona okazują się najczęściej symetrycznie na pierwszych stałych zębach trzonowych, równie często na górnych średnich (wielkich) siekaczach i kłach górnych, rzadziej na dolnych, a najrzadziej na małych (bocznych) siekaczach górnych i małych trzonowych *(bicuspidati)*. Jako przyczynę zębów znamiennych (stygmatycznych), podawał pierwotnie Hutchinson, sławny syfilidolog londyński, kiłę dziedziczną (*syphilis hereditaria*); później, wobec krytyki natarczywej i licznych wyjątków, ograniczył je do takich tylko osobników z kiłą dziedziczną, które w celach leczniczych dostawały przetwory rtęciowe, lub których rodzice przebyli leczenie rtęciowe. Hutchinson sam rozróżnia dzisiaj zęby czysto kiłowe, górne siekacze wielkie o karbowanych lub półksiężycowato wygryzionych siecznych, od zębów znamiennych (stygmatycznych), powstałych jego zdaniem pod wpływem przetworów rtęciowych. Kassowitz, pedyatra wiedeński, Petit w Paryżu i Neumann w Berlinie są innego zdania, gdyż pierwszy i ostatni uważają znamiona na zębach za wyraz przebytej krzywicy *(Rhachitis)*, podczas gdy Petit, a za nim Abramowitsch w Moskwie wnioskują z nich o skazie krwi (dyskrazyi) zołzowo-gruźliczej w rodzinie, z tą różnicą, że Petit rozumie to *in sensu postponenti*, a Abramowitsch *in anteponenti*. Ma-

gitot w Paryżu uważa drgawki za przyczynę znamion, Bartels zaś sztuczne karmienie i każdą chorobę matki lub dziecka w rozwoju, zdolną do wywołania zaburzeń odżywczych, z wyjątkiem drgawek. Tylko Frank Abbot w Ameryce i Busch w Berlinie przyjmują całkiem bez racyi przyczyny miejscowe. Nie wchodząc na tem miejscu w teoryę powstawania zmian znamiennych (stygmatycznych), która i tak będzie przedmiotem osobnej publikacyi, już dzisiaj stanowczo orzec mogę, że stwierdzona obecność choćby tylko jednego lub dwóch zębów znamiennych powinna, mojem zdaniem, zobowiązać lekarza badającego do wywiedzenia się w kierunku, obciążającym rodzinę odziedziczoną gruźlicą, kiłą, alkoholizmem, lub tym podobną skazą krwi, zimnicą albo krzywicą, mimo że niektórzy twierdzą, iż ciężkie choroby w wieku dziecięcym, jak błonica, płonica i dur, przebyte przed 2-gim rokiem życia, są zdolne wywołać znamiona na zębach, nawet u osobników dziedzicznie nie obciążonych. Jestto ważny wzgląd dla lekarza, zwłaszcza przy wyborze mamek lub wystawieniu świadectwa w celach ubezpieczenia na życie, gdzie go zniewalają do poświadczenia nie choroby, lecz zdrowia petenta. Jeżeli tedy pedyatra Monti w Wiedniu powiada, że 2 lub 3 zęby pruchnicze nie są jeszcze przeciwwskazaniem do uznania mamki za dobrą, byleby nie miała żadnych owrzodzeń na błonie śluzowej ust, to nie zgodziłbym się z tem bez zastrzeżeń, a tem mniej, jeśliby to miało odnosić się także do zębów znamiennych.

Co do ubezpieczeń na życie, to następstwem moich wywodów i zapatrywań jest, aby w każdym kwestonaryuszu asekuracyjno-lekarskim było pytanie, czy badany ma lub nie ma zębów znamiennych (stygmatycznych), co naturalnie rozstrzygnąć może z wszelką pożądaną ścisłością tylko specyalista. W interesie ubezpieczonych, którzy swojemi premiami utrzymują towarzystwa ubezpieczeń, polegające po większej części na wzajemności, leży, aby świadectwa lekarskie, wystawione dla ubezpieczenia, miały wartość o ile możności bezwzględną, a *stigmata dentalia* uważam za znamię, które oddać może towarzystwom ubezpieczeń nieposlednie usługi, a także niemniejsze przy stwierdzaniu tożsamości osoby. Śmiem nawet wyrazić przypuszczenie, że z czasem, kiedy sprawa pruchnicy i zębów znamiennych (stygmatycznych) będzie dokładnie, co do swej istoty i etyologii zbadaną, zażądają towarzystwa ubezpieczeń modelów dentystycznych od każdego kandydata do ubezpieczenia, a powinny to zrobić już teraz przy kwotach ponad 3000 złr., czyli 6000 koron, gdzie i tak żadają osobnych świadectw od dwóch lekarzy. Nie ulega wątpliwości, że z drugiej strony towarzystwom ubezpieczeń przysługiwałoby prawo podwyższenia premii dla osobników z zębami znamiennymi, tak samo, jak niektóre towarzystwa przyjmują ludzi z przepuklinami, podwyższając im odpowiednio premię.

Kwestyonaryusz, o którem na początku tej rozprawy piszemy, zawiera następujące punkty:

1) Imię i nazwisko ucz. 2) Zatrudnienie i mieszkanie rodziców. 3) Wiek ucznia, ojca, matki. 4) Liczba rodzeństwa żyjąca, zmarła. 5) Cierpienie lub brak zębów u ojca, matki. 6) *a*) Przebyte choroby ucznia: (szkarlatyna, ospa, dyfterya, tyfus, zimnica, szkrof., ognik, zapalenie ócz, krzywica, blednica); *b*) przebyte choroby rodziców. 7) Zażywane leki, wody mineralne (ucz.). 8) *a*) Zwykły pokarm: (chleb czarny, biały, mięso, legumina); *b*) zwykły napój: woda, piwo etc. 9) *a*) Kolor zębów: biały, żółty, szary, siny; *b*) cera twarzy: blada, trzeźwa, blond, brun.; *c*) barwa oczu: ciemna, piwna, niebieska, szara; *d*) gęstość zębów. 10) *a*) Używa szczotki do zębów i płukania; *b*) ma brata lub siostrę w szkole. 11) Reakcya śliny, nadmiar. 12) Pruchnica ostra (szara) ml. st. 13) Pruchnica przewlekła (czarna) ml. st. 14) Pruchnica szyjkowa ml. st. 15) Zęby Hutchinsona, plamki na rogówce, plamki kredowe na zębach, erozye. 16) Liczba zdrowych zębów ml. st. 17) Liczba chorych zębów ml. st. 18) *a*) z tych do plombowania ml. st.; *b*) z tych do wyrwania ml. st.; *c*) niewykłóte jeszcze. 19) Zapalenie dziąseł, fistuły, kam. zębow, fetor ex ore. 20) Nieregularność zgryzu: *a*) zgryz starczy; *b*) zgryz murzyński; *c*) zgryz otwarty; *d*) krzyżowany; *e*) i inne zajęcze usta. 21) Extrakcye, plomby. 22) Anomalie *a*) kształtu; *b*) ilości; *c*) umiejscowienia. 23) *a*) Gruczoły szyjne i podszczękowe; *b*) gruczoły adenoid nosa, gardła. 24) *a*) Eczema capillitii (ognik); *b*) choroby nosa i ócz. 25) *a*) Habitus scrophulosus; *b*) Habitus rhachiticus; *c*) Hydrocephalus. 26) Inne. 27) Twardość wody. 28) Skład ziemi »Humus«.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć publicznie podziękowanie pp. dyrektorowi gimn. i szkoły realnej Wójcikowi i c. k. insp. okręg. Nowakowskiemu za udzielenie pozwolenia do badań, a pannie Klem. Leimsner i p. Teof. Fintowskiemu za asystencyę i czynną pomoc podczas badań.

II. Z oddziału chorób wewnętrznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*). Kilka uwag w sprawie istoty charłactwa rakowego.

Podał
Dr. Antoni Krokiewicz
Prymaryusz.

(Ciąg dalszy).

Z powyższego zestawienia wynika, iż w 17 przypadkach raka żołądka poddano krew ścisłemu badaniu a mianowicie:

po	1	razie	badano	krew	w	7	przyp.				
„	2	razy	„	„	„	4	„	w	ciągu	2, 6, 8, 23	dni
„	3	„	„	„	„	3	„	w	„	18, 31, 35	„
„	4	„	„	„	„	1	„	„	„	35	„
„	5	„	„	„	„	1	„	„	„	34	„
„	6	„	„	„	„	1	„	„	„	203	„

spostrzegania klinicznego.

Ze względu na czas badania przed zejściem śmiertelnem osobnika rzecz się przedstawia następująco:

w	1	przyp.	badano	krew	na	5	godzin	przed	śmiercią
„	2	„	„	„	„	10	„	„	„
„	3	„	„	„	„	2	dni	„	„
„	1	„	„	„	„	3	„	„	„
„	1	„	„	„	„	4	„	„	„
„	1	„	„	„	„	5	„	„	„
„	1	„	„	„	„	7	„	„	„
„	1	„	„	„	„	9	„	„	„
„	1	„	„	„	„	10	„	„	„
„	1	„	„	„	„	11	„	„	„

W 3 pozostałych przypadkach oznaczenie czasu ostatniego badania przed zejściem śmiertelnem nie ma doniośliejszego dla nas znaczenia, gdyż zejście śmiertelne w tych

trzech przypadkach zostało przyspieszone zabiegiem operacyjnym wobec poprzedniego znacznego wyniszczenia chorych, t. j. Nr. 10 (badano na 15 dni przed śmiercią) i Nr. 9 i Nr. 11 (badano na 19 dni przed śmiercią). W jednym przypadku, t. j. Nr. 8, chora pozostaje na drugi zawód w chwili bieżącej w leczeniu szpitalnem (rozpoznanie uzyskało potwierdzenie na podstawie oględzin przy dokonanej laparatomii próbnej).

Uwzględniając ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny w pojedynczych przypadkach rzecz się przedstawia, jak następuje:

W przypadkach:		il. erytrocyt. w 1 mm.;	Hg.
Nr. 1)	gdzie wyk. bad. na 5 g. przed †	1856000;	28%
„ 2)	„ „ „ „ 10 „ „ „	2224000;	37%
„ 7)		3640000;	65%
„ 4)	„ „ „ „ 2 dni „ „	2964000;	40%
„ 6)		2224000;	30%
„ 15)		4800000;	85%
„ 14)	„ „ „ „ 3 „ „ „	2632000;	35%
„ 12)	„ „ „ „ 4 „ „ „	6360000;	90%
„ 17)	„ „ „ „ 5 „ „ „	2080000;	50%
„ 13)	„ „ „ „ 7 „ „ „	2696000;	40%
„ 16)	„ „ „ „ 9 „ „ „	2160000;	30%
„ 5)	„ „ „ „ 10 „ „ „	3640000;	40%
„ 3)	„ „ „ „ 11 „ „ „	2864000;	36%

Widzimy zatem, iż ilość erytrocytów w 1 sz. mm. najmniej wynosiła 1856000, a najwięcej 6360000; przeważnie zaś wahała w naszych przypadkach między 2 a 3 milionami w okresach końcowych życia, a hemoglobiny między 30% a 50% z wyjątkiem Nr. 7, 12 i 15. W tych trzech ostatnich przypadkach różnicę należy odnieść do ustawicznych wymiotów, wskutek czego przyszło do zagęszczenia krwi. Dla Nr. 12 i 15, w których to przypadkach ilość erytrocytów w 1 sz. mm. wynosiła 6360000 i 4800000, a hemoglobiny 90% i 85%, sekcya wykazała przyczynę ustawicznych i nie dających się niczem powstrzymać wymiotów w zadrażnieniu trwałem otrzewnej z powodu przerzutów nowotworowych rakowych na niej.

Również z zestawienia powyższego uwidacznia się, iż rozpad ciałek czerwonych częstokroć nie odpowiada w przebiegu raka żołądka stopniowi charłactwa, jakoteż i zmianom anatomicznym. Wysokie liczby ciałek czerwonych w 1 sz. mm. i wysoka względnie ilość Hg., stale się utrzymujące w przebiegu raka żołądka pomimo końcowego okresu życia chorego, przemawiają, zdaniem naszem, za sprawą wtórorzędną nowotworową na otrzewnej; przemijające bowiem wahania dość wysokie w jednym i tym samym przypadku nie należą do rzadkości (Nr. 5, Nr. 7, 8, 9), w ciągu trwania choroby. Doświadczenia nasze potwierdzają zapatrywania Stengla i Henryego. Obok dwóch opisanych przez Osterpeya, gdzie w przebiegu raka żołądka ilość erytrocytów w 1 sz. mm. uległa zwiększeniu, stoją też nasze dwa przypadki Nr. 12 i 15.

Na 17 badanych przypadków w 13 nie stwierdzono

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznannie anatomiczne
1.	12 9	Wojciech R....	4760000	10800	10800	67%	0·7	1·050	320·3 mg NaOH	Jak zwykle	Ciągle wymioty. HCl + +; kwasota 100; kw. mlekowy 0. 5/10 i 8/10 silny krwotok żołądka.	Haematemesis Ulcus ventriculi rotundum.	9/10. Prof. Trzebitzky wykonał pyloroplastykę modo Heine-Mikulicz. Rozpoznanie: Ulcus ventriculi rotundum.
	28/9		4060000	9700	6200	55%	0 6	1·044	373·6 „				
2.	15/9	Ewa Rap. . l. 40.	4016000	12400	12500	70%	0·8	1·046	480 2 „	dto	Brak HCl.	Neoplasma lat. ventriculi. Haematemesis.	† Ulcera multiplicia (30) rotunda ventriculi. Hematemesis
3.	17 11	Jakób Wy.... l. 40.	1880000	9400	6000	43%	1·1	1·044	267 „	dto	17/11 Brak HCl. *Haematemesis.* 7/1 HCl + +; kwasota 80. 19/14 HCl + +; kwasota 130. 9/5 HCl + + kwasota 70. Chory na kilka zawodów opuszczał szpital.	Ulcus ventriculi rotundum. Haematemesis.	—
	7/1		4088000	7200	13600	60%	0·9	1·049	426·9 „				
	19 4		3200000	7000	10000	45%	0·7	1·040	426·9 „				
	9/5		4604000	6000	13200	55%	0·6	1·045	480 „				
4.	19/11	Józef Fr.... l. 19.	2560000	11500	11500	46%	0·9	1·038	320·3 „	dto	Badano w 48 g. po 3 litrowym krwotoku.	Haematemesis ingens. Ulcus rotundum ventriculi.	—
			4088000	10200	10000	50%	0·6	1·038	320·3 „				
5.	19/12	Szymon Sz....	5928000	8200	9800	82%	0 6	1 060	320·3 „	dto	HCl + +; kw. 120. Przeniesiony na chirurgiczny oddział.	Ulcus ventriculi rotundum. Haematemesis.	18/1. Rozpoznano: ulcus rot. ventriculi.
	13/1		4352000	5600	12000	80%	0·9	1·060	320·3 „				

leukocytozy trawiennej; natomiast w 4 zauważono ją i to w 2 przypadkach (Nr. 8, 14) stale, a w 2 przypadkach (Nr. 2 i 5) przejściowo. Okoliczność ta nie zgadza się z twierdzeniem Hartunga, Schneyera etc..., którzy upatrują w braku leukocytozy trawiennej kryteryum rozpoznawcze w wątpliwych przypadkach dla raka żołądka. Natomiast wydaje się słusznem twierdzenie Löwita, który uważa brak leukocytozy trawiennej jako cechę charakterystyczną dla raka żołądka na równi z brakiem wolnego kwasu solnego, a obecnością kwasu mlekowego w treści żołądkowej, o ile znane są przypadki w literaturze, gdzie i w raku żołądka napotyka się wolny kwas solny w treści żołądkowej, natomiast brak go przy wrzodach żołądka. Z naszych przypadków obecnych w 4, t. j. Nr. 5, 7, 8, 10 musimy zanotować obecność wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej.

Prawie we wszystkich przypadkach można było zauważyć zmniejszoną alkalescencyę krwi.

Wogóle, na podstawie wyników badania naszych przypadków, musimy przyjść do przekonania, iż obraz hematologiczny w przebiegu raka żołądka jest różnorodny i nie przedstawia żadnych stałych cech charakterystycznych dla tej sprawy chorobowej. Przedewszystkiem uderza niestosunek zmian we krwi się znachodzących do stopnia charłactwa rakowego. Tylko dłuższe spostrzeganie kliniczne może rozstrzygnąć w przypadkach wątpliwych o istocie złośliwej nowotworowej: jednorazowe badanie krwi częstokroć wobec zwiększonej, względnie do stopnia charłactwa, ilości ciałek czerwonych krwi w 1 sz. mm. może naprowadzić błędnie na rozpoznanie wrzodu okrągłego żołądka, pomimo istnienia sprawy nowotworowej. I obecność kwasu solnego wolnego w treści żołądkowej nie zawsze może rozstrzygnąć przeciw sprawie nowotworowej żołądka.

Nr.	Dzień badania	Imię i nazwisko	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Leukocytoza trawienna	Hgb.	Wskaźnik zabarwienia	Ciężar gatunkowy	Alkalescencya	Obraz drobnowidowy	Uwaga	Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne
1.	25/3 10/5	Franciszek Pip.... l. 63.	4680000 3651000	10600 12000	10600 12000	95% 85%	1·01 1·1	1·062 1·050	535·5 mg NaOH 586·8 „	Jak zwykle	10/5. Chory bardzo osłabiony tak, iż trzeba go było wynieść z łóżka; od tygodnia żywiony sztucznemi lewatywami. Badano na 5 dni przed †.	Carcinoma oesophagi. Epithelioma labii inferioris. Inanitio insignis.	† 15/5. Carcinoma oesophagi et labii inferioris. Stenosis insignis carcinomatosa necnon perforatio in tracheam. Mediastinitis septica. Atrophia fusca univ. W górnej części gardziela powyżej rozdwojenia rozległy naciek, zwężający światło tak dalece, iż zaledwie mały palec może się przedostać. Naciek ten na powierzchni w kilku miejscach rozpadły, a w jednem miejscu otwór prowadzi do jamy, która łączy się z tchawicą.
2.	21/3	Franciszek Waz.. l. 55.	6800000	18000	18000	100%	0·7	1·055	586·8 „	dto	Chory tylko mleko przyjmuje, zgłębnik w okolicy rozdwojenia tchawicy nie przechodzi.	Carcinoma oesophagi. Inanitio insignis.	—
3.	22/9	Ewa Kur... l. 55.	4336000	18000	18000	40%	0·4	1·040	480·2 „	Poikylocytoza, polychromatofilia; leukocytoza neutrofilowa.	Badano na 6 dni przed †.	Carcinoma ventriculi ad regionem pylori.	† 28/9. Carcinoma gelatinosum exulcerans flexurae coli hepaticae. Catarrhus ventriculi chronicus. Atrophia fusca musculi cordis. Metastases gl. mesaraicarum. Atheromatosis. W zgięciu wątrobowem okrężnicy rozległy naciek nowotworowy rozpadający się; gruczoły sąsiednie zajęte nowotworowo.
4.	28/3 25/4	Marya Sz....	4768000 3824000	11600 10000	12000 10800	65% 65%	0·7 0·9	1·050 1·048	426·9 „ 320·3 „	dto	Charłactwo szybko bardzo postępuje.	Carcinomatosis hepatis et peritonei. *Icterus gravis.* Cachexia.	† 3/5. Carcinoma cysticum utriusque ovarii. Metastases carcinomatosae uteri, mesenterii, peritonei, *hepatis*. Atrophia universalis. Compressio ductus choledochi e metastasi.

Na poparcie powyższego wywodu pozwolę sobie przytoczyć wynik badania hematologicznego w pięciu przypadkach typowego wrzodu okrągłego żołądka, w których stwierdzono znaczny stopień wyniszczenia. Następująca tabela rzecz bliżej wyjaśnia: *(Patrz tablica na stronie poprzedniej)*

Różnorodny obraz hematologiczny w przypadkach raka żołądka, nie licujący ze stopniem charłactwa tudzież ze zmianami anatomicznemi, uderza i w przypadkach zajęcia nowotworem rakowym i innych narządów wewnętrznych, n. p. gardziela, jelita poprzecznego etc., — jak to widzimy z dołączonej powyżej tabeli.

Okoliczność ta naprowadza nas mimowoli do bliższego wniknięcia w istotę charłactwa rakowego.

Wiadomo powszechnie z doświadczenia klinicznego, iż

w każdym przypadku raka prędzej lub później wytwarza się charłactwo. Dawniej uważano je jako objaw ogólnej skazy krwi (dyskrazyi); dziś na podstawie spostrzegania klinicznego uważać należy, jako objaw samozatrucia (autointoksykacyi) ustroju, wychodzącego z nowotworu. Dotychczas niewiadomo, co to za ciała trujące i gdzie się wytwarzają. Odnośne doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez L. Pfeiffera, Adamkiewicza, Freira, niczego nie wyświetlają. Pilliet przypuszcza, że komórki rakowe wytwarzają istoty trujące t. z. leukomainy, nie wchodząc, ażali są to swoiste substancye wydzielnicze samych komórek. Za trującem działaniem tkanki rakowej przemawia cały szereg faktów klinicznych, jak 1) wadliwa przemiana materyi (Noorden. Pathologie des Stoffwechsels); 2) zmiany we krwi; 3) zmiany z zwyrodnienia i martwienia (degeneracyjne i nekrobiotyczne) w narządach wewnętrznych, nerwach obwodowych i rdzeniu pacierzowym. (Dokończenie nastąpi)

III. **Z pracowni farmakologicznej prof. Dra W. Sobierańskiego we Lwowie.**

O znieczulaniu kokainą skóry pod wpływem prądu elektrycznego.

Napisał
Dr. Andrzej Gońka.

(Dokończenie).

W ten sposób oznaczyłem czas, po którym można osiągnąć znieczulenie, oznaczone liczbą 4. Mając te dwie wartości określone przystąpiłem do ostatniej seryi doświadczeń, w której tylko trzecią wartość, to jest siłę samego prądu zmieniałem.

Zestawione te trzy serye w liczbach przedstawiały się tak:

I serya:

Nasycenie rozczynu w procentach	Czas w minutach	Siła prądu w miliamperach	Stopień znieczulenia, oznaczony zmodyfikowanym czuciomierzem Freya
1/2	5	10	0
1	5	10	0
1 1/2	5	10	1.8
2	5	10	2.1
2 1/2	5	10	2.5
3	5	10	2.8
3 1/2	5	10	3.1
4	5	10	4 niewyczuwalna

W pierwszej zatem seryi *maximum* znieczulenia osiągnięto przy 4% rozczynie *cocainum hydrojodicum*, po 5 minutach, przy sile prądu o 10 miliamperach.

II serya:

Nasycenie rozczynu w procentach	Czas w minutach	Siła prądu w miliamperach	Stopień znieczulenia, oznaczony zmodyfikowanym czuciomierzem Frey'a
4%	2	10	0.8
4	2 1/2	10	1.2
4	3 1/2	10	3.1
4	5	10	4.0

W tej seryi zacząłem doświadczenia od rozczynów, dających *maximum* znieczulenia w seryi pierwszej; dalej pozostawiłem siłę prądu jednakową, zmieniałem zaś tylko czas działania, rozpoczynając od 2 minut. Nie brałem w rachubę krótszego czasu, z tej przyczyny, że, jak to wcześniej nadmieniłem, charakterystyczne pieczenie, wywołane prądem elektrycznym, zaczyna się zmniejszać, *resp.* ustępować po drugiej minucie, a więc w tym czasie rozpoczęło się działanie kokainy.

III serya:

Nasycenie rozczynu w procentach	Czas w minutach	Siła prądu w miliamperach	Stopień znieczulenia, oznaczony zmodyfikowanym czuciomierzem Frey'a
4	5	2	0
4	5	4	1.3
4	5	6	2.9
4	5	8	3.2
4	5	10	4.0

W trzeciej seryi zachowałem te same wartości co do nasycenia roztworu i czasu, zmieniałem tylko siłę prądu. Rozpocząłem od 2 miliamperów i postępowałem do 10, a wtenczas osiągnąłem również *maximum* żądanego znieczulenia. Widzimy więc, że tak prowadzone doświadczenia były wzajemną kontrolą. I tak, serya druga sprawdzała wynik seryi pierwszej, serya zaś trzecia kontrolowała pierwszą i drugą, pierwsze zaś dwie sprawdzały wynik trzeciej. Jako dodatek tutaj nadmieniam, że roztwory soli kokainowych ciepłe działają trudniej i słabiej, aniżeli zimne. Przeglądając te wszystkie trzy tablice, każdą z osobna i zestawiając je ze sobą, przychodzimy do wniosku, że przy kataforycznem znieczulaniu skóry, zapomocą roztworów „cocainum hydrojodicum“, najłatwiej dochodzimy do maximum znieczulenia, czyniąc je zawisłem w pierwszym rzędzie od siły prądu, w drugim rzędzie od nasycenia rozczynu, najmniej zaś zawisłym jest efekt od czasu.

Rzecz naturalna, że oznaczane znieczulenie estezyometrem Freya, zmodyfikowanym w sposób na początku opisany, nie jest najwyższe. Podnosząc siłę prądu i czas, przy 4% rozczynie osiągnąć można znacznie wyższy stopień znie-

czulenia. O ile, niech pouczy następujące doświadczenie. Eksperyment wykonano na lewem przedramieniu. Przed znieczuleniem czucie normalne. Zastósowano 4% *cocainum hydrojodicum*. Anodę po stronie zewnętrznej, katodę po stronie wewnętrznej przedramienia. Po dziesięciu minutach działania prądu o sile dziesięciu miliamperów, znieczulenie skóry w odpowiedniem miejscu było tak znaczne, że szpilka, wkłóta aż do krwi, nie daje żadnego bólu. Doświadczenie to powtarzane kilkakrotnie na różnych miejscach skóry pouczyło mnie, że znieczulenie nie sięga zbyt głęboko. Jeśli bowiem anestezya doprowadzona została do tego stopnia, że szpilka powoli wbijana była niewyczuwalną zupełnie, to wbijając koniec jej do chwili, w którym uczuwało się już ból, zawsze po usunięciu szpilki widać było krew. Objaw ten dowodzi, że kokaina w głębszych warstwach skóry trudno zatrzymać się daje, gdyż zostaje szybko wypłókaną, a raczej w obieg krwi ogólny porwaną. Dodatkowo nadmieniam, że znieczulenie dotyczyło nie tylko bólu wywołanego ukłóciem, ale, że wrażliwość skóry na temperaturę stawała się również ogromnie zmniejszoną.

Dość powiedzieć, że przy *maximum* znieczulenia można było skórę dotknąć rozpaloną do czerwoności pałeczką szklaną nieuczuwając, zwłaszcza w pierwszej chwili, albo żadnego bólu, albo też tylko bardzo nieznaczny.

A teraz jeszcze jedno pytanie. Jak długo trwa znieczulenie? Wspomniałem kilkakrotnie, że kataforyczne działanie kokainy zaczyna się dopiero po 2—3 minutach i przy odpowiedniej sile prądu szybko dosięga swego *maximum*, teraz zaś chcę odpowiedzieć, kiedy znika. Niestety dosyć prędko. Od chwili, gdy prąd przestanie działać, już po 5 minutach, znieczulenie spada do połowy osiągniętej pierwotnie wysokości. Po 10 minutach skóra zachowuje jeszcze ślady znieczulenia, a po 15 minutach wraca czucie prawie zupełnie normalne. To szybkie lub wolniejsze znikanie znieczulenia zależne jest zresztą od jego pierwotnego stopnia. Im pierwotnie ono było wyższe, tem dłużej stosunkowo się utrzymuje. Wreszcie jako objaw uboczny, wspomnieć muszę jeszcze o jednym objawie. Po każdorazowem doświadczeniu utrzymywało się, jak wyżej opisałem, na miejscu badanem przez czas dłuższy silne przekrwienie skóry. Przekrwieniu temu najczęściej towarzyszyło pewne przeczulenie, objawiające się tem, że dotyk w miejscu badanem sprawiał niemiłą sensacyę, przechodził nieomal w ból Czemu ten objaw miałem przypisać, nie umiem na razie odpowiedzieć.

Na zakończenie chcę jeszcze kilka słów dodać, o ile osiągnięte wyniki rozświecają wogóle sprawę wchłonliwości skóry. Mnie się zdaje, że kataforeza przeważa również szalę na stronę zwolenników t. zw. resorbcyi skóry, gdyż tutaj przenikanie kokainy jest pewnikiem, a o naruszeniu całości naskórka trudno nam mówić, bowiem ani w czasie działania prądu, ani później, obrażeń skóry lub łuszczenia stwierdzić nie jesteśmy w stanie.

Tutaj także zaznaczam, że w najbliższej przyszłości zamierzam omówić zastósowanie kataforezy w dentystyce, nad którą to sprawą obecnie pracuję.

IV. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.

Podał

Prof. Dr. J. Prus,

Dyrektor Instytutu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem d. 23 grudnia 1898).

(Dokończenie).

W celu rozstrzygnięcia pytania, czy opisane objawy są wyrazem odruchu, przedsięwziąłem szereg doświadczeń, w których odsłonięte wzgórki czworacze tylne drażniłem po poprzedniem zapędzlowaniu 10% roztworem kokainy. Doświadczenia te wykazały, że przez elektryczne drażnienie znieczulonych wzgórków czworaczych tylnych nie można wywołać: ruchów bieżnych, napadu padaczkowego, przyspieszenia oddychania, podwyższenia parcia krwi, przyspieszenia tętna i objawów strachu. Natomiast mimo znieczulenia wzgórków czworaczych tylnych występują wśród drażnienia: kurcze drgawkowe (kloniczne), zwrócenie gałek ocznych w przeciwległą stronę, rozszerzenie źrenic, wytrzeszczenie gałek ocznych, oraz szczekanie. Wobec tego nie ulega wątpliwości, że objawy pierwszej kategoryi zaliczyć należy do odruchów, podczas gdy objawy drugiej kategoryi zawdzięczają swe powstanie podrażnieniu komórek lub dróg ruchowych, znajdujących się bądź to we wzgórku czworaczym tylnym, bądź też w najbliższem jego sąsiedztwie.

Czy wspomniane objawy odruchowe zależą od podrażnienia nerwów czulnych, czy też od podrażnienia nerwu słuchowego, jak to przypuszcza Ziehen, trudno stanowczo rozstrzygnąć. Nie można jednak zaprzeczyć, że uwzględnienie stosunków anatomicznych przemawia na korzyść twierdzenia Ziehena.

Że w pojawieniu się ruchów bieżnych drogi piramidalne nie odgrywają żadnej roli, dowodzi ta okoliczność, że mimo zupełnego zniszczenia obu piramid pojawiają się ruchy bieżne po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego. Powołując się na wspomniane już znaczenie dróg pozapiramidalnych, twierdzę, że drogi pozapiramidalne pośredniczą także w ruchach bieżnych, występujących po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego.

Ze względu, że po wyłuszczeniu obu półkul mózgowych występują o wiele silniejsze i dłużej trwające ruchy bieżne wskutek podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego, nie ulega wątpliwości, że kora mózgowa wywiera do pewnego stopnia wpływ hamujący na ruchy bieżne. Po usunięciu ciałek prążkowanych i wzgórków wzrokowych sprowadza podrażnienie wzgórka czworaczego tylnego najgwałtowniejsze i najdłużej trwające ruchy bieżne. Ze szczególniejszym naciskiem uwydatnić muszę, że ruchy bieżne, wśród powyższych warunków wywołane, trwały zwykle bez przerwy kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt minut, a odbywały się z niezwykłą ścisłością i rytmem. Ilekroć tego rodzaju ruchy się pojawiły, zwykle nazywałem je żartobliwie *perpetuum mo-*

bile. Ruchy te można było powstrzymać niemal zawsze przez uchwycenie jednej łapki. Czasem pojawiały się te ruchy ponownie po jakimś czasie, lub po wypuszczeniu łapki z ręki.

Zjawisko to przypomina żywo spostrzeżenia, poczynione przez fizyologów wśród badań nad wpływem czynności hamujących. W tym względzie wystarcza przytoczyć, że gdy psa, któremu poprzednio przecięliśmy rdzeń pacierzowy w wysokości 12-go kręgu piersiowego, podniesiemy ku górze, — uchwyciwszy go pod przednie łapy — tak, ażeby tylna część ciała zwieszała się pionowo ku dołowi, to niekiedy odrazu pojawia się ruch wahadłowy tylnych łapek, polegający na prawidłowem rytmicznem zginaniu jednej i drugiej kończyny. Jeżeli wówczas uciśniemy ogon zwierzęcia, to ruchy wahadłowe w jednej chwili ustają i tylko po pewnym czasie napowrót wracają.

Jeżeli dodam, że Sieczenow wykazał obecność ośrodków hamujących odruchy w wzgórkach wzrokowych, to tłómaczenie tych tak długo trwających ruchów bieżnych nie będzie przedstawiało żadnej trudności; nie ulega bowiem wątpliwości, że przez wyłuszczenie wzgórków wzrokowych usunęliśmy ich wpływ hamujący na odruch, który pod postacią ruchów bieżnych pojawia się po zadrażnieniu wzgórka czworaczego tylnego.

Tłómaczenie pojawienia się napadu padaczkowego po zadrażnieniu wzgórka czworaczego nie przedstawia żadnej trudności, jeżeli się uwzględni wyniki moich badań nad padaczką, skreślone w pracy powyżej wspomnianej. Według mnie napad padaczkowy jest wyrazem odruchu złożonego, wywołanego przez zadrażnienie zakończeń nerwów czulnych w wzgórku czworaczym, a uogólnienie się napadu padaczkowego odbywa się za pośrednictwem szarej substancyi układu nerwowego. Pojawienie się napadu padaczkowego, mimo wyłuszczenia półkul mózgowych, dowodzi, że wbrew dotychczas panującemu przekonaniu obecność kory mózgowej nie stanowi niezbędnego warunku w pojawianiu się napadu padaczkowego.

Przyspieszenie oddychania, podwyższenie parcia krwi i przyspieszenie tętna znajdują dostateczne wytłómaczenie w przypuszczeniu, że objawy te są wyrazem odruchu, wywołanego przez podrażnienie wzgórka czworaczego tylnego; wiadomo bowiem, że tego rodzaju objawy wywołać można łatwo w drodze odruchu przez podrażnienie rozmaitych nerwów czulnych.

Z kolei zajmijmy się tłómaczeniem objawów, nie należących do kategoryi odruchów. Że pojawienie się kurczów drgawkowych (klonicznych) wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego nie jest wynikiem udzielenia się prądów ubocznych na drogi piramidalne, tego dowodzi ta okoliczność, że mimo przecięcia dróg piramidalnych kurcze kloniczne się zjawiają, oraz że bezpośrednie drażnienie dróg piramidalnych sprowadza kurcze tężcowe po stronie przeciwległej. Wobec tego przypuścić musimy, że pojawienie się kurczów drgawkowych zależy od bezpośredniego podrażnienia pewnych komórek lub dróg ruchowych, znajdujących się w wzgórku czworaczym tylnym. Czy mamy tu do czynienia z osobnym ośrodkiem dla kurczów drgawkowych, a mającym swą siedzibę w wzgórku czworaczym tylnym, czy też odgrywają tu główną rolę drogi pozapiramidalne, czy też wreszcie pośredniczą tu inne jeszcze nieznane nam drogi ruchowe, trudno stanowczo rozstrzygnąć.

W każdym razie atoli widzimy, że twierdzenie Ziehena, jakoby pojawienie się kurczów drgawkowych było cechującem dla podrażnienia kory, podczas gdy pojawienie się kurczów tężcowych cechować miało podrażnienie podkorowe, — nie może się ostać, a tem samem przypuszczenie jego, — że zwoje podkorowe odznaczają się zdolnością sumowania podniet w przeciwstawieniu do kory, która nie ma posiadać tej zdolności, — jest za mało uzasadnione. W myśl teoryi Ziehena musiałbym wywnioskować, że wzgórek czworaczy przedni posiada zdolność sumowania podniet, podczas gdy wzgórek czworaczy tylny jest pozbawionym tej zdolności. Według mnie jednak tłómaczenie kurczów tężcowych i drgawkowych wychodzić winno z innego punktu widzenia. Kurcze drgawkowe, spostrzegane wśród napadu padaczkowego, są wyrazem okresowego nierównoczesnego, t. j. naprzemian działającego podrażnienia zginaczy i wyprężaczy, gdy tymczasem kurcze tężcowe odpowiadają równoczesnemu podrażnieniu tak zginaczy, jak i wyprężaczy. Otóż skoro mechanizm powstawania kurczów tężcowych i kurczów drgawkowych jest odmienny i skoro drażnienie wzgórka czworaczego przedniego sprowadza kurcze tężcowe, drażnienie zaś takimi samymi prądami wzgórka czworaczego tylnego wywołuje kurcze drgawkowe, sądzę, że musi istnieć inne urządzenie w przednim, a inne w tylnym wzgórku, pod postacią osobnych ośrodków ruchowych, t. j. że w wzgórku czworaczym przednim istnieje ośrodek dla kurczów tężcowych, a w wzgórku tylnym ośrodek dla kurczów drgawkowych. Z tem pojmowaniem rzeczy licuje fakt, że w napadzie padaczkowym występuje faza kurczów tężcowych albo przed fazą kurczów drgawkowych, lub po niej, oczywiście zależnie od tego, który z tych ośrodków jest wcześniej podrażnionym.

Zwrócenie gałek ocznych w przeciwległą stronę, wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, wskazuje na obecność ośrodka dla tego rodzaju ruchów skojarzonych w wzgórku czworaczym tylnym.

Rozszerzenie źrenic, pojawiające się stale wśród drażnienia wzgórka czworaczego tylnego, wytłómaczyć można podrażnieniem włókien nerwowych, rozszerzających źrenicę, albo też przypuszczeniem, że we wzgórku tym znajduje się ośrodek dla mięśni rozszerzających źrenicę.

Jakkolwiek wytrzeszczenie gałek ocznych występuje czasem odruchowo, jako skutek podrażnienia nerwów czulnych, to jednak z uwagi, że objaw ten występuje wśród drażnienia znieczulonego wzgórka czworaczego tylnego, należy przypuścić, że w wzgórku tym istnieje także ośrodek ruchowy, którego podrażnienie sprowadza wytrzeszczenie gałek ocznych.

Wreszcie ta okoliczność, że mimo zapędzlowania wzgórka czworaczego tylnego roztworem kokainy wydaje zwierzę głos (szczeka, skomli), przemawia za przypuszczeniem, że we wzgórku czworaczym tylnym istnieje również ośrodek dla głosu.

Streszczając wynik powyższych badań powiedzieć mogę, że wśród drażnienia wzgórków czworaczych występują objawy dwojakiego rodzaju, a mianowicie: 1) objawy odruchowe z powodu podrażnienia nerwów dośrodkowych i 2) objawy, które zawdzięczają swe powstanie bezpośredniemu podrażnieniu bądźto pewnych ośrodków ruchowych, bądź też pewnych nerwów odśrodkowych, znajdują-

cych się w wzgórkach czworaczych. Objawy tak pierwszej jak i drugiej kategoryi, występujące pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego, różnią się w wielu względach od objawów, pojawiających się wśród podrażnienia wzgórków czworaczych tylnych. I tak, podczas gdy wśród podrażnienia wzgórka czworaczego przedniego pojawiają się w drodze odruchu: wstrzymanie oddychania, zwolnienie tętna, kichanie, objawy złości, oraz czasem słabe ruchy bieżne lub napad padaczkowy; występują pod wpływem podrażnienia wzgórka czworaczego tylnego: przyspieszenie oddychania, przyspieszenie tętna, objawy strachu, oraz zawsze silne ruchy bieżne i dość często napad padaczkowy. Z objawów, nienależących do kategoryi odruchów, występują wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego: kurcze tężcowe, pewne ruchy głowy, gałek ocznych i uszu, oraz najczęściej zwężenie źrenic i ruchy połykowe, gdy tymczasem drażnienie wzgórków czworaczych tylnych sprowadza: kurcze drgawkowe, zwrócenie gałek ocznych zawsze w stronę przeciwległą, rozszerzenie źrenic, wytrzeszczenie gałek ocznych, ruchy wpustu żołądka i szczekanie. Natomiast podwyższenie parcia krwi i ślinienie pojawia się tak dobrze wśród drażnienia wzgórka czworaczego przedniego, jak i tylnego.

Zastanówmy się obecnie nad pytaniem, jakie światło rzucają nasze badania na funkcyę wzgórków czworaczych i na spostrzeżenia kliniczne, odnoszące się do tych przypadków, w których wzgórki czworacze były siedliskiem choroby.

Uwzględniając wyniki powyższych badań, oraz stosunki anatomiczne, wyrazić mogę to przekonanie, 1) że w wzgórku czworaczym przednim istnieją wspomniene ośrodki ruchowe, na które mogą działać głównie podniety optyczne, podczas gdy w wzgórku czworaczym tylnym mieszczą się powyżej wskazane ośrodki ruchowe, które bywają pobudzane głównie przez podniety akustyczne; 2) że w wzgórku czworaczym przednim znajduje się ośrodek dla kurczów tężcowych, a w wzgórku tylnym dla kurczów drgawkowych (klonicznych) i 3) że w wzgórku czworaczym przednim istnieją drogi odruchowe dla oddychania, dla nerwu błędnego i nerwów naczynioruchowych, podczas gdy w wzgórku czworaczym tylnym znajdują się ponadto ośrodki, dla zborności ruchów odruchowych, oraz ośrodek dla tworzenia się głosu.

Spostrzeżenia kliniczne wskazują, że w przypadkach, w których siedliskiem choroby są wzgórki czworacze, pojawiają się zaburzenia w ruchach gałek ocznych, niezborność ruchów wśród stania i chodzenia, drżenie, rozszerzenie źrenic, drżenie gałek ocznych, oraz zaburzenia wzroku (gdy jest zajęty wzgórek czworaczy przedni) i zaburzenia słuchu (gdy siedzibą choroby jest wzgórek czworaczy tylny). Otóż objawy te można z łatwością wytłómaczyć, jeżeli uwzględnimy powyżej skreśloną prawidłową funkcyę wzgórków czworaczych.

V. Wyciągi.

Ostřcil. **Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej rzucawki porodowej** *(eclampsia). (Sbornik klinický.* T. I. Z. 2. 1899). Podstawą wniosków autora jest 35 przypadków rzucawki, sekcyonowanych w zakładzie prof. Hlavy. W 20 z tych przypadków wykonano także badanie drobnowidowe. Obraz anatomiczny, spotykany w rzucawce, bywa bardzo rozmaity; zmiany chorobowe spostrzegać można w wielu i różnych narządach, jednak żaden narząd nie bywa na tyle stale i znacznie dotknięty, aby go można uważać za jedyną siedzibę i źródło rzucawki. Zmiany nerek nie mają znamion spraw zapalnych, lecz zwyrodnień, kończących się bardzo często obumarciem przybłonków nerkowych. Obok tych zwyrodnień zauważył O. obecność istotnych spraw zapalnych w nerkach tylko w 3 przypadkach, a więc w każdym razie są to wyjątki; we wszystkich 3 przypadkach zresztą były to sprawy zapalne przewlekłe, oddawna już widać istniejące. Również i w wątrobie spotyka się w przypadkach rzucawki zwyrodnienia miąższowe i tłuszczowe. — Zwyrodnienia te są w rzucawce zjawiskiem stałem, wywołanem przez zmiany krwi krążącej (wzrost toksyczności, rozpad ciałek czerwonych). Następnie spotyka się szereg zmian, zawisłych od znacznego zwiększania się parcia krwi w czasie drgawek; zmiany te najczęściej i najwybitniej występują w wątrobie; są to jednak w każdym razie zmiany wtórorzędne. O. znalazł je na 35 spostrzeżeń 19 razy. — Zmiany te występują w rozmaitym stopniu, począwszy od nieznacznego rozszerzenia naczyń włosowatych aż do tak silnego, że robią prawie wrażenie naczyniaka jamistego i w końcu aż do pękania naczyń i wybroczyn w tkance wątroby. Nadto zdarzają się zakrzepy wskutek rozpadu ciałek czerwonych i zwolnienia w krążeniu krwi. Zakrzepy i wybroczyny w płucach, mózgu i nerkach, spostrzegane w niektórych przypadkach, mają podobne przyczyny, jak zakrzepy i wybroczyny w wątrobie. O. zauważył, że te zmiany nie występują wcale, lub w znacznie słabszym stopniu w tych przypadkach, w których za życia upuszczano krwi z żyły, i na tej zasadzie nie waha się on zabiegu tego, jako korzystnie działającego w rzucawce, zalecić.

Obecność zatorów naczyń włosowatych płuc, złożonych z komórek olbrzymich, stwierdzał O. tylko wyjątkowo i wobec tego odmawia temu zjawisku większego znaczenia.

W śledzionie znajdował O. wogóle mniejszy lub większy obrzęk; drobnowid zaś wykazywał wówczas znaczne rozszerzenie zatok i żył śledzionowych. Poszukiwania drobnoustrojów zapomocą rozmaitych sposobów wydały we wszystkich przypadkach wynik ujemny.

Wobec tego więc, że w rzucawce, podobnie jak w zatruciach, na pierwszy plan w obrazie anatomicznym występują zwyrodnienia narządów miąższowych, do których mogą przyłączać się przekrwienia i wybroczyny, będące następstwem drgawek, przychyla się O. do zapatrywania Boucharda i sądzi, że rzucawkę należy uważać za samozatrucie ustroju przez nadmiernie wytwarzające się i zatrzymywane produkta pośrednie przemiany materyi. *C.*

Doc. Kimla. **Dalsze przyczynki do poznania wrodzonych chorób narządów gruczołowych.** *(Rozp. Akademie české.* R. VIII. Tř. II. Č. 26. 1899). Praca K. rozpada się na dwie części: w pierwszej z nich zajmuje się autor sprawą torbielkowatego zwyrodnienia płuc, które uważa za cierpienie wrodzone, podobnie, jak zwyrodnienie torbielkowate nerek i wątroby. Powstawanie zwyrodnienia tego tłómaczy K. w sposób odrębny od dotychczas panujących zapatrywań, mianowicie sądzi, że w pewnym okresie płodowego rozwoju danego narządu gruczołowego rozrasta się jego część mezodermalna nadmiernie ze szkodą części entodermalnej, którą niszczy i rozdziela całkowicie lub częściowo. Wskutek tego pierwotne, zarodkowe twory gruczołowe zostają rozdzielone na mnóstwo odcinków rozmaitej wielkości, które, wydzielone z organicznego związku, bądź to ulegają zanikowi, bądź też rozwijają się niezawiśle w odosobnione lub gromadne torbielki. W ten sposób stara się K. sprowadzić zwyrodnienie torbielkowate wszelkich narządów gruczołowych etyologicznie i anatomicznie do wspólnego mianownika, znajdując właśnie w zwyrodnieniu torbielkowatem płuc najsilniejsze dowody dla swych przypuszczeń. Podobnie jak w nerkach, rozróżnia autor w płucach dwa rodzaje zwyrodnienia torbielkowatego: mianowicie rozlane (z małemi torbielkami) i rozsiane. W zwyrodnieniu rozlanem cały płat

lub całe płuco zamienia się w twór torbielkowaty, bardzo podobny do wielokomorowego torbielaka jajnikowego, przyczem nigdzie nie zachowują się nawet ślady zwykłego utkania płuca. Torbielki są wysłane przybłonkiem brukowym lub wałeczkowym, migawkowym, przegrody między torbielkami zbudowane są z tkanki łącznej zarodkowej, lub też włóknistej, zawierającej niekiedy chrząstkę, włókna mięsne gładkie i wysepki tkanki tłuszczowej. Ten rodzaj zwyrodnienia, spostrzegany tylko u płodów i u noworodków, odnosi autor do najwcześniejszych okresów rozwoju płuca. Pierwotne rozgałęzienia oskrzelowe zostają pocięte przez bujającą tkankę mezodermalną na liczne odcinki, przekształcające się w zamknięte torbielki, przyczem zarówno tkanka entodermalna, jak mezodermalna zatrzymuje się na pewnym stopniu rozwoju i stąd zarówno przybłonek, wyściełający torbielki, jak i tkanka przegród zachowuje do pewnego stopnia cechy zarodkowe. Ten zarodkowy stan tkanek dowodzi właśnie wczesnego powstania zboczenia. — Drugi rodzaj zwyrodnienia torbielkowatego płuc, zwyrodnienie rozsiane, znamionuje się obecnością torbieli różnej wielkości, leżących wśród mniej więcej dobrze rozwiniętej tkanki płucnej. Zwyrodnienie torbielkowate rozsiane opisał Grawitz. Autor sądzi, że samo istnienie (rzadkich zresztą) przypadków zwyrodnienia torbielkowatego płuc, oraz makro- i mikroskopowe cechy tego stanu dostatecznie przeczą wszelkim dotychczasowym zapatrywaniom na patogenezę zwyrodnienia torbielkowatego, tłómaczącym wprawdzie poszczególne przypadki, ale nie wystarczającym dla wszystkich znanych spostrzeżeń. Natomiast teorya autora da się zastósować do zwyrodnienia torbielkowatego każdego narządu gruczołowego, a na poparcie jej da się zwyrodnienie torbielkowate płuca wyzyskać tem łatwiej, że rozwój płuca należy do najlepiej zbadanych działów embryologii, a przytem jest względnie prosty.

Druga część pracy K. poświęcona jest sprawie wrodzonych rozszerzeń oskrzeli i analogicznym zboczeniom innych narządów gruczołowych. Zboczenia te polegają, zdaniem autora, na niedostatecznym rozwoju tkanki przybłonkowej danego narządu. — Do wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych zalicza K. nietylko niewątpliwe przypadki rozszerzeń u płodów i noworodków, ale także pewną część rozszerzeń, spostrzeganych u dorosłych, a tłómaczonych fałszywie. Wrodzone rozszerzenia oskrzeli dzieli K. na trzy gromady. W pierwszej gromadzie mieszczą się te przypadki, w których wskutek znacznego rozdęcia pierwotnych rozgałęzień oskrzelowych, zamienia się płuco w twór torbielowaty, złożony przeważnie z torbieli dużych o cienkich ścianach. Torbiele te wysłane przybłonkiem migawkowym, zawierają bądź ciecz surowiczą, bądź treść zapalną, bądź wreszcie powietrze i mogą albo zapomocą utrzymanego głównego oskrzela mieć połączenie z tchawicą, lub też łączyć się tylko między sobą we wspólną zamkniętą jamę. Dotychczas sądzono, że ta postać wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych jest skutkiem zastoju treści we wczesnym okresie rozwoju płuca. Autor odrzuca to zapatrywanie, natomiast tłómaczy, że w przypadkach takich w 3—5 miesiącu życia płodowego ustało dalsze rozgałęzianie się pierwotnych oskrzeli, nie doszło do wytworzenia oskrzelików i pęcherzyków płucnych, natomiast istniejące już duże oskrzela rozszerzały się zwolna wskutek ciągłego bujania przybłonka, przyczem tkanka łączna podścieliskowa zatrzymuje się również na wczesnym stopniu rozwoju. Do drugiej gromady wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych zalicza K. te przypadki, w których rozszerzenie jest walcowato-ampułkowate, a w których również właściwa tkanka płucna (pęcherzyków) się nie wytwarza, natomiast zaś rozwija się tkanka łączna podścieliskowa nadmiernie w grube pokłady. Większa część tu należących przypadków opisano pod nazwą marskości płuca z rozszerzeniem oskrzeli, lub marskości Corrigana. Ta postać ma dla lekarza największe znaczenie, ponieważ pojawiając się zwykle jednostronnie, nie przeszkadza dotkniętemu osobnikowi dojść do późnego nieraz wieku. Że i ta postać jest wrodzoną, stara się K. udowodnić w sposób następujący. W przeważnej części przypadków nie daje się wykazać w życiu pozapłodowem żadna taka choroba narządu oddechowego, któraby ową marskość Corriganowską sprowadzić mogła; osobniki nią dotknięte są zawsze dobrze rozwinięte, posiadają klatkę piersiową symetryczną i nie przypuszczają, że są dotknięte jakiemkolwiek zboczeniem; rozszerzenie oskrzeli wykrywa wówczas lekarz nieraz dopiero przypadkowo przy sekcyi. W przypadkach typowych wykrywa badanie kliniczne i anatomiczne, że płuco dotknięte jest małe i zajmuje tylnogórną część klatki piersiowej, że serce przerosłe przesunięte jest ku stronie tego płuca, a płuco drugie jest rzeczywiście przerosłe i zajmuje nieraz także śródpiersie, a nawet część drugiej połowy klatki piersiowej. Płuco dotknięte nie zawiera zazwyczaj złogów pylicowych. Najsilniejszym dowodem płodowego pochodzenia zmiany jest obraz drobnowidowy. Tkanka łączna podścieliskowa jest silnie unaczyniona, zawiera tętnice i żyły nieraz bardzo duże, o bardzo szerokiem świetle, dalej mieści ona wysepki tkanki tłuszczowej, wyspy włókien mięsnych, niezawisłe od warstwy mięsnej oskrzeli i naczyń, a wreszcie liczne ogniska tkanki chrzęstnej. Właściwej tkanki płucnej najczęściej brak zupełny, niekiedy jednak spotyka się drobne jej wyspy, w których znajdujące się pęcherzyki przedstawiają cechy płodowe. Wreszcie niekiedy znajdują się w tkance łącznej lite gromadki i szeregi komórek przybłonkowych. Powstawanie tej postaci wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych tłómaczy autor podobnie, jak postać pierwszą, zatrzymaniem się rozgałęziania oskrzeli na pewnym stopniu, jednakże w okresie nieco już późniejszym, niż w postaci pierwszej; drugą różnicę od postaci pierwszej stanowi znaczny rozwój tkanki mezenchymatycznej, który nie jest, zdaniem autora, przyczyną zatrzymania się rozwoju oskrzeli, lecz rzeczą zupełnie odrębną i niezawisłą. Gdyby bowiem było przeciwnie, tj. gdyby zatrzymanie się rozwoju oskrzeli zależało od nadmiernego bujania tkanki podścieliskowej łącznej, wówczas nie istniałaby pierwsza, wyżej opisana postać wrodzonego rozszerzenia oskrzeli, w której tkanka łączna jest wogóle skąpo rozwiniętą. — Do gromady trzeciej należą wreszcie workowate rozszerzenia, usadowione pojedynczo lub wielokrotnie w przebiegu lub przy rozgałęzieniach oskrzeli, i to w pierwszym rzędzie rozszerzenia dużych oskrzeli, w drugim jamki oskrzelowe drobnych gałęzi obwodowych, usadowione w szczytach płuc. I tę także postać uważa autor za wadę rozwojową, nie przytaczając na to jednak dowodów bezpośrednich (tkanka płucna i reszta oskrzeli jest wówczas zwykle prawidłowa), lecz dochodząc do tego przekonania tylko pośrednio przez wykluczenie innych sposobów powstawania tego zboczenia. — Wszystkie te rodzaje wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych mogą się łączyć między sobą i z torbielkowatem zwyrodnieniem płuc, stąd też zdarzają się przypadki zawikłane, bardzo trudne do rozjaśnienia, zwłaszcza jeśli do istniejących zboczeń dołączyły się sprawy zapalne i rozpadowe.

Za analogiczne do wrodzonych rozszerzeń oskrzelowych uważa autor także niektóre zboczenia rozmaitych narządów gruczołowych, jakoto: puchlinę nerkową wrodzoną, niektóre wrodzone torbiele trzustki itp. *Doc. Ciechanowski.*

Dr. Keitler (Wiedeń). **Przyczynek do kazuistyki torbieli trzustki.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 29, 1899). U 34-letniej wieśniaczki stwierdzono w jamie otrzewnowej poniżej pępka guz chełbocący, wielkości głowy dziecka. Guz ten był bardzo łatwo przesuwalny, w postaci stojącej — opadał ku d[ołowi] brzucha i można było nim wykonywać ruchy wahadłowe. Szypuła, na której wisiał, była przytwierdzona w okolicy trzustki. W czasie operacyi stwierdzono, że torbiel wrósł między blaszki otrzewnowe sieci małej i leżał częścią na przedniej ścianie żołądka, częścią zaś na sieci dużej. Poprzecznica przebiegała poniżej torbiela. Szypułę stanowił rozciągnięty ogon trzustki. Torbiel, zbadany drobnowidowo, wykazywał budowę gruczolaka trzustki (*Cystadenoma*). *Dr. E. Karchesy.*

R. Gersuny: **O typowym zroście otrzewnowym.** *(Archiv für klin. Chir.* T. LIX). Pod tą nazwą opisuje G. tasiemkowatą błonę wrzekomą, która w miejscu przejścia okrężnicy zstępującej w esowatą przebiega w kształcie więzadła ponad zewnętrzną powierzchnią jej krezki, przyczepiając się podobnie, jak i ta ostatnia; z jednej strony do otrzewnej ściennej, z drugiej do kiszki. W przebiegu swym taśma ta, długości 4 ctm., szerokości 2—3 ctm., bywa albo zrośnięta z powierzchnią krezki, albo przechodzi mostkowato napięta. Będąc krótszą od krezki, powoduje jej zmarszczenie i znacznie przeszkadza ruchowi tej części kiszki. Najwyraźniej występuje to więzadło ruchome przy pociąganiu okrężnicy esowatej ku linii środkowej; po przecięciu jego otrzewna i krezka układają się gładko i kiszka zyskuje znacznie obszerniejszą ruchomość. Z tych stosunków topograficznych zrozumiałą jest rzeczą, iż przy otwarciu jamy brzusznej przez cięcie w linii środkowej więzadło to, przykryte w całości okrężnicą, pozostaje niewidocznem.

Zdaniem autora, który w ciągu ostatnich 3 lat w 21 przypadkach operowanych znalazł obecność takiego zrostu, jest on w związku przyczynowym z wielu zjawiskami chorobowemi. Najczęstszem następstwem bywa zagięcie ostre części esowatej okrężnicy lub jej skręt *(volvulus)* a nawet wgłobienie *(invaginatio)*. Już i w tych przypadkach, gdzie zmiany nie dochodzą tak daleko, chorzy odczuwają szereg dolegliwości w okolicy lewego talerza biodrowego, zależnych od niedostatecznej ruchomości kiszki i utrudnionego obiegu mas kałowych (przewlekłe zaparcie stolca, rozdęcia, silna bolesność, szczególnie przy ruchach i pracy fizycznej). To, że dotychczas, pomimo częstości, te zrosty zgięcia esowatego uchodziły uwagi lekarzy, tłómaczy autor tem, iż zwykle występują na plan pierwszy objawy, które same przez się pochłaniają uwagę i stają się podstawą rozpoznania. Tu należą przypadki, w których rozpoznano opadnięcie trzew (enteroptosis), niedomogę jelitową (atonia intestinorum), albo cały szereg cierpień narządów płciowych kobiecych, wreszcie zapalenie wyrostka robaczkowego. Ponieważ w tych przypadkach, w razie wykonywania operacyi, robioną ona bywa w taki sposób, że dostęp do lewego talerza biodrowego bywa niemożliwy (cięcie po stronie prawej w zapal. wyrostka robaczkowego, operacye pochwowe w cierpieniach macicy i jej części dodatkowych), przeto i te zrosty pozostają niewykryte. Do przyczyn zalicza autor oprócz wszystkich cierpień zapalnych, prowadzących do zrostów otrzewnowych, te czynniki, które w jakikolwiek sposób ograniczają ruchy pętli jelit. Tu należą naprzykład wylewy krwi do otrzewnej, które powodują zlepianie się pętli jelitowych i następowe zrosty, szczególnie w miejscach, gdzie i prawidłowo ruch robaczkowy jest bardzo słaby. Tą drogą powstają zrosty części bocznych okrężnicy zstępującej, zrosty w okolicy kątnicy, które stają się tem mocniejsze w razie przyłączenia się tu sprawy zapalnej.

We wszystkich spostrzeganych przez siebie przypadkach wykonał G. operacyę, polegającą na przecięciu zrostu i dokładnem zeszyciu otrzewnej w miejscu cięcia. Jeżeli przytem krezka okrężnicy esowatej (mesosigma) okazała się zbyt długą, to skracał ją przez założenie kilku szwów. W leczeniu następowem należy unikać zbytniego spokoju jelit, które należy już po 2 dniach pobudzać za pomocą wlewań. W większości przypadków dolegliwości ustępowały zaraz po operacyi, w innych potrzebnem było jeszcze leczenie następowe w postaci wlewań i miesienia. *Kryński.*

Dr. G. Neuber. **Przyczynek do leczenia stopy szpotawej.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59, Z. II). Od dawna już używa N. w przypadkach stopy szpotawej przyrządu, który składa się z wymodelowanej podeszwy metalowej z przymocowaną do niej od tyłu szyną żelazną, w której, tuż ponad piętą, znajduje się podwójny zawias, umożliwiający wszelkie ruchy stopy. Od szczytu podeszwy i od jej strony zewnętrznej biegną spiralnie ku dołowi podkolanowemu elastyczne wstęgi i w tej okolicy przymocowane zostają do metalowej obręczy. Przyrządu tego używać muszą chorzy miesiącami, względnie latami i noszą go początkowo dniem i nocą, potem tylko nocą. Zanim jednak szyny tej użyjemy, musimy w jakikolwiek sposób stopę sprostować (zredresować) do położenia prawidłowego. *Herman.*

Dr. Wörner. **Przyczynek do leczenia ciężkich powikłanych złamań kończyn dolnych.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59, Z. II). Do leczenia „ambulatoryjnego“ złamań powikłanych kości kończyn dolnych, połączonych ze znacznem zniszczeniem części miękich, przystąpić można dopiero po kilku tygodniach, gdy rana się oczyści i dobrze pokrywa się ziarniną. A ponieważ zrośnięcie się odłamków w tych razach następuje bardzo powoli, trzeba założyć przyrząd, któryby długo i dobrze czynił zadość swemu zadaniu. Doświadczenie pouczyło autora, że do tego celu najlepiej nadają się, „tutory“ z celuloidu, sporządzone wedle przepisów Landerera na odlewie gipsowym, zdjętym ewentualnie podczas wyciągania kończyny. *Herman.*

Dr. A. Groenbech: **Stosunki istniejące między mimowolnem moczeniem nocnem u dzieci a wyroślami gruczołowatemi (adenoidalnemi).** *(La Semaine médicale,* Nr. 12. 1899). Na 427 spostrzeżeń wyrośli gruczołowatych stwierdził autor, że w 61 przypadkach (więc 14.3%) chorzy ci byli dotknięci jednocześnie mimowolnem moczeniem. Z tego w 39 przypadkach, po usunięciu wyrośli, nastąpiło 26 razy wyleczenie, 11 razy polepszenie, a w 2 przypadkach nastąpiło samowolne ustąpienie przeszkody w nosie z ustaniem mimowolnego moczenia nocnego. Wyraźny związek między guzami a nietrzymaniem moczu istniał w 91% przypadków wyrośli gruczołowatych. *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 21 czerwca 1899 r.

Przewodniczy kol. Doc. Sroczyński. Członków obecnych 21. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Rutkowski przedstawił z kliniki chirurgicznej:

1) Przypadek raka odźwiernika. Wykonano gastroenterostomię drugim sposobem Wölflera. W 10 dni po operacyi wystąpiły wymioty fusowate skutkiem krwotoku z owrzodzenia rakowego. Przystąpiono do powtórnej operacyi (sposobem Eiselsberga), polegającej na wykluczeniu części zajętej nowotworem przez utworzenie ostrogi *od. curvatura major.*

2) Kostkę wyjętą przed 5-ciu dniami zapomocą *oesophagotomia externa*, a połkniętą przez chorego na tydzień przed operacyą. Obecność i położenie kostki stwierdzono zgłębnikiem i röntgenogramem. W analogicznym przypadku, przysłanym do Krakowa przez prof. Rydygiera, wykazano w przełyku zapomocą röntgenogramu płytkę kauczukową z zębami sztucznymi na wysokości pierwszego kręgu piersiowego. Zgłębnik w tym przypadku nic nie wykazywał.

II. Kol. Gliński przedstawił: 1) Okaz ogniska gruźliczego serowatego w mięśniu sercowym. Przypadek ten dotyczy 35-cioletniej kobiety, u której badanie pośmiertne wykazało rozległe zmiany gruźlicze w kościach i stawach (podudzie lewe, staw łokciowy prawy, żebra), liczne ropnie zimne, łączące się zapomocą przetok z ogniskami gruźliczemi w kościach, zarośnięcie całkowite jamy osierdziowej, obecność dużych ognisk serowatych wśród zrostów na osierdziu, z których jedno, właśnie przedstawione, przewyższające swą wielkością jajo gołębie, zajmuje mięsień sercowy przedsionka prawego i, przechodząc go na wskroś, sięga aż pod śródsierdzie, wypuklając takowe ku światłu przedsionka; umiejscowieniem swem ognisko to odpowiada przedniej powierzchni przedsionka i sięga aż do ujścia żyły głównej górnej (*v. cava sup.*), zwężając takowe. Obecność tego ogniska i jego umiejscowienie musiały w wysokim stopniu upośledzić czynność prawego serca i sprowadzić zastój w krążeniu dużem wraz z jego następstwami w postaci przekrwień biernych i obrzęków, co rzeczywiście w tym przypadku miało miejsce; mimo to za życia nie można było stwierdzić żadnych

większych zaburzeń ze strony samego serca: poza zaostrzeniem 2-go tonu nad tętnicą płucną, oraz nikłością tętna, czynność serca zdawała się zupełnie prawidłową, co zresztą było spostrzegane i w innych przypadkach gruźlicy mięśnia sercowego.

2) Okaz ciała obcego w oskrzelu wraz z następstwami. Chory, lat 59 liczący, zgłosił się na kilka dni przed śmiercią do tutejszego szpitala z objawami zapalenia opłucnej: o zakrztuszeniu się nie wspominał zupełnie. Badanie pośmiertne wykazało u wejścia do jednego z trzeciorzędnych oskrzeli płatu dolnego płuca lewego obecność kawałka kości; oskrzela tego płatu są nieco rozszerzone, wypełnione treścią posokowatą; ich błona śluzowa rozpulchniona, pokryta wybroczynami; w tymże płacie liczne okołooskrzelowe nacieki ropne, a w częściach dolnych kilkanaście drobnych jam zgorzelinowych; prócz tego badanie pośmiertne wykazało otorbiony otok ropny opłucnej po tejże stronie w części bocznej, a od strony przepony drugi otorbiony otok posokowaty. W przypadku tym cała sprawa chorobowa wywołaną została zakrztuszeniem się, przy którem kawałek kości dostał się do oskrzela, zatkał jego światło, co sprowadziło porozszerzanie w odpowiednim odcinku płuca oskrzeli i zastój treści, bakterye zaś ropne i gnilne dokonały reszty. Obecność ciała obcego w oskrzelu nie sprowadziła w danym przypadku zmian miejscowych w postaci bujania tkanki łącznej.

Dla porównania przedstawia kol. G. okaz ze zbiorów zakładu anatomo-patologicznego, w którym guzik, utkwiwszy w oskrzelu i pozostając tam przez czas dłuższy, wywołał właśnie rozległe zmiany miejscowe.

3) Okaz wrodzonego zniekształtnienia tchawicy. Tchawica ta wogóle ma kształt szablasty, jednakże ściany boczne są nadto w górnej połowie tchawicy wpuklone ku wewnątrz tak, że przekrój poprzeczny przypomina kształt litery Ω. W miejscu podziału na oskrzela tchawica ta jest wyraźnie niesymetryczna, mianowicie przednia jej ściana jest zgięta pod kątem ostrym, zwróconym więcej ku stronie prawej. Takie zniekształtnienia tchawicy bywają zwykle stanem nabytym i są następstwem czy to ucisku z zewnątrz (wól, nowotwory na szyi, tętniaki itp.), czy też zmian w samej tchawicy (blizny, nowotwory itp.). W danym przypadku znaleziono wprawdzie na szyi rozległy (wielkości jaja kurzego) stary ropień, umiejscowiony w tkance podskórnej i wśród mięśni na zewnątrz od naczyń szyjnych, który sięgał od nagłośni aż do obojczyka; jednak położenie tego ropnia, tudzież obecność największych zmian w tchawicy w miejscach najbardziej od tego ropnia oddalonych, nie pozwoliły upatrywać w nim przyczyny tego zniekształtnienia tchawicy. Szczegółowe dalsze poszukiwania nie wykazały ani w błonie śluzowej tchawicy, ani w jej ścianach, ani też wreszcie w otoczeniu żadnych zmian, mogących tłómaczyć to zniekształtnienie tchawicy, wobec czego pozostaje jedynie możliwość odnieść ten przypadek do jakichś zaburzeń (być może pod wpływem czynników mechanicznych) w rozwoju płodowym.

Kol. Doc. Ciechanowski dodaje kilka szczegółów o przypadku, z którego pochodziła przedstawiona przez kol. Glińskiego krtań i tchawica niezwykłego kształtu. W przypadku tym ze starego ropnia po lewej stronie krtani, do którego wsterczał obnażony i nadżarty koniec rogu kości gnykowej, posuwało się ropienie między mięśniami szyi ku dołowi aż do obojczyka, gdzie jama owego zatokowatego ropnia kończyła się ślepo, odgrodzona wąskim pokładem niezropiałych tkanek od drugiego, świeżego ropnia, zaczynającego się poniżej obojczyka, a nie połączonego bezpośrednio z ropniem szyjnym. Ten drugi ropień ciągnął się zatokowato pomiędzy ścianą klatki piersiowej a mięśniami piersiowymi wielkim i małym, dochodził do naczyń podobojczykowych, wzdłuż nich przechodził na ramię i bark, otaczając w około cały staw barkowy (we wnętrzu stawu ropy nie było) i górny koniec kości ramieniowej, a sięgając ku tyłowi aż w okolicę łopatki, ku dołowi między mięśniami przedniej części ramienia aż do przegubu łokciowego, i czem niżej, tem wybitniej okazując cechy ropnia świeżego. Poniżej przegubu łokciowego istniał tylko naokoło całego przedramienia naciek ropny w tkance podskórnej, w mięśniach ropienia nie było. Ropień w okolicy barku przebił w dwóch miejscach na zewnątrz: mianowicie przy dolnym brzegu przyczepu ścięgna m. piersiowego wielkiego i poniżej przyczepu m. trójkątnego ramienia (*m. deltoideus*).

Kol. Spira zwraca uwagę, że ropnie głębokie szyi najczęściej szerzą się ku śródpiersiu tylnemu, gdy w tym przypadku ropienie szło drogą niezwykłą.

Kol. Ciechanowski sądzi, że w omawianym przypadku szczegóły anatomiczne ropnia pierwotnego wskazywałyby na to, iż na drogę, którą posuwało się ropienie, nie był bez wpływu stosunek pierwotnego ropnia do układu powięzi na szyi.

III. Kol. Doc. Raczyński miał odczyt: »W sprawie gruźlicy u dzieci«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Bier zwraca uwagę, że według badań Flüggego zakaźność powietrza polega nietylko na obecności pyłu, ale także na obecności wytwarzających się przy kaszlu chorego baniek śliny z prątkami. Kol. Klecki podniósł, że nawet przy obecności prątków w materyale, użytym do szczepienia świnek morskich, można otrzymać wynik ujemny, co może polegać na odporności osobniczej świńki i małej ilości prątków. Radzi przy odpowiednich doświadczeniach zmniejszyć odporność zwierzęcia użytego do doświadczenia, najlepiej przez fizyczne zmęczenie i porazić jego fagocytozę, do czego posłużyć może makowiec. Kol. Droba szczepił świńki cieczą z przetok gruźliczych otwartych i otrzymywał wyniki ujemne, co przypisuje obecności innych prątków, jak n. p. *tetragenes*. Kol. Sroczyński podnosi, że gruźlicę prosówkową można niekiedy wcześnie rozpoznać badaniem dna oka. Na kilkadziesiąt przypadków, badanych w tym kierunku, znalazł on w 4 przypadkach gruzełki w naczyniówce. Odsetek nieznaczny i nie zgadzający się z pierwotnie przez Bouchuta podanym.

Kol. Doc. Ciechanowski życzyłby sobie, aby statystyka kol. Raczyńskiego objęła jeszcze dłuższy okres czasu dla uzyskania jeszcze pewniejszych danych liczbowych i aby kol. Raczyński uwzględnił dokładnie względną częstość gruźlicy gruczołów krezkowych, względnie przewodu pokarmowego, w porównaniu do częstości gruźlicy narządu oddechowego, co uczyni badania dokonane przez prelegenta, a dotyczące dróg zakażenia gruźliczego u dzieci, tem cenniejszemi. Jeżeli kol. Raczyński, mówiąc o częstszem pojawianiu się gruźlicy u dzieci powyżej 6 go miesiąca życia, nie miał na myśli wyłącznie tylko gruźlicy narządu oddechowego, to może należałoby, obok zakażenia za pośrednictwem pyłu, na którego wpływ dzieci pełzające i bawiące się na ziemi więcej są narażone, uwzględnić także wpływ odstawienia niemowląt od piersi, gdyż wówczas przybywa drugie jeszcze źródło zakażenia w mleku krowiem, tak często zanieczyszczonem prątkami gruźliczymi. Dalej zapytuje kol. Ciechanowski, czy świnki morskie, używane do doświadczeń, poddawane były przedtem próbie tuberkulinowej; następnie zwraca uwagę, że gruźlicy prosówkowej ogólnej nie należy identyfikować z zapaleniem gruźliczem opon mózgowych, które często jej towarzyszy, ale może także wystąpić bez gruźlicy prosówkowej innych narządów; — ztąd też w poszukiwaniach prątków gruźliczych we krwi, które kol. Raczyński podejmie zapewne jeszcze w szerszym zakresie, można czasem »a priori« spodziewać się wyników ujemnych, jeżeli gruźlica prosówkowa ograniczyła się do opon mózgowych, a nie zajmowała innych narządów. Dlatego też ciekawą jest rzeczą, jaki był wynik sekcyi w tych przypadkach, w których kol. Raczyński dotychczas badał krew na prątki gruźlicze. W końcu pożądanemby było, aby kol. Raczyński w pracy swej szerzej uwzględnił sprawę dziedziczenia usposobienia do gruźlicy, na które w ostatnich czasach ponownie zwrócono uwagę, poszukując nowych jego cech somatycznych

W odpowiedzi zaznacza kol. Raczyński, że świnki morskie używane do doświadczeń, były badane tuberkuliną, — że w przypadkach, w których badano krew na prątki, sekcya wykazała, jak to przy zapaleniu gruźliczem opon prawie zawsze bywa, ogólną prosówkową gruźlicę.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

1) W. Camerer *jun.* (z Sztuttgartu): *Skład chemiczny noworodka* (wraz z przyczynkiem analitycznym Dra Söldnera). Dotychczas niedokładnie i niewiele wykonano prac, dotyczących składu chemicznego ciała ludzkiego, gdyż w przeprowadzeniu tych prac

natrafili badacze na nieprzezwyciężone trudności, jak n. p. w otrzymaniu celowi odpowiednich zwłok ludzkich, które nie mają uledz zmianie w składzie swoim ani przez sprawę, która śmierć sprowadziła, ani też przez proces rozkładowy po śmierci. Autor badał zwłoki trojga normalnych, donoszonych dzieci, które zmarły bezpośrednio przed ukończeniem porodu, albo też żyły zaledwie kilka minut. Zwłoki te zaraz po urodzeniu ważono, a następnie zamrażano i następnie zapomocą noży, nożyczek i nożyc kostnych krajano na drobne kawałeczki (wielkości grochu) w celu uniknięcia wszelkiej straty substancyi. Następnie z całej masy robiono wyciąg zapomocą wyskoku i eteru, pozostałą zaś bezwodną i pozbawioną tłuszczu miazgę proszkowano. Z sumy substancyj suchych wyciągu wyskokowego, eterowego i proszku otrzymano całość składników suchych, a różnica między tą ostatnią i ciężarem zwłok świeżych wynosiła zawartość wody dziecka. Przy rozbiorze chemicznym wyciągu wyskokowego, eterowego i proszku otrzymał autor następujące liczby:

L. dziecką	Ciężar	Wody	Suchych substancyj	Tłuszczu	Popiołu	Białka i kleju	Istot wyciągowych	C.	H.	N.
1.	2616	1874	742.	358	54	27·8	52	434·2	64·1	46·8
2.	2756	1905	850	443	74	29·6	37	506·9	75·9	50·5
3.	2683	1955	728	270	67	35·0	41	—	—	59·6
Średnia	2685	1912	773	357	65	30·8	43	—	—	51·4

Z tego wynika, że 100 grm. ciała zawierają:

L. dziecka	Wody	Substancyj suchych	Tłuszczu	Popiołu	Białka i kleju	Istot wyciągowych	N.
1.	71·6	28·4	13·7	2·06	10·6	2·0	1·79
2.	69·2	30·8	16·1	2·69	10·8	1·3	1·83
3.	72·9	27·1	10·1	2·50	13·1	1·5	2·22
Średnia	71·2	28·8	13·3	2·40	11·5	1·6	1·92

Ilość całkowita zawartej w organizmie lecytyny wynosi 16·51 grm.

Dla porównania podaje prelegent liczby, zebrane przy badaniach składu chem. ciała dorosłych przez Bischoffa i Volkmanna. W stu częściach człowieka dorosłego znaleziono:

	Wody	Białka i kleju	Tłuszczu	Popiołu
podług Volkmanna . . .	66	16	13	5
podług Bischoffa . . .	60	16	19	5

Ustrój noworodka w porównaniu z ustrojem dorosłego zawiera zatem bardzo dużo wody i tłuszczu, a mało popiołu i substancyj azotowych. Dalej sięgających wniosków autor na razie ze swoich badań nie wyciąga.

Prelegent wykonał również rozbiory ilościowe popiołu, aby stwierdzić teoryę Bungego, który twierdził, że u ssawców stosunek istot nieorganicznych, zawartych w ustroju oseska i w odpowiedniem mleku jest identyczny. Badania wykazały, że u ludzi stosunki te są odmienne, albowiem 100 grm. popiołu zawierają:

	K_2O	Na_2O	CaO	MgO	Fe_2O_3	P_2O_5	Cl
U noworodka . .	7·8	9·1	36·1	0·9	0·8	38·9	7·7
W mleku matki .	31·4	11·9	16·4	2·6	0·16	13·5	20·0

W rozprawach Camerer *sen.* przytacza, iż Fehling w r. 1873 również znalazł u osesków atroficznych mniej wody i tłuszczu, lecz więcej białka, aniżeli u osesków prawidłowych.

Bendix również badał skład chemiczny osesków w klinice Heubnera na osobnikach atroficznych, a mianowicie badał zawartość wody i azotu u 7 osesków. Znalezione cyfry wynosiły w mięśniu świeżym 75% wody i 2·6% N, w mięśniu suchym atoli 10% N.

2. Knöpfelmacher (Wiedeń): *W sprawie strzępków sernika* (Caseinflocken). Prelegent badał chemicznie strzępki białe, znajdowane często w kale osesków dyspeptycznych. Zawartość azotu w preparacie, suszonym w kąpieli wodnej, wynosiła 3·5%, tłuszczu 40%, popiołu 18%. W innym preparacie było azotu 2·98%, tłuszczu 25%. Popiół zawierał: 63% wapna i 9% fosforu (= 21% P_2O_5). Jeżeli się uwzględni ilość popiołu, wapna i fosforu, przypadającą na jedną część azotu, okazuje się, że w strzępkach sernika w kale na jedną część azotu przypada trzy razy tyle popiołu, a dziesięć razy tyle wapna, aniżeli w strącie sernika i to przemawia przeciw identyczności strzępków sernika i jego strątów z mleka. Wybitniej występuje ta różnica przy badaniu tłuszczu i ciał azotowych strzępków sernika. Kwasy tłuszczowe strzępków posiadały w dwóch preparatach punkt topliwości przy 49°, względnie przy 46—47° C, a punkt stężenia *(Erstarrungspunkt)* przy 46, względnie 42° C. Zawartość kwasu oleinowego w tłuszczu wynosiła raz 9·7%, w drugim preparacie 19·5%. Badanie wykazało, że tłuszcz tych strzępków sernika nie może być niezmienionym tłuszczem mleka, a składem swym raczej odpowiada tłuszczom, zawartym w kale po podaniu pokarmu mlecznego. Stosunek istot azotowych do połączeń organicznych białka z fosforem przedstawiał się w jednym przypadku: N : P = 36 : 1, a w drugim N : P = 31 : 1. Następnie autor przedstawia wyniki następujących badań. Z strzępków sernika zrobiono wyciąg zapomocą wody, rozczynów soli i sody i rozcieńczonego ługu sodowego, a pojedyncze wyciągi badano zapomocą metod ilościowego badania na białko i zdołano wykluczyć obecność sernika i parasernika *(Paracasein)*. W wyciągu jednego preparatu wykryto amoniak. Autor wykazał więc, badając tłuszcze, sole i istoty azotowe, że podlegały one działaniu procesów trawiących, że nie może przeto być mowy o niezmienionych strątach sernika i parasernika.

3) Camerer *sen.* (Urach): *Mocz osesków.* Prelegent podaje wyniki badań moczu u 3 osesków. Względna zawartość C i H w moczu oseska opada w czasie karmienia piersią.

	C.	H.	N. = 1
(Rubner i Heubner) 9 tygod.	1·27	—	pokarm kobiecy
Camerer i Söldner	1·20 1·00	0·27 0·21	
U dorosłego — dyeta mięszana (podług Voita) . .	0·72	0·15	

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Sprawozdanie z sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej LXXI Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytego w Monachium w dniach 17—23 września 1899 roku

napisał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Ciąg dalszy).

VII. Kaes (Hamburg) omawia: *Szerokość kory mózgowej i zanik włókien rdzennych* (Markfaserschwund) *w porażeniu postępowem ogólnem.* Wykład ten był objaśniony demonstracyami, wykazującemi, że u porażonych zachodzi zwężenie i skurczenie się zwojów czołowych, skutkiem czego następuje rozszerzenie bruzd mózgowych dotkniętej sprawą chorobową okolicy.

VIII. Wykładu St. Szumana (Monachium): *O zaburzeniach układu nerwowego a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem* nie streszczamy, ponieważ ogłoszony będzie *in extenso* w *Przeglądzie lekarskim.*

IX. Tesdorp (Monachium): *Przyczynek do nauki o zgorzeli symetrycznej.* Autor daje nasamprzód krótki pogląd na znane w piśmiennictwie przypadki tej zgorzeli. Z opisanych dotąd 99

przypadków zgorzeli nerwowej 21 należy do histeryi. Z tych ostatnich 8 dotyczy zgorzeli symetrycznej. Thomé wywoływał poddawaniem (sugestyą) u pacyentki histerycznej coraz nowe ogniska zgorzelinowe. Hoheneck objaśnia powstawanie wymienionej zgorzeli zaburzeniami histerycznemi w odżywianiu, anomaliami krwi, oraz chorobowemi zmianami w rdzeniu i nerwach obwodowych. — Opisany przez Tesdorpa przypadek, w którym zgorzel zajmowała część prawej połowy klatki piersiowej i prawe ramię, odznaczał się następującemi histerycznemi znamionami: Znieczuleniem prawej strony ciała (usunąć się dającem intermistycznie hipnozą), napadami kurczowymi *(emprostotonus, opistotonus)*, łączącymi się z zamroczeniem samowiedzy, niedokrewnością ostrą w prawej stronie ciała i histeryczną niepamięcią *(amnesia)*. Chora niezmiernie obawiała się wybuchu nowych ognisk zgorzelinowych i chcąc niejako zapobiedz temu, kazała się hipnotyzować rozmaitym lekarzom monachijskim. Chora podlegała hipnozie nad wyraz łatwo. Już n. p. przy badaniu źrenic chwiała się, opanowana niejako snem lekkim i wystarczyło zwykle kilka magnetycznych pociągnień, by wywołać u niej katalepsyę. Równie łatwem było przeprowadzenie jej tym samym sposobem ze stanu katalepsyi w stan somnambulizmu. Drobnowidowe badanie krwi wykazało zwiększenie się liczby krwinek czerwonych. Tesdorp sądzi, że w jego przypadku zgorzel wystąpiła mocą wpływów psychicznych, idących drogą nerwów i krwi ku mięśniom i skórze.

W dyskusyi powątpiewa Jolly, czy opisany przez mowcę przypadek należy uważać za zgorzel, gdyż ostatnia dotyczy zwykle li tylko krańców kończyn; zadawalnia się jednakowoż oświadczeniem prelegenta, że w piśmiennictwie znalazł równoległe do swego przypadki, których badacze zapatrywali się na tę sprawę chorobową zgodnie z pojęciem prelegenta. W przeciwieństwie do Schrenk-Notzinga zaznacza Forel, że hipnoza zdolną jest wywołać zaburzenia odżywcze (troficzne). Za pomocą niej wywołał n. p. Wetterstrand bąble oparzelinowe *(Brandblasen)*. Podobnie przez poddawanie wywołać można, zdaniem Forela, niedokrewność *(Blutleere)* i krwawienie. Według autora, poddawanie oddziaływa na narząd naczynio-ruchowy.

X. Krause (Jena): *Psychozy kiłowe*. Do chorób umysłowych, występujących na tle kiły, zaliczamy: zadumę *(melancholia)*, śledziennictwo *(hypochondriasis)*, niedołęztwo umysłowe *(amentia)*, obłąd *(mania)*, obłąkanie pierwotne *(paranoia)*, syfilidofobię, rzekome porażenie kiłowe *(pseudoparalysis syphilitica)*. Prócz psychoz wymienionych zauważono, jako następstwo kiły, przytępienie umysłowe *(démence syphilitique)* (Erlenmeyer, Christian) z rozmaitemi zboczeniami władz psychicznych. Przyczyny chorobotwórczej tych psychoz dopatruje autor w powstawaniu nowotworów kiłowych, w skutkach kiłowego zapalenia, w niedostatecznej ilości krwi, zwłaszcza ciałek jej czerwonych *(oligaemia* i *oligocythaemia)*, w patologicznem odżywianiu się wogóle, a zwłaszcza mózgu i w napadach udarowych. W stanie przytępienia umysłowego przyjmuje Krause prócz tego zwyrodnienie w korze mózgowej, lecz nie natury postępowej. Napomknąwszy krótko o wiądzie rdzenia pacierzowego, jako o zwyrodnieniu tylnych zwłaszcza sznurów rdzenia, wywołanem jadem (toksynami) kiłowym, we krwi krążącym (Strümpell), ilustruje mowca swój wykład opisem licznych i rozmaitych przez siebie spostrzeganych przypadków systematycznego obłąkania pierwotnego, poprzedzonego nastrojem posępnym, dalej przypadkami zadumy, charakteryzującej się przygnębieniem umysłowem i niedorzecznemi ideami. W obu postaciach przypadków wymienionych występowały po chwilowem polepszeniu omamy (halucynacye), później, jako objawy pochorobowe *(Restbestandtheile)*, brak woli *(abulia)*, tudzież wady etyczne: surowość, gwałtowność, brutalność. Znaczniejszych braków w inteligencyi nie zauważył mowca, nawet w przypadkach, spostrzeganych w ciągu lat 10 z rzędu. Część pewna pacyentów (o dwu przypadkach takich wspomina wyraźnie Krause) mogła wypełniać dokładnie swe obowiązki zawodowe. — Krause ostrzega przed doraźnem mięszaniem przypadków niedołęztwa kiłowego z porażeniem postępowem, przyznaje jednakże, że pewna część ich przechodzi z czasem w tę drugą postać chorobową.

W rozprawach wzięli udział: Kraepelin, Moeli i Mingazzini. Moeli twierdzi, że mówić jedynie można tylko o psychozach, zachodzących u kiłowatych. Mingazzini podnosi częste występowanie niedomogi nerwowej, równocześnie z kiłą lub w jej następstwie. Krause odpiera twierdzenie Moeliego wyjaśnieniem, że spostrzeżenia swoje i wnioskowania z nich wyciągnięte ograniczył jedynie do tych przypadków psychoz, które poprzedzała kiła i wśród przebiegu których okazywały się objawy tego zakażenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Listy z Syberyi.

Sierpień, 1899 r.

Sprawa powstawania i rozwoju chorób zakaźnych, oraz warunki, wśród których pewne zarodki chorób się rozwijają, a inne nikną, tak są jeszcze dla nas ciemne i zagadkowe, że najczęściej przychodzi tylko stwierdzać same fakty, a nie przyczyny. Prawdopodobnie w rozwoju tych chorób odgrywa przemożną rolę wiele czynników różnorodnych, a pomiędzy nimi stoją na czele: ciepłota powietrza, obfitość opadów, wypogodzenie nieba, kierunek wiatrów, woda do picia, a wreszcie stopa rozkładu i gnicia części organicznych. Jak już nieraz wspominałem w poprzednich moich korespondencyach, warunki przyrodzone bytu ludzkiego w Syberyi wschodniej nie są sprzyjające dla rozwoju chorób zakaźnych, które, chociaż i powstają, np. przez zanieczyszczenie wody, gnicie odpadków organicznych, lub dzięki wyjątkowo wielkiej obfitości opadów i innych fizycznych, nam dotąd nieznanych, zmian atmosferycznych, to jednak zarazek tych epidemij nie jest tu trwały, a same epidemie nie przyjmują rozmiarów zagrażających, jak to bywa na zachodzie. Zauważyliśmy tu przez kilka lat pobytu, że czem mniej jest zmienności w zwyczajnej aurze tutejszej, która wyróżnia się suchością powietrza i znaczną przewagą dni jasnych i słonecznych, zwykle w ciepłej połowie roku wietrznych, w zimie mroźnych, w lecie gorących, tem czas zdrowszy i mniej chorób zakaźnych. Czerwonka, najczęściej tu grasująca podczas upałów, od lat czterech znacznie złagodniała, natomiast od lat czterech pojawiła się durzyca, która nawiedza kraj, począwszy od końca lata zwykle dżdżystego i trwa z większą lub mniejszą siłą całą zimę, jednakże nie przyjmuje cechy prawdziwej epidemii. Nic w tem dziwnego, gdyż źródła, głównie tu dostarczające wody do picia, są zanieczyszczone najrozmaitszymi odpadkami zwierzęcymi i stają się ogniskami zakażenia: a jeśli epidemia nie przybiera tu szerszych rozmiarów, to tylko dzięki miejscowym warunkom klimatycznym. Wiele miast i wsi, nieposiadających większych rzek, korzysta wyłącznie z wody źródlanej, czasem zbyt niewystarczającej i przepływającej często przez grunt zanieczyszczony. Do rzędu takich miast należy i Troickosawsk, gdyż i tu, jak zresztą wszędzie w ludzkich zbiorowiskach, grają rolę przemożną stare nawyknienia i rutyna, których ludziska przez zacofanie bronią z uporem, myśląc, że to, co nieszkodziło naszym dziadom, przecież i nam szkodzić nie może. Z tego powodu w ciągu lat wielu toczyła się tu walka zacięta pomiędzy zwolennikami ulepszonych stosunków higienicznych, a zacofanymi przedstawicielami miejskiego samorządu o oczyszczanie z odpadków wybrzeży rzecznych, zasypanych nagromadzonym nawozem i innemi nieczystościami, oraz o zniesienie powyżej źródła położonej pralni, zanieczyszczającej wodę do picia itd. Wszystkie te domagania się nie mogły być przez czas długi urzeczywistnione, ponieważ żywioł miejscowy znajdował poparcie u władzy. Lecz w końcu opozycya zmiękła i to, o czem tak długo rozprawiano, stało się odrazu pewnikiem od dawna wiadomym, że trzeba zamknąć wszystkie zanieczyszczone źródła, wytryskające w środku miasta, a wodę do picia sprowadzić wodociągiem ze źródła leżącego poza miastem. Robotę tę i nadzór nad nią powierzono ziomkowi naszemu, od wielu lat tu zamieszkałemu i znającemu wybornie miejscowe warunki, inżynierowi-technologowi p. Zaniewskiemu. Sposób tu użyty był najprostszy, zastosowany do środków i warunków miejscowych. Zamiast pierwotnie proponowanych rur miedzianych lub żelaznych, musiano poprzestać na drewnianych modrzewiowych, połączonych ze sobą żelaznemi obręczami. Rury te będą pomieszczone w sklepionych korytarzach, ciągnących się od początku źródła do środka miasta, na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ kilom. Szkoda tylko, że początkowych robót korytarza ze ścianami kamiennemi, z powodu znacznych kosztów, zaniechano, zastępując je ścianami również z drzewa modrzewiowego. Głębokość, w której znajdować się będą rury, sięga na 3—4 metrów, co jest tu niezbędne, ażeby woda nie zamarzała. Moje kilkoletnie doświadczenie przy rozkopywaniach w celach archeologicznych pouczyło mnie, że ziemia bywa w lipcu jeszcze zamarzniętą w głębokości 3—4 metrów. Ilość wody jest obliczona na parę tysięcy wiader dziennie. Z wybudowaniem wodociągu wszystkie inne zbiorniki wody, pochodzące z innych źródeł, mają być zamknięte, co niezawodnie poprawi zdrowotność miasta.

Rozpisałem się tak długo o tej sprawie, chcąc dać Wam pojęcie o zdrowotności jednego z miast syberyjskich; a to, co powiedziałem, może być zastosowane i do innych miast, zostających w tych samych warunkach.

W tej chwili otrzymałem szczupły zeszycik prac Towarzystwa lekarzy zabajkalskich w Czycie za rok 1898. Znajdujemy w nim

notatkę Dra Dawidowa, zawierającą na datach urzędowych oparty opis przypadków trądu, wciągniętych dotąd do statystyki w krainie zabajkalskiej. Jest to sprawa doniosła, gdyż Zabajkale graniczy na północ z krajem Jakuckim, owem głównem i najbardziej znanem siedliskiem trądu. Najwięcej przypadków trądu w Zabajkalu było w okręgu Barguzińskim, z tych 8 zostało opisanych przez Dra Silnickiego, a 6 przez Dra Łazowskiego, razem 14. Z liczby zakażonych najwięcej było Buriatów, przybyłych z wyspy Olchonu na Bajkale. W okręgu Selengińskim spostrzegali po 2 przypadki Drowie Troickij i Bohuszewski: w okręgu Nerczyńskim opisali Drowie Kołbasenko i Rożdestwienskij 1 przypadek w szpitalu nowo budującej się kolei; w Wierchnieudińskim Dr. Wasilijew, a w Troichorowskim Dr, Talko-Hryncewicz po 1 przypadku (oba ostatnie zakończyły się śmiercią). Ogólna liczba wszystkich dotąd spostrzeganych przypadków w Zabajkalu wynosi 21. Główne siedlisko trądu było w północnej części Zabajkala, mianowicie w okręgu Barguzińskim, graniczącym z północno-zachodnim brzegiem Bajkału, a na północ z okręgiem Jakuckim, gdzie klimat bardziej wilgotny i mroźny, a ludność żyje w gorszych warunkach, niż na południu Zabajkala. Co do Mongolii, to tam nie powiodło się mi stwierdzić trądu. Większość chorych trędowatych uległa gruźliczej postaci trądu. Wszyscy chorzy po większej części należeli do klasy ubogiej, źle się odżywiali i wogóle byli w ciężkich warunkach ekonomicznych. Niekiedy tylko można było wykazać dziedziczność. Trądowi jednakowo ulegają obie płcie, zarówno dzieci, dorośli i starcy. W przytoczonej pracy sprawozdawczej znajdujemy odezwę Dra Szari, w której on proponuje zbadanie warunków występowania i przebiegu gruźlicy zapomocą szczegółowego notowania i opisywania chorych w kraju zabajkalskim. Kwestyonaryusz taki ma być rozesłany wszystkim tu zamieszkałym lekarzom. Ogólne jest mniemanie, oparte na zdaniu lekarzy od wielu lat tu zamieszkałych, że gruźlica w Syberyi wschodniej należy do chorób rzadkich, a na suchotników, przybywających tu z Europy, lub na obciążonych skłonnością dziedziczną do suchot, lub na dotkniętych nieżytami oskrzeli klimat tutejszy wpływa pomyślnie. Przeprowadzenie takiej statystyki chorych na płuca przez lekarzy wyświeci istotny stan rzeczy i może mieć bardzo doniosłe znaczenie dla ocenienia warunków zdrowotnych tutejszego klimatu.

Jeżeli już mowa o chorobach zakaźnych, to nie mogę nie wspomnieć o fakcie bardziej rozległego znaczenia nie tylko dla Syberyi, lecz w przyszłości i dla przyległej Mongolii i Chin, mianowicie o zamierzonem otwarciu w Troickosawsku, na pograniczu cywilizacyi europejskiej i azyatyckiej, pierwszej w Rosyi filii cesarskiego Instytutu medycyny doświadczalnej. Przy otwartej granicy chińskiej przepędza się przez Troickosawsk ogromne stada bydła i koni ze stepów mongolskich przez Bajkał do Irkucka. Oprócz tego przewozi się tędy po paręset tysięcy skór dla obszywania cybików z herbatą: oraz odbywa się dostawa wolami herbaty, drzewa i siana. Temi to drogami sprowadzają się razem z bydłem do Syberyi księgosusz i wąglik, które to epizoocye trwają ustawicznie w Mongolii. Kwarantany i wszelkie dotąd stosowane środki ochronne przy otwartej granicy chińskiej nie przyniosły pożądanych wyników. Uwzględniając przedstawienie jenerał-gubernatora nadamurskiego, prezes komisyi przeciwdżumowej, książę A. Oldenburgski uzyskał sankcyę cesarską na założenie w Troickosawsku oddziału Instytutu petersburskiego medycyny doświadczalnej, który wkrótce otwarty zostanie. Kierownikiem tego oddziału mianowany został członek Instytutu, b. asystent prof. M. Nenckiego, p. Władysław Wyrznikiewicz-Turczanowicz, który przedtem był pomocnikiem naszego uczonego w jego pracy nad szczepieniem księgosuszu u bydła na Kaukazie. W początkach ma być tu przygotowana tylko surowica przeciwksięgosuszowa, a następnie i inne przeciwzakaźne. Na ochronne szczepienie bydła u ludności kozaczej zabajkalskiej asygnował zarząd coroczne subsydya po 12 tysięcy rubli. Do oddziału przybyło kilku wojskowych weterynarzy, przydzielonych tu z różnych pułków Rosyi europejskiej. Reszta ludności zabajkalskiej, np. włościanie i przybysze, będą musieli pozawierać osobne umowy z oddziałem Instytutu dla szczepienia bydła, a tym sposobem ogromne koszta, ponoszone dla utworzenia i utrzymania oddziału, chociaż do pewnego stopnia się zwrócą.

Na zakończenie mego dzisiejszego listu podaję krótką wzmiankę pośmiertną. Dnia 3 czerwca r. b. zmarł w Kiachcie, licząc lat 83, Dr. Piotr Marcinkiewicz, jeden z najsędziwszych lekarzy syberyjskich. Urodził się w okolicach Białegostoku na Litwie, dokąd dziadek jego, trudniący się uprawą roli na małym wiejskim zagonie, przybył z Krakowa. Po skończeniu w Wilnie szkół średnich, śp. Marcinkiewicz, dla braku środków do dalszego kształcenia się, pozostawał przez lat kilka nauczycielem przy dzieciach Mikołaja Mianowskiego, profesora ówczesnej Medyko-Chirurgicznej Akademii Wileńskiej; skasowanie Akademii zmusiło śp. Marcinkiewicza wstąpić na Uniwersytet moskiewski, po ukończeniu którego, jako stypendysta został w r. 1851 wysłany na posadę młodszego lekarza kiachtyńskiego gradonaczalstwa, na dalekie krańce państwa. Sprawował tu następnie różne urzędy lekarskie, i wśród rozległej praktyki upłynęła główna część życia zmarłego. Przez ostatniego gradonaczelnika kiachtyńskiego, swego serdecznego przyjaciela a ziomka naszego, Despota Zenowicza, był wysłany do zbadania wód Jamorówki, które pierwszy z lekarzy zwiedził i złożył sprawozdanie o tej szczawie alkalicznej, co dało początek i pochop do leczenia się tymi zdrojami, dotychczas uczęszczanymi wyłącznie tylko przez Buriatów. Przybywszy tu przed 50 laty, jak sam zmarły o tem opowiadał, zagrożony był suchotami płucnemi, kaszlał i ulegał krwiopluciu; w Syberyi zdrowie odzyskał, a dzięki regularnemu i skromnemu życiu, doczekał się późnej starości. W ostatnich czasach usunął się w zacisze domowe, otoczony ogólnem uznaniem i wdzięcznością. Związany przez żonę i liczną rodzinę z tutejszą miejscowością i pozbawiony środków pieniężnych, mógł tylko marzyć o powrocie w strony rodzinne, o których i w ostatnich dniach życia mówić i myśleć nie przestawał. Oby mu ziemia obca lekką była!

Jan Ilgowski.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu wrześniu 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 36 osób, w liczbie tej 11 pozostałych w leczeniu z sierpnia i 7 pozostających nadal w leczeniu na miesiąc październik.

Wykaz liczbowy tych 36 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	2	2
w kończyny górne	—	14	10	24
w kończyny dolne i tułów . .	1	6	3	10
w ciało nagie	—	17	11	28
przez ubranie	1	3	4	8
liczby ogólne	1	20	15	36

Zwierzęta kąsające były we wszystkich przypadkach psy, w 1 przypadku kot.

Z osób szczepionych w tym roku zmarli na wodowstręt:

1. Roman Kociszyn, lat 6, syn lokaja w Zadwórzu *ad* Przemyślany, wielokrotnie pokąsany dnia 28 kwietnia 1899 w ciało nagie w okolicy stawu nadgarstkowego prawego. Rany były wypalone lapisem i antyseptycznie opatrzone w trzecim dniu po pokąsaniu. Zgłosił się do szczepień w dniu 7 maja. Szczepienia przebył w czasie od 7 do 16 maja b. r. W sześć tygodni po ukończeniu szczepień, według doniesienia c. k. Starostwa w Przemyślanach, śmierć nastąpiła wśród objawów wodowstrętu.

2. Iwan Hynadziuk, lat 38, wyrobnik w Łojowej *ad* Nadwórna, pokąsany dnia 28 kwietnia 1899 r. w dłoń lewą w pobliżu stawu nadgarstkowego (duża i głęboka rana, nie wypalona i antyseptycznie nie opatrzona). Zgłosił się do szczepień w dniu 19 maja. Szczepienia przebył w czasie od 19 do 29 maja b. r. Według doniesienia c. k. Starostwa w Nadwórnie zmarł wśród objawów wodowstrętu w dniu 23 lipca 1899 roku.

W obydwóch przypadkach należy zwrócić uwagę na spóźnione zgłoszenie się do szczepień.

Dyrektor Zakładu: *O. Bujwid.*

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 października.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Pieniążek przedstawił dwie chore, przez siebie operowane; kol. prof. Browicz miał wykład: »O wchłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i obrazach ztąd powstać mogących, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobnej«. Odczyt ten był ilustrowany projekcyą elektryczną obrazów. W rozprawach zabierali głos koledzy: doc. Nowak, prof. Hoyer, prof. Klecki i prelegent.

* Akademia medyczna w Paryżu przyznała Dr. Karolowi Brudzewskiemu nagrodę w kwocie 1000 fr. za rozprawę p. t. »L'influence de la cornée sur l'aberration de sphéricité de l'oeil«. Dr. Brudzewski, podczas swego pobytu w Paryżu, gdzie jako stypendysta spędził dwa lata poświęcał się badaniom naukowym w pracowni okulistycznej w Sorbonie i tam właśnie wykonał swą pracę, za którą został laureatem Akademii medycznej. Wielce pocieszająca ta okoliczność świadczy zarazem, że zapis stypendyjny im. Kasparka nie idzie na marne.

* Likarśkyj Zbirnyk, czasopismo ruskie, wydawane we Lwowie nakładem Towarzystwa naukowego im. Szewczenki pod redakcyą Dra Eugeniusza Ozarkiewicza, opuścił prasę. Tomu II-go zeszyt I zawiera: Dr. Ozarkiewicza i dr. Marischlera: Badania nad przemianą materyi w zwiększającej się lub zmniejszającej się puchlinie brzusznej. Dr. Kobryńskiego E.: O leczeniu wynicowania pęcherza. Dr. Dakury J.: Zajmujący przypadek nowotworu śródpiersia przodkowego. Dr. Dolińskiego M.: Z kazuistyki położniczej. Dział wyciągów nader bogaty, obejmuje 47 stronic. Treść zakańcza słownik wyrazów łacińsko-niemiecko-ruskich, użytych w rozprawach tego zeszytu. Pisownia ściśle fonetyczna, język wzięty z życia z ust milionów; w tworzeniu terminów niema szowinizmu, ani też gwałtownych zapożyczań się u innych ludów słowiańskich. Powaga i rzetelność zamiarów biją z tego zeszytu i zjednują życzliwość dla uczciwej pracy.

* Stowarzyszenie lekarzy Królestwa Kroacyi i Slawonii obchodzi uroczyście w Zagrzebiu d. 19, 20 i 21 b. m. 25-letnią rocznicę (1874—1899) swego istnienia. Program uroczystości jest następujący: d. 19 o godz. 8-mej powitalny wieczorek w sali Towarz. muzycznego. D. 20-go o godz. 10-tej uroczyste posiedzenie ogólne: o godz. 12½ pierwsze posiedzenie naukowe, następnie zwiedzanie szpitali i zakładów, a wieczorem bankiet. D. 21-go od 8 do 10 godz. przedstawienie chorych i demonstracya preparatów; o godz. 11-tej 2-gie posiedzenie naukowe; od 4 do 6 (ewent.) 3-cie posiedz. naukowe; o godz. 8-mej bankiet. Udział zapowiada się liczny.

Nakładem Towarzystwa, a pióra dr. Rakowaca, wyszła z powodu wzmiankowanej uroczystości książka pamiątkowa, poświęcona 25-letnim dziejom kroackiego Towarz. lekar. i sprawom medycyny w Kroacyi. W porządku abecadłowym dołączył autor spis wszystkich prac oryginalnych, ogłoszonych w ciągu 21 lat w organie Towarzystwa »Lečnički Viestnik«.

Lekarzom kroackim, kolegom z zawodu a braciom z pochodzenia, przesyłamy w dniu uroczystym szczere życzenia dalszego rozwoju pomyślnego.

* Zarządzenia rządowe na Szlązku, ażeby wszystkich przybywających z Galicyi robotników poddawano, ze względu na panujące tam ospę i dur, obserwacyi sanitarno-policyjnej, o tyle zostały zmienione, że wobec wygasania tych chorób, zarządzenia te pozostały w sile tylko co do tych nielicznych gmin galicyiskich, w których ospa i dur jeszcze się zdarzają.

* Związek lekarzy południowych dzielnic Wiednia odbył posiedzenie d. 5 b. m., na którem obradowano nad obronną organizacyą stanu lekarskiego w Wiedniu. Dr. Scholz wymownie wykazał szkody, jakie system Kas chorych wyrządził lekarzom. Po nim dr. Ullmann zdał sprawę o oburzającem traktowaniu lekarzy przez zarządy Kas. Zagrożeni pozbawieniem siebie niezbędnych środków do życia, lekarze Kas znoszą to poniżające stanowisko, byle nie stracić nawet tak upokarzającego dochodu; większość jednak lekarzy Kas, w celu wywalczenia lepszych warunków, dziś by opuściła te posady, gdyby wiedziała, że z ich ustąpienia nieskorzystaliby inni. Ullmann więc dochodzi do wniosku, że nadeszła pora, w której lekarze powinni na wzór robotników związać się w silną organizacyę i na wzór tychże robotników powinni zebrać fundusz dla wsparcia należących do zmowy kolegów. Prymaryusz Heim podziela pogląd poprzedniego mowcy i wzywa zgromadzonych do utworzenia funduszu organizacyjnego; uczynił on wniosek, by z Kasy Związku podjęto na ten cel 300 złr., a na liście składkowej wpisał się na czele z kwotą także 300 złr. Uczestnicy zebrania poparli czynnie te wnioski i w kilku minutach dopełnili listę do 1250 złr. Bezwłocznie wybrano komitet do dalszego zbierania składek i szerzenia tej idei, ażeby i inne Związki lek. wiedeńskie przystąpiły do tej obronnej organizacyi.

* D. 22 b. m. położony zostanie kamień węgielny pod »niemiecki Zakład dla suchotników« w Davos.

* Grono profesorów petersburgskiej Akademii wojenno-lekarskiej jednomyślnie oświadczyło, że nie tylko nie ma nic przeciw przyjmowaniu do Akademii wychowańców szkół realnych na studentów medycyny, lecz przeciwnie, dopatruje w nich zastęp o wiele właściwiej przysposobiony do nabycia wiedzy lekarskiej; a co się tyczy języka łacińskiego, to posiadanie go w rozmiarach, obowiązujących dla pierwszych trzech klas gimnazyalnych, jest zupełnie odpowiednie celowi i w tej mierze należy wymagać egzaminu wstępnego z tego przedmiotu.

* Sprawozdanie z tegorocznego Kongresu do zwalczania gruźlicy opuściło już prasę w Berlinie. Obejmuje ono wygłoszone na Kongresie odczyty, referaty i rozprawy, zredagowane w przystępnej formie i dlatego stanowi cenny nabytek do piśmiennictwa o gruźlicy. Że to, tak troskliwie wydane, sprawozdanie wyszło w nader krótkim czasie, bo po upływie 4 miesięcy, jest to rzecz godna najwyższego uznania, a zasługa przypada niepodzielnie sekretarzowi Kongresu, dr. Pannwitzowi.

* Jak dziwnie bywa czasem pojmowaną w kołach prawniczych ustawa, dotycząca z jednej strony ubezpieczenia robotników, z drugiej — stanowiska lekarzy wobec tej ustawy, świadczy wyrok niedawno wydany w Prusiech przez Najwyższy sąd. Kasa chorych w Erfurcie wypłaciła jednemu członkowi swemu pewną kwotę, opierając się na świadectwie niezdolności do pracy, wydanem przez t. zw. »przyrodolekarza«. Ponieważ istnieje przepis rządowy, że tylko na świadectwo lekarza dyplomowanego można wydawać chorym zapomogi, przeto Kasa chorych wniosła zażalenie przeciw temu przepisowi, tłómacząc, że ponieważ wolno członkom podług ich życzenia leczyć się u takich »przyrodolekarzy«, to i świadectwo, przez nich wydane, powinno być ważne. Komisya powiatowa odrzuciła to zażalenie z uwagą, że świadectwo niezdolności do pracy wchodzi w zakres prawniczy, zatem może być wystawione tylko przez ludzi, których prawnie uważa się za kompetentnych (t. j. przez lekarzy). Jednak Najwyższy sąd zawyrokował, że ponieważ statut Kasy pozwala członkom leczyć się u »przyrodolekarzy«, przeto i świadectwa, przez nich wystawione, powinne być prawomocne.

* Zarząd miasta Kijowa mianował 4 lekarzy szkolnych, z płacą 1000 rb. rocznie.

* Dr. Józef Wodniecki, po odbyciu kilkoletnich studyów w klinikach i szpitalach krakowskich, osiedlił się, jako lekarz Kasy chorych, w Lutyni Niemieckiej na Szlązku austryackim.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Kronice Lekarskiej* Nr. 19: Dr. Bregmanna L.: O ucieczkach automatycznych (dokoń.). Dr. Miklaszewskiego W.: Poglądy współczesne na istotę choroby Addisona, z powodu przypadku tej choroby. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 41: Gabszewicza A.: Torbiel skórzasta (cholesteatoma) wewnątrz — czaszkowa. Dr. Higiera H.: O swoistem zamroczeniu świadomości w okresie pohipnotycznym. Pechkranza: Samoistne cierpienia serca. (c. d.). W *Medycynie* Nr. 41: Goldenberga A.: Dlaczego dziecko rośnie? (dokończenie). Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 10: Dr. Szumana L.: Nirwanina, jako środek do znieczulania miejscowego i kilka uwag, dotyczących znieczulania płynem Schleicha.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Konkurs na opróżnioną posadę *sekundaryusza* przy Szpitalu Ś-go Ludwika w Krakowie, z renumeracyą roczną 600 złr. w. a. Ubiegający się pp. Doktorowie wszech nauk lekarskich mają wnosić podania na ręce Dyrektora tegoż Szpitala najpóźniej do dnia 31 października b. r.

Prof. Dr. M. L. Jakubowski,
Dyrektor Szpitala Ś-go Ludwika.

Konkurs imienia prof. Kosińskiego.

Za pośrednictwem jednego z członków *Gazety lekarskiej* prof. Kosiński złożył w Redakcyi tejże *Gazety* 300 rubli, przeznaczając je jako nagrodę za najlepszą pracę chirurgiczną. Komitet pod przewodnictwem prof. Kosińskiego oceniać będzie wszystkie prace oryginalne (bez względu na rozmiary) z dziedziny chirurgii w całym jej obszarze, ogłoszone w języku polskim, bądź to w czasopismach lekarskich, bądź też w oddzielnych książkach, w okresie czasu od dnia niniejszego ogłoszenia aż do 1 stycznia 1901 r. Dla ułatwienia pracy Komitetu byłoby pożądanem, aby autorowie nadsyłali odbitki prac do Redakcyi *Gazety lekarskiej* (Warszawa, ulica Marszałkowska, L. 115).

Konkurs na posadę I asystenta przy katedrze higieny z płacą roczną 700 złr. — Podania należycie ostemplowane wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 1 listopada 1899.

Zwierzchność gminna m. Ryglic (oddalone od stacyi kol. Tuchów 7 kilometrów) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 złr. w. a. i wolnem mieszkaniem. Podania należycie udokumentowane wnosić należy do zwierzchności gminnej do 15 listopada b. r. 185

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 28 Października 1899. Nr. 43.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 zlr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 28 Października 1899. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki Radcy Dworu prof. Krafft-Ebinga.

O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci *).

Podał

Dr. Henryk Halban

Asystent kliniki.

(Według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. psych. i neur. w Wiedniu, w lipcu 1899 r.).

Dokładne opisanie różnych postaci porażeń mózgowych u dzieci jest dziełem ostatnich kilku lat. Również niedawno przeprowadzono wzajemne ich odgraniczenie od siebie i od innych chorób, od których przedtem odróżnić ich nie umiano. Szczególnie trudnem i koniecznem jest ścisłe to odłączenie od choroby Friedreicha i od stwardnienia wieloogniskowego w przypadkach, w których objawy porażeń mózgowych dziecięcych wikłają się z zaburzeniami opuszkowemi. Począwszy od przypadków porażeń mózgowych obustronnych, w których zaburzenia opuszkowe są tylko zaznaczone, istnieje szereg przypadków przejściowych, aż do takich, które, z powodu przeważających zaburzeń ze strony nerwów mózgowych, zasługują na nazwę wrzekomego porażenia opuszkowego wieku dziecięcego *(infantile Form der cerebralen Glosso-Pharyngo-Labial-Paralyse* [Oppenheim], *pseudobulbäre Form der cerebralen Kinderlähmung* [König]).

Pierwszy typowy przypadek tej choroby przedstawił Oppenheim w styczniu 1895 r. na posiedzeniu Towarzystwa psychiatrów i neurologów w Berlinie. Był to mężczyzna chory od dzieciństwa, a może nawet od urodzenia; porażenie niezupełne wszystkich 4 kończyn było u niego wybitniejsze po stronie prawej; kończyny strony prawej były także niedostatecznie rozwinięte i krótsze; porażenia mięśni warg, języka, podniebienia i mięśni szczękowych były dość znaczne, jak również i atetoza obustronna. Porozumienie się z chorym, skutkiem zboczenia w artykulacyi mowy, było bardzo utrudnione. Nie zauważono zaniku, ani odczynu zwyrodnienia mięśni porażonych. Wkrótce, bo w lipcu tego samego roku, Oppenheim przedstawił jeszcze 2 podobne przypadki, budzące tem większe zainteresowanie, że się tyczyły matki i córki; obraz chorobowy był u obydwu bardzo podobny, z tą jednak różnicą, że u córki zboczenia były mniej wyraźne, a matka nadto była bezmowną i tylko w uniesieniu wydobywała pojedyncze sylaby, gdy się śmiała lub płakała, mimo, że słuch jej i umysł były prawidłowe. Zaburzenia całego narządu ruchowego trwały u obydwu od dzieciństwa, a może nawet od urodzenia i polegały na porażeniach, połączonych ze skurczem i atetozą. Nerwy ruchowe mózgu były zajęte, z wyjątkiem nerwów mięśni ocznych.

*) Z powodów niezależnych od autora i redakcyi praca niniejsza, która miała wyjść jednocześnie z ogłoszeniem jej w języku niemieckim, nie mogła być wcześniej wydrukowaną.

Przypadek Oppenheima był bodźcem dla Königa do napisania drugiej części pracy: „O zaburzeniach nerwów mózgowych w przypadkach porażeń u dzieci“. Obydwaj oni zwracają uwagę na to, że bardzo rzadko podnoszono zaburzenia opuszkowe w porażeniach obustronnych u dzieci i że nawet niema o nich wzmianki w tak obszernych rozprawach, jak Oslera, Freuda, Sachsa i innych. König nie znalazł pomiędzy 72 przypadkami porażeń dziecięcych, stanowiącymi podstawę jego pracy, oraz pomiędzy wieloma innymi, ani jednego tak klasycznego, jak są przypadki Oppenheima; przytacza on jednak 7 przypadków mózgowych porażeń kończyn, z mniej lub więcej rozwiniętemi zaburzeniami mowy, bez utrudnionego połykania. König nazywa te przypadki „formes frustes“ obrazu chorobowego, który opisał Oppenheim, a zarazem zaleca ostrożność przy zużytkowywaniu zaburzeń mowy w celach rozpoznawczych. Znalazł on także w dawniejszej literaturze przypadki przejściowe pomiędzy przypadkami Oppenheima, a swoimi. Tu należą 3 przypadki, przytoczone w pracy Ungera[1]), 2 spostrzegane przez Dreschfelda, a jeden przez niego samego. Częściej znajdujemy wzmiankę o objawach opuszkowych w dziedzicznych i rodzinnych postaciach obustronnych porażeń mózgowych, tak n. p. w przypadkach Freuda, Higiera, Pelizaeusa, Naëfa i innych. Wilde[2]) podaje, że na 5180 dzieci niemych, które badał w Irlandyi, 433 było niemych, ale nie głuchych, a z pośród tych u 48 znalazł porażenia bez innych zboczeń, u 74 porażenia i niedołęstwo umysłowe. Trudno rozstrzygnąć, ile z pośród tych przypadków zaliczyć należy do postaci chorobowej, o której piszemy.

Przypadki Waldenburga i Uchermanna są najpodobniejsze do choroby, opisanej przez Oppenheima. — Waldenburg spostrzegał 6-cio-letniego chłopca, którego matka, podczas gdy była z nim w 3-cim miesiącu ciąży, doznała porażenia prawej połowy ciała, połączonego z zupełną utratą mowy. Zaburzenie w zakresie mowy polepszało się, ale bardzo powoli, gdyż w czasie badania dziecka, a więc $6^1/_2$ lat potem, matka jeszcze niezupełnie dobrze mówiła. Prawa połowa ciała dziecka była gorzej rozwiniętą, aniżeli lewa i lekko porażona, również jak język, wargi i prawa strona podniebienia. Dziecko nie mówiło, z wyjątkiem kilku niewyraźnych słów, potrafiło jednak krzyczeć; umysł, słuch, rozumienie mowy były prawidłowe. Waldenburg zwraca szczególnie uwagę na tę okoliczność, że

[1]) Według Königa.

[2]) Według Treitela.

matka i dziecko miały porażoną tę samą połowę ciała i na bezmowność dziecka, której jednakże wytłumaczyć nie umie.

Chory, którego badał Uchermann, nie mówił do 19-go roku życia nic, oprócz „ja" i „nein", mimo, że słuch i umysł miał prawidłowo rozwinięte. W tym wieku oddano go do zakładu głuchoniemych, gdzie douczył się jeszcze wielu słów. Miał on także lekko porażoną prawą połowę twarzy, język i mięśnie szczękowe. O porażeniach kończyn niema wzmianki.

W ostatnich 4 latach, od czasu wydania pracy Königa i Oppenheima, nie opisano podobnego przypadku. Freud, w myśl wezwania Königa, poświęcił w swem dziele: „O porażeniach mózgowych u dzieci" osobny rozdział objawom opuszkowym, w którym dokładnie omówił 3 przypadki, podane przez Oppenheima; jednak ze swej strony nie przytoczył żadnego nowego przypadku. Freud, również jak König, jest zdania, że pojedyncze objawy opuszkowe prawdopodobnie nie są bardzo rzadkie, i obydwaj stwierdzają, że już dawniej, choć pobieżnie, o nich wspominano. I tak Freud przytacza Littla[1]), który, opisując ogólne stężenie u dzieci, pierwszy wspomina o tych objawach. Little powiada: „Auch die Sprachmuskeln zeigen sich gewöhnlich ergriffen, und die Sprachstörung variirt von einer grossen Undeutlichkeit in dem Aussprechen einzelner Buchstaben bis zum vollständigen Verlust der articulirten Sprache. Manchmal ist das Sprechen schwerfällig und verlangsamt, wie auch alle anderen Willensacte, so dass uns der Kranke — Kind oder Erwachsener — an ein tardigrades Säugethier gemahnt. Andere Male ist die Sprache nervös, überhastet oder stotternd. Das Schlucken ist oft während der ersten Lebensmonate erschwert und es dauert lange, bis der Speichel in den Rachen aufgenommen wird, anstatt zum Munde herauszufliessen". (C. d. n.)

II. **Z kliniki lekarskiej prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.**

Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi w raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej [2]).

Podał
Dr. Roman Rencki
asystent kliniki.

Liczne badania drobnowidowe krwi w przebiegu raka i wrzodu okrągłego żołądka miały na celu wynalezienie pewnego sposobu do rozróżnienia od siebie tych dwu postaci chorobowych, które nieraz nasuwają poważne trudności rozpoznawcze. Zmiany krwi, spotykane często w obu tych stanach chorobowych, bywają nieraz znacznego stopnia, a odnoszą się one do: *a)* ciałek czerwonych, *b)* ciałek białych i *c)* leukocytozy trawiennej. Wyniki spostrzeżeń poszczególnych autorów w tych trzech kierunkach są tak w przebiegu raka, jak i wrzodu żołądka nadzwyczaj różne.

Dla wyjaśnienia sprawy i rozstrzygnięcia, ile możemy polegać w wątpliwych przypadkach na pomocniczem badaniu krwi, przeprowadziłem, na zlecenie prof. Gluzińskiego, szereg badań na chorych, leczonych w lwowskiej klinice lekarskiej w ciągu ubiegłego roku. Do badań tych wybierano tylko te przypadki, w których rozpoznanie istoty choroby nie ulegało żadnej wątpliwości, a opierało się na dokładnem badaniu żołądka po wydęciu, czynności jego chemicznych i ruchowych, w wielu wreszcie razach stwierdzał je wykonany następowo zabieg operacyjny. Liczbę ciałek czerwonych oznaczano przyrządem Thoma-Zeissa, a hemoglobinę przyrządem Fleischla; preparaty stałe barwiono trójbarwnikiem Ehrlicha.

W przypadkach raka żołądka większa część autorów podaje wogóle zmniejszenie liczby ciałek czerwonych *(oligocythaemia)*; inni natomiast, jak Neubert i Müller, spotykali je w większej części przypadków, a według Strauera, postępuje ono w miarę zwiększania się chery nowotworowej. Nie brak jednak spostrzeżeń, gdzie ilość ciałek czerwonych bywała prawidłowa, a nawet przekraczała poza 6 mil. (Osterpey).

Co do kształtów i postaci ciałek czerw., to spotykano ciałka małe, blado się barwiące (Malassez, Osterpey), poikilo- i mikrocyty, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby (Strauer). I polichromatofilia, ciałka czerwone jądrzaste normo- i megaloblasty (Epstein), mogą uzupełniać obraz krwi, okazującej objawy niedokrewności następowej. Jeż przypisuje normoblastom większe znaczenie rozpoznawcze, tem bardziej, że spotykał je już we wczesnych okresach raka żołądka.

Ilość hemoglobiny często ulega zmniejszeniu, a według Lakera, ma się ono pojawiać wcześniej, zanim wystąpią objawy wyniszczenia ustroju. Leichtenstern, Blindemann i Haberlin spotykali prawie zawsze zmniejszenie ilości *hgb.* poniżej 60%, a nawet 50%; sądzą więc, że oznaczenie ilościowe *hgb.* może dać ważne wskazówki rozpoznawcze dla raka żołądka. Nie tak znaczne zmniejszenie, a nawet ilości prawidłowe *hgb.*, podaje Osterpey.

Zmiennem bywa zachowanie się ciałek czerwonych w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka. I tu spotykamy się często z niedokrewnością następową, będącą wynikiem krwotoków lub niedostatecznego odżywiania ustroju. Odpowiednio do tego znajdowano zmniejszenie ilości ciałek czerwonych zmiany ich kształtu, mniejszy lub większy ubytek hemoglobiny (Laache, Fenoglio, Leichtenstern). Osterpey zauważył we wszystkich przypadkach wrzodu żołądka, bez względu na to, czy towarzyszyły im krwotoki, czy nie, zmniejszenie tak liczby ciałek czerwonych, jak i hemoglobiny. Prawidłowy skład krwi znajdował często Müller i Oppenheimer. Co do kształtu i wielkości ciałek czerwonych, to zależą one od stopnia niedokrewności. W ciężkich postaciach znachodził Grawitz liczne poikilo- i mikrocyty. Według spostrzeżeń Jeża brak normoblastów we krwi ma wielce przemawiać w wątpliwych przypadkach za wrzodem okrągłym.

Jak więc widzimy, obraz drobnowidowy krwi, odnośnie do ciałek czerwonych, w przebiegu raka i wrzodu żołądka, nie przedstawia nic charakterystycznego, a zależy tylko od stopnia wtórorzędnej niedokrewności, która towarzyszyć może jednej i drugiej chorobie.

Na 15 spostrzeganych przez nas przypadków nowotworu żołądka stwierdziliśmy 13 razy mniej lub więcej zmniejszoną ilość ciałek czerwonych. Ilość ta zależną była od stopnia niedokrewności, a pozostawała w związku z wyniszczeniem ustroju, na który wpływały długość trwania sprawy chorobowej, obecność i rozległość przerzutów. Naj-

[1]) Little podług Freuda: u Littla str. 300.

[2]) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu naukowem Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. dnia 13 października b. r. — Szczegółowe wyniki badań podane będą gdzieindziej.

większą atoli rolę odgrywał stan samego guza, a mianowicie okres rozpadu, oraz następowe krwawienia. Najmniejsza liczba ciałek czerwonych wynosiła 2·68 mil. Tylko u dwu chorych liczba ta okazała się prawidłową, to jest 4·9 i 5·1 mil.; chorzy ci cieszyli się względnie dobrem odżywieniem, pomimo że u jednego z nich stwierdzono przerzuty nowotworowe w wątrobie. W ogólności należy przyjąć na podstawie naszych spostrzeżeń, że przeważna część raków żołądka przebiega ze zmniejszeniem ilości ciałek czerw. *(oligocythaemia)*, zawisłem od powyż wspomnianych czynników, a przeciętna wartość w naszych 15-tu przypadkach wynosiła 3,875,000 ciałek czerw. Niewątpliwie jednak znaleźć możemy i liczby prawidłowe, zwłaszcza w początku sprawy chorobowej, na którego rozpoznaniu tak wielce nam zależy. Tu oznaczenie ilościowe ciałek czerw. nie daje nam żadnej wskazówki rozpoznawczej.

Odpowiednio do stopnia niedokrewności przedstawiają się barwione preparaty krwi. Tylko 4 razy stwierdzić mogliśmy postacie prawidłowe, zwykle mniej lub więcej liczne mikro- i poikilocyty, polichromatofilię, a w cięższych przypadkach (4) czerwone ciałka jądrzaste (normoblasty).

Ilość hemoglobiny tylko u jednego chorego wynosiła 90%, zawsze zaś była niższą, dochodząc do 30—25%, przeciętnie 65%. Na ilość jej wpływały te same czynniki, które wywoływały oligocytemię. Zauważyć jednak było można, że w przeważnej części przypadków, a zwykle ciężkich, oligochromemia nie zawsze szła w parze ze zmniejszeniem ilości ciałek czerw. Spadek hemoglobiny bywał większy i zachowywał się jak, we krwi blednicze. Na objaw ten zwrócił uwagę w ostatnich czasach Henry, twierdząc, że zmniejszenie liczby ciałek czerwonych nie idzie równolegle do wyniszczenia, gdy natomiast przy niedokrewności złośliwej chera nie idzie w parze z oligocytemią. Zachowanie się to jednak nie jest na podstawie naszych spostrzeżeń stałą regułą.

W przebiegu wrzodu okrągłego żołądka spotykaliśmy również zmiany patologiczne we krwi, choć nie tak stale i nie tego stopnia jak przy nowotworze. Ilość ciałek czerwonych o wiele częściej przedstawiała liczby prawidłowe, a nawet je przekraczała. Na 14 spostrzeganych przypadków wahają liczby w 7-miu — pomiędzy 4·9 a 5·15 mil.; w drugiej połowie spotykaliśmy oligocytemię, największą równą 1·30 mil. Przeciętna liczba wynosiła 4·539 mil. Ilość zależała tu od przebiegu choroby, od czasu jej trwania, a jeszcze bardziej od częstości i obfitości krwotoków. Im one są większe i częściej się powtarzają, tem szybciej spada ilość ciałek cz., jak świadczy przypadek, w którym przy 1-szem badaniu znaleziono 1·756 mil., a po 2 dniach 1·30 mil. Wrzody, którym nie towarzyszą krwotoki lub występują rzadko, mogą przebiegać i przebiegają bez objawów oligocytemii.

Kształty pojedyńczych ciałek czerwonych znaleźliśmy 9 razy prawidłowe, a w mniejszej części mniej lub więcej liczne poikilo- i mikrocyty. Trzykrotnie stwierdzić mogliśmy nadto obecność ciałek czerwonych jądrzastych (normoblasty). Interesującym pod tym względem jest przypadek, w którym znaleźliśmy je przy nieznacznej nawet niedokrewności i przy braku krwawienia. Nie może więc ich obecność (Jeż) wykluczać wrzodu okrągłego żołądka, a przemawiać za nowotworem. Są one tylko objawem niedokrewności wtórorzędnej i w przypadkach, przebiegających z częstszymi lub bardzo gwałtownymi krwotokami, zapewne nie tak rzadko spotkać się z nimi będzie można. W tych postaciach wrzodu niedokrewność może dosięgnąć nawet bardzo znacznego stopnia. Pouczającym jest nasz przypadek, w którym wśród częstych krwawień, liczba ciałek cz. spadła do 1·3 mil., a hemogl. do 19%. Mieliśmy tu we krwi wszystkie znamiona niedokrewności złośliwej postępującej, a więc liczne mikro- i poikilocyty, polichromatofilię, ciałka czerwone jądrzaste (normoblasty), a w ostatnich dniach życia obfitą ilość megalo- i gigantoblastów, okazujących różne postacie jąder. Była to jednak tylko ciężka postać niedokrewności urazowej, która stwierdzała, wbrew zdaniu Ehrlicha, że i w niej duże ciałka czerwone z jądrami pojawić się mogą.

Zawartość hemoglobiny wahała w 4 przyp. wrzodu w granicach prawidłowych (90—100%), w innych była zmniejszoną, dochodząc nawet do 19%; przeciętnie zaś wynosiła 76·2%. Te same okoliczności, które zmniejszały liczbę ciałek cz., oraz wywoływały zmianę ich postaci, były przyczyną oligochromemii.

Uwzględniając nasze wyniki badania, widzimy, że ciałka czerwone krwi w przypadkach nowotworu i wrzodu okrągłego żołądka mogą w jednych okazywać nawet stosunki prawidłowe, w innych mogą pojawiać się zmiany patologiczne, tak co do ich ilości, jak p staci, oraz zawartości hemoglobiny. Zmiany te nie mają jednak żadnych właściwych cech dla obu spraw chorobowych. Są one objawem niedokrewności, rozwijającej się, czy to jak w raku, wskutek samozakażenia, lub jak w obu razach, w następstwie niedostatecznego odżywiania, a najczęściej wskutek krwotoków. Ani więc spadek hemoglobiny poniżej 60% nie może dać wskazówek rozpoznawczych dla raka, ani obecność jądrzastych ciałek czerwonych (normoblastów) wykluczyć wrzodu okrągłego. Opierając się na naszych spostrzeżeniach, stwierdzić tylko możemy, że objawy niedokrewności są częstsze i większe przy nowotworze, aniżeli przy wrzodzie żołądka. Jedynie tylko oznaczenie wzajemnego stosunku pomiędzy ilością ciałek czerwonych a hemoglobiną, w myśl powyżej podanych uwag, mogłoby w wątpliwych przypadkach posłużyć do rozróżnienia nowotworu od ciężkiej postaci niedokrewności na tle innych zboczeń w błonie śluzowej żołądka i jelit. Ilość ciałek czerwonych większa ponad 2 mil. przy niskiej wartości hemoglobiny przemawiałaby raczej przeciw postaciom ciężkiej niedokrewności, w których ilość ciałek czerwonych zazwyczaj spada poniżej 2 mil. i ilość hemoglobiny idzie w parze z ilością ciałek czerwonych.

Ilości ciałek białych, która w fizyologicznych warunkach waha pomiędzy 6000 a 9000 w 1 mm. sz., zachowuje się w przypadkach raka żołądka nie jednolicie. Większość autorów stwierdzała zazwyczaj leukocytozę, inni (Rieder) podają ilości prawidłowe.

Przy wrzodzie żołądka ilość ciałek białych ma być zwykle prawidłowa, a leukocytoza pojawia się tylko po krwotokach.

W naszych przypadkach raka ilość ciałek białych wahała między 4100 a 8800. U dwu tylko chorych stwierdzi-

liśmy leukocytozę 11800 i 21000. Pierwszy z nich gorączkował z powodu zapalenia opłucnej na tle nowotworu przerzutowego, u drugiego pierwotnie ilość ciałek b. wynosiła 6900, a leukocytoza pojawiła się dopiero po wystąpieniu zmian nowotworowych na otrzewnej, oraz zjawieniu się wysięku w jamie brzusznej.

Rak więc żołądka nie powoduje zwiększenia ilości ciałek białych, wystąpić ono jednak może w późniejszym okresie choroby, w miarę uogólnienia się nowotworu na błony surowicze, gruczoły limfatyczne (Virchow), lub gdy, rozpadając się, daje powód do następowego zakażenia ustroju i stanu gorączkowego.

Stosunek wzajemny poszczególnych rodzajów ciałek białych w przypadkach raka żołądka, w których krew wogóle nie okazywała większych zmian, bywał prawidłowy. W innych przeważnie stwierdzić było można małe powiększenie ilości limfocytów na niekorzyść wielojądrzastych, a tylko tam, gdzie pojawiła się leukocytoza, zwiększyła się nieznacznie ilość ciałek neutrofilnych. Ciałek białych eozynochłonnych nie znaleźliśmy w 1 przypadku, — w innych 0·5—6%.

Przy wrzodzie żołądka nie stwierdziliśmy wybitniejszej zmiany tak pod względem liczby, jak i wzajemnego stosunku poszczególnych rodzajów ciałek białych. Ciałka eozynochłonne wahały pomiędzy 0·5—3%, dwa razy 6 i 9%.

Stosunek więc odsetkowy ciałek białych nie przedstawia żadnych charakterystycznych cech dla raka i wrzodu żołądka i znaczenia rozpoznawczego mieć nie może. (dok. nast.)

III. O zaburzeniach układu nerwowego, a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem[1]).

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Według wykładu mianego na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachium dnia 20 września 1899 r.).

Autorowie XVIII wieku: Bagliwiusz, Portio, Lieutaud, Pringle, van Swieten, Tissot[2]) i inni uważali za przyczynę fizyologiczno-patologiczną rażenia słonecznego pewne chorobowe zajęcie ośrodków nerwowych lub ich opon. Oznaczają oni to zajęcie bądź jako udar mózgowy, bądź też jako zapalenie mózgu, lub opon mózgowych. Krótką chociaż wzmiankę należy poświęcić równoległym, lecz odmiennym zapatrywaniom innych badaczy, którzy usiłują podminować i usunąć tę wyosobnioną naukę (*unitarische Lehre)* o rażeniu słonecznem, a natomiast dopatrują zmian chorobowych, wywołanych rażeniem słońca nie w układzie nerwowym, lecz w sercu, krwi i płucach, przyjmując jednocześnie w tych narządach rozmaite zaburzenia patologiczne i z nich wynikające objawy kliniczne. Do tych badaczy należeli w początku naszego stulecia: Steinkühl (1819 r.), później Russel, Gibson, Muat, Mc. Gregor, Shanks, Rieke, Hill, Michaelis, Johnson, Jones, Thin. W szostym i siódmym dopiero dziesiątku naszego stulecia rzuciły trochę światła na to ciemne zagadnienie badania doświadczalne Stilesa, Walthera, Vallina, Klaudyusza Bernarda, Jacubascha, Oberniera, Wooda, Marchanda i innych. Wynikiem ich badań było przekonanie się, że wpływ wysokiej ciepłoty na ciało zwierzęce wywołuje stężenie serca *(Wärmestarre).*

Jednakże mimo całej obfitości prac, odnoszących się do rażenia słonecznego i pokrewnych mu chorób, czuć się daje dotąd w literaturze angielskiej, francuskiej i niemieckiej — (polskie piśmiennictwo lekarskie nie robi tu, o ile się przekonać mogłem, wyjątku) — brak dokładniejszego oznaczenia i rozgraniczenia takich, wywołujących różne zaburzenia czynników, jak wpływ słońca, zadziałanie na ustrój wysokiej ciepłoty powietrza, nadmierna w wysokim stopniu czynność mięśni, wstrzymane i zmniejszone promieniowanie ciepła i t. d. Jak wielkie w światowej literaturze panuje pod tym względem zamieszanie, dowodzi już ta okoliczność, że rozmaici autorowie wymieniają 29 nazw rozmaitych, które służyły i po części służą dotąd ku oznaczeniu tych chorób. Przy obecnym stanie nauki, gdy istota tego schorzenia jest nam jeszcze bardzo niedokładnie znaną, byłoby rzeczą pożyteczną zaprowadzić tu jakikolwiekbądź porządek, klasyfikując te schorzenia n. p. w myśl Jacubascha z punktu wyjścia etyologicznego. Jacubasch rozróżnia w swej monografii[1]): 1) rażenie słoneczne, przez które rozumie on chorobę, wywołaną bezpośredniem działaniem promieni słonecznych, wywartem na ustrój, pozostający w spokoju; 2) rażenie gorącem (*Hitzschlag)*, zaliczając doń obraz chorobowych zaburzeń, powstających wśród marszów skutkiem kilku etyologicznych czynników, do których należą: wysoka ciepłota powietrza, przesycenie go wilgocią, zwiększona czynność mięśni[2]), oraz wstrzymane i zmniejszone promieniowanie ciepła ze strony ustroju. Jako podrzędną postać rażenia gorącem wyszczególnia on nadto chorobę, wywołaną wysoką ciepłotą powietrza[3]), łączącą się niejednokrotnie ze złą jego wentylacyą[4]). Ostatnią tę postać nazywa on rażeniem cieplnem *(Wärmeschlag)*[5]).

Po tych kilku historycznych uwagach, tyczących się rozwoju nauki o rażeniu słonecznem, oraz o czynnikach chorobotwórczych, mu pokrewnych, wracam do mego ściślejszego założenia. — Obernier kładzie w swej pracy „O ra-

[1]) W nagłówku mej rozprawy użyłem tego wyrażenia, jako mającego znaczenie najszersze. Nadmienić mi tu jednakże wypada, że opisany przezemnie przypadek odnosi się do rażenia gorącem (*Hitzschlag*).

[2]) Tissot mówiąc o rażeniu słonecznem porównywa działanie słońca do żaru ognia, który, według niego, te same może sprowadzić następstwa. W sto lat przeszło później (1877 r.) Bartens zwrócił baczną uwagę na oddziaływanie tych dwu czynników w uznania godnej swej pracy: »O wpływie promieniejącego ciepła na powstawanie chorób umysłowych« (*Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie* T. XXXIV, str. 296—314).

[1]) Sonnenstich u. Hitzschlag als Monographie bearbeitet von Dr. G. H. Jacubasch Berlin 1879.

[2]) Objawami klinicznymi tej wzmożonej czynności mięśni są, według Jacubascha, po za chemicznemi sprawami, w nich się odbywającemi i wykonywaną przez nie pracą mechaniczną: 1) przyspieszenie uderzeń tętna i częstości oddechania; 2) podniesienie się ciepłoty ciała; 3) mniej lub więcej wybitne uczucie znużenia.

[3]) Pomieniona ciepłota wywołaną tu bywa nietylko promieńmi słonecznymi, lecz równocześnie także promieniowaniem sztucznego ciepła, n. p. z kotłów i pieców w hutach, fabrykach, na parowcach i t. p.

[4]) Jacubasch opiera się tu na własnych spostrzeżeniach, na doświadczeniach lekarzy francuskich (Texiera) i angielskich (Butlera i Rocha) oraz na pracy Włocha Ozanama.

[5]) Ostatniemi czasy (1891) A. Hiller napisał uwagi godną pracę, uwzględniającą zwłaszcza etyologię i patologię rażenia gorącem.

żeniu gorącem“ główny nacisk na spowodowane niekiedy tym szkodliwym czynnikiem osłabienie układu nerwowego wogóle, a mózgu w szczególności. — Jacubasch wspomina w swej wymienionej monografii o zachodzących w następstwie tych zaburzeń znieczuleniach i nadczułości, jako też o rozmaitych rwach, nadto o porażeniach i niedowładach, występujących zwłaszcza w kończynach dolnych. Przytacza on pomiędzy innymi szczególniejszy przypadek (spostrzegany przez Thina), w którym pewien służący dostawał stale niedowładu nóg, skoro się tylko przez chwilę wystawiał na bezpośrednie działanie promieni słonecznych. Wzmianki o niedowładach i porażeniach górnych i dolnych kończyn znajdują się także w sprawozdaniach sanitarnych armii bawarskiej. Też same sprawozdania opisują także inne zaburzenia w sferze ruchowej. Żołnierz, gimnastykujący się na prężniku podczas wielkiego upału, uległ zawrotom głowy i wymiotom. W łóżku czuł się on zupełnie dobrze, natomiast stojąc, chwiał się i okazywał skłonność do padania ku stronie lewej. Prócz tego kierunek chodu chorego nie przedstawiał linii prostej, lecz zygzakowatą. Lekarz wojskowy, który chorym tym się opiekował, uważał ruch ten za ruch przymusowy i objaśnia go znacznem zaburzeniem statycznej i lokomotorycznej koordynacyi, wywołanem przypuszczalnie chorobowemi zaburzeniami w móżdżku *(ataxia cerebellaris)*. Pacyenta tego wykreślono, jako niezdatnego, z szeregów wojskowych. Podnieść tu jednakże należy z naciskiem, że w przypadku tym stwierdzono nieżyt ucha środkowego po stronie prawej i brak bębenka. Wobec tego daleko lepiej tłómaczy, według naszego mniemania, te objawy zajęcie chorobowe jamy bębenkowej z przeniesieniem się jego na labirynt.

Tu jeszcze wypada przytoczyć spostrzeżenia zaburzeń w sferze zmysłowej (słuchu i wzroku) po rażeniu słonecznem. Jak podaje Jacubasch, spostrzegali zaburzenia w wrażliwości na światło i barwy: Beard głuchotę, Darrach i Reyher ślepotę, Schmucker, Wood, Wald, Obernier, Barclay, Bartens i inni zaburzenia w odczuwaniu światła i barw. Niestety, nie wspomina Jacubasch, czy zaburzenia te polegały na anatomicznej podstawie, czyli też czynnościowej (histerycznej) były natury. Przypadek Liebla, ogłoszony w „*Wiener med. Presse*“, dotyczy wzmożonej wrażliwości nerwów ocznych. Skutkiem niej cierpiała zdrowa przedtem i nie obciążona dziedzicznie pacyentka na wzmożoną wrażliwość na światło, która się w miarę jasności światła dziennego potęgowała. Z wrażliwością tą łączył się silny bardzo kłójący i świdrujący ból głowy. Zbadanie dna oka wziernikiem nie okazało żadnej nieprawidłowości. — Sześć przypadków zapalenia siatkówki *(Neuroretinitis)*, spostrzeganych po rażeniu słonecznem, podaje Hotz *(Americ. Journ. of medical sciences* 1879. — Sprawozdanie w rocznikach Virchowa i Hirscha za rok 1879). Chorzy ci cierpieli na gwałtowne bóle głowy i zmniejszenie siły wzroku, a w jednym przypadku był połowiczy brak w polu widzenia. Wziernikowe zbadanie wykazało zapalenie nerwu i onerwia. Przyczynę tego zapalenia nerwu wzrokowego upatruje Hotz w wysięku na podstawie mózgu, który wchodził w przestwór podosłonkowy nerwu wzrokowego. Ten sam autor widział w jednym przypadku rażenia słonecznego obluzowanie się siatkówki, które, zdaniem jego, wywołane zostało przez surowicze zapalne nacieczenie naczyniówki.

I dziedzina psychiczna[1]) okazuje tu według spostrzeżeń rozmaitych autorów rozliczne zaburzenia. Tissot nadmienia, że skutkiem rażenia słonecznego mogą powstawać lekkie zboczenia umysłowości. Jacubasch robi wzmiankę o chwiejnym nastroju uczuciowości i duszy tych chorych, oraz chorobliwem przygnębieniu ich umysłu, które jest najczęstszym objawem psycho-patologicznym u tych chorych. Dalej przytacza on, powołując się na Schmuckera, Wooda, Walda, Oberniera, Barclaya, Bartensa i innych, nieprawidłowości w percepcyi światła i barw, jako też złudzenia i urojenia w zakresie wzroku i słuchu, nadto bredzenie i niedorzeczne idee. Wreszcie mówi Jacubasch o zachodzącym w przypadkach tych braku ześrodkowania uwagi i osłabieniu pamięci; to ostatnie zboczenie zauważył także Arndt po rażeniu gorącem. W innych, podanych przez Grisolla, Jörga, Neviera, Hirschfelda, Delacouxa przypadkach, w których następowało po przebyciu rażenia słonecznego (względnie rażenia gorącem) uprzykrzenie życia, wiodące do samobójstwa, wszystkie najgłówniejsze sfery psychiczne zdawały się być patologicznie dotknięte. O nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem i pokrewnymi mu wpływami szkodliwymi, znalazłem w piśmiennictwie luźne i niedokładne jedynie wzmianki. Krótkie uwagi o padaczce, wywołanej słonecznem rażeniem, znajdujemy w dziele Esquirola, traktującem o obłąkaniu, oraz w patologii porównawczej Heusingera. Sprawozdania o stanie sanitarnym wojska niemieckiego podczas wyprawy przeciwko Francyi (1870—71 r.), wymieniają krótko cztery przypadki padaczki, które zaszły wśród wielkich upałów i wytężającego marszu lub wyczerpującej jazdy. Do pierwszego, drugiego i czwartego przypadku dołączoną została wzmianka, że chorzy ci byli poprzednio zupełnie zdrowi, względnie, że nie byli dziedzicznie obciążeni. W sprawozdaniach ze stanu zdrowia armii bawarskiej, obejmujących lata 1884—1896, znajdujemy cztery takie przypadki; w sprawozdaniach zaś ze stanu zdrowia armii pruskiej został opisany jeden przypadek padaczki, jako następstwo rażenia gorącem *(Hitzschlag)*. W przytoczonych sprawozdaniach jest także mowa o przypadku tężyczki, w którym stwierdzono obustronnie znak Trousseaua. Do innych nerwic, wywołanych rażeniami, należą: niedomoga nerwowa i histerya. — Strange (przytocz. u Meissnera) opisał przypadek niedomogi nerwowej, którego objawami głównymi były bezsenność i trwające przez pewien czas osłabienie pamięci. Polepszenie postępowało zwolna; zastósowanie elektryczności przyspieszyło znacznie wyzdrowienie, które nastąpiło po upływie mniej więcej trzech tygodni. Tu należy także opisany przez F. Müllera przypadek niedomogi nerwowej, który odznaczał się ogólnem osłabieniem, lękiem, bólem głowy, gwałtownemi wymiotami, oraz drżączką w rękach i nogach. Podany przez Wernickego przypadek niedomogi nerwowej należy uważać nie za wywołany przez rażenie gorącem *(Hitzschlag)*, lecz przez rażenie cieplne *(Wärmeschlag)*. Pacyent Wernickego, palacz okrętowy, uległ porażeniu cieplnemu podczas przeprawy przez morze Czerwone, przyczem stracił przytomność. Przez pięć następnych tygodni nie odczuwał on żadnych dolegliwości; nagle dostał w nocy zawrotów głowy, na które, oraz na bóle głowy i ogólne

[1]) Dotykam jej tu (pomijając psychozy właściwe), ponieważ zaburzenia psychiczne stanowią pewien rys charakterystyczny nerwic.

osłabienie odtąd cierpiał. Badanie tego chorego wykazało wejrzenie bardzo schorzałe, drżenie kończyn, osobliwie po stronie prawej i obniżenie czucia skórnego po tej samej stronie ciała. Chory zdradzał początkowo zupełny brak czucia skórnego. Zastosowanie przetworów żelaza i galwanizacya grzbietu spowodowały lekkie polepszenie. — O zaburzeniach podobnych do histeryi (w następstwie rażenia słonecznego) pisze pomiędzy innymi Bullar (przytocz. u Meissnera). Bullar spostrzegał pięć tu należących przypadków. Zauważył on w ich przebiegu silny ból głowy, bezsenność, lęki, niepokój, po części mdłości i wymioty, wielkie osłabienie, kołatanie serca, zboczenia wzrokowe (bliżej nieokreślone przez Meissnera) i bóle w grzbiecie. Inny przypadek histeryi przytacza pobieżnie także Loewenfeld, nadmieniając krótko, że dziewczyna, pracująca przez kilka dni w polu wśród wielkiego upału, dostała napadów histerycznych. Pacyentka ta nigdy przedtem nie chorowała na histeryę. Loewenfeld przytacza także przypadek histeryi, spostrzegany przez Leucha (po rażeniu słonecznem), w którym chory, leżąc na słońcu, nabawił się napadu histerycznego. Przypadek katalepsyi[1]), spostrzegany przez Sievekinga, przytacza Jacubasch: w pięć dni po przebyciu rażenia słonecznego stężały u chorego chłopca członki i zatrzymywały w tem stężeniu każdą nadaną im postawę. Ullmann zauważył po rażeniu gorącem nerwicę nerwu błędnego. Najbardziej rzucającym się w oczy objawem było tu nadzwyczajne przyspieszenie oddechu. Podobny przypadek nerwicy spostrzegał, według Jacubascha, także Siedamgrotzcki. Jacubasch przypuszcza, że wzmiankowane przyspieszenie oddechu mogło być wywołane wybroczeniem krwi w onerwie nerwu błędnego. Tu należy także sześć przypadków nerwic serca, bliżej niestety nieokreślonych, o których krótka jedynie znajduje się wzmianka w sprawozdaniach o stanie zdrowia w armii bawarskiej za lata 1891—1893.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z oddziału chorób wewnętrznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*). Kilka uwag w sprawie istoty charłactwa rakowego.

Podał
Dr. Antoni Krokiewicz
Prymaryusz.

(Dokończenie).

Nie mniej jak istota charłactwa rakowego ciemną jest i etyologia nowotworów rakowych i pod tym względem istnieją różne zapatrywania w nauce. I tak, odnoszą powstawanie nowotworów rakowych: 1) do zbłąkanych ognisk z życia płodowego (Cohnheim); 2) do usposobienia, zależnego od wieku i od odziedziczania (Paget); 3) do ustawicznego lub jednorazowego podrażnienia tkanek (t. z. Reiztheorie); 4) do tła pasorzytniczego; 5) do skazy krwi (dyskrazyi) ogólnej i miejscowej (Rokitańsky); 6) do możliwej przemiany nowotworu dobrotliwego w złośliwy. Najwięcej zwolenników zyskała w ostatnich czasach teorya pasorzytnicza, jako najwdzięczniejsza do wytłómaczenia zjawisk klinicznych charłactwa rakowego. Zrazu przypuszczano w nowotworach rakowych obecność bakteryj (Scheuerlen, Schill, Kubassow, Franke), co jednak już dziś, — podobnie jak ciałka Russela, — należy do historyi. Następnie zwrócono się do tworów pasorzytniczych wyżej uorganizowanych, do t. zw. *sporozoa*, *coccidia* etc; tak n. p. Kurłow, Korottneff wspominają o pasorzycie raka w 3 postaciach: 1) jako gregarina, 2) jako coccidia, 3) jako amoeba. Soudakewitsch, Metschnikoff, Burchardt, Foa, Clarke, Ruffer, Walker etc. — zauważyli twory swoiste dla raków już to w pierwoszczy, już to w jądrze komórki rakowej. Najdalej poszli L. Pfeiffer i Adamkiewicz, uważając same komórki rakowe za pasorzyty.

Natomiast przeciwko tej teoryi pasorzytniczej wystąpili: Steinhaus, Langhans, Neisser, Karg, Ribbert, Unna etc., gdyż albo powyżej wspomnianych tworów nie mogli nigdy dopatrzeć, pomimo skrzętnego poszukiwania, lub też twory te uważali za zwyrodniałe części komórki, dalej, że podobne zawartości komórkowe, jak wyżej opisane w rakach, spotkać można i w nowotworach dobrotliwych, n. p. brodawczakach, gruczolakach etc.; że one tylko stwierdzić się dają na stwardniałych preparatach, wreszcie, że najwięcej tych tworów znajduje się w częściach zwyrodniałych, podczas gdy w świeżych przerzutach nigdy ich nie można wykazać.

Bądź co bądź, teorya pasorzytnicza raka nie zyskała dotychczas obywatelstwa w świecie naukowym. Zwolennicy teoryi pasorzytniczej polegają na udanych, choć skąpych doświadczeniach przeszczepiania cząstek nowotworów rakowych na szczurach (Hanau. *Fortschritte der Medicin*, 1889), psach (Wehr), na ludziach dotkniętych rakiem (Hahn, Bergmann, Cornil); zdaniem naszem jednak fakt ten słusznie z Hanauem można wytłómaczyć nie teoryą pasorzytniczą raka, lecz tylko udałymi przerzutami. Również i spostrzeżenia oddzielne, iż niekiedy na tle sporozoów może przyjść do bujania przyskórka, niczego nie dowodzą; musimy się bowiem liczyć z tą okolicznością, wiadomą już od badań Thierscha, że na budowę raka składają się dwie tkanki zupełnie odrębne co do przyrody histogenetycznej, t. j. tkanka przybłonkowa i tkanka łączna, że więc utkanie rakowe przedstawia nam poniekąd jakby narząd patologiczny, świeżo wytworzony na obcym mu gruncie, a dotychczas niema znanego w patologii faktu, aby jedna i ta sama przyczyna zdolna była wywołać tak zawikłaną sprawę chorobową.

Gdzież więc leży źródło tego charłactwa rakowego? Budowa anatomiczna nie wiele nam rzecz wyświeci. Według Virchowa komórka rakowa, jako taka, nie przedstawia żadnych cech charakterystycznych; jest to komórka przybłonkowa („Zur Diagnose u. Prognose der Carcinoms". *Virch. Archiv.* Bd III. S. I.), skoro tenże powiada: ... „die Krebszelle nicht das Mindeste an sich hat, woran man erkennen kann, dass sie zu einem Krebs u. nicht zu gewöhnlichem Epithel gehört". Inni natomiast dopatrują się swoistej własności komórki rakowej, jak Hauser (Das Cylinderepithelcarcinom des Magens u. des Dickdarms. Jena 1890),

---

[1]) Uwaga Tissota, że po rażeniu słonecznem zachodzi niekiedy sztywność w ramionach, udach, kolanach i okolicy biodrowej, zdaje się także przemawiać za katalepsyą.

Hanau (Erfolgreiche experimentelle Uibertragung von Carcinom. *Fortschritte der Med.* Bd. VIII. S. 321), Hansemann (Studien über die Specifität, den Altruismus u. die Anaplasie der Zellen. Berlin 1893); — poglądy ich jednak nie wytrzymują krytyki naukowej. Musimy się zatem zwrócić do czynności fizyologicznej, a względnie funkcyonalnej, komórki rakowej.

Według dotychczasowych wiadomości (Lubarsch. Hyperplasie u. Geschwülste, 1895) komórki rakowe okazują własności komórki macierzystej — i w wielu przypadkach można wykazać, że zgadzają się z komórką macierzystą nie tylko co do własności morfologicznych, ale i fizyologicznych, a niekiedy i funkcyonalnych, i to, jeśli nowotwór rakowy zajmuje te narządy, które mają za zadanie ogólną czynność regulowania przemiany materyi. I tak, przy rozległym raku trzustki może nie być objawów cukrzycy (*diabetes*), podobnie i przy rozległym raku gruczołu tarczykowego może nie wystąpić *cachexia strumipriva*. Dowodzi to, że raz komórki przybłonkowe okazują zdolność regulacyjną zużywania cukru, a drugi raz niszczenia szkodliwych istot przemiany materyi w ustroju. Czynność jednak komórki rakowej nie jest zupełnie identyczną z czynnością komórki macierzystej gruczołu. Przemawia za tem klasyczny przypadek Eiselsberga (Uiber physiologische Function einer im Sternum zur Entwickelung gekommenen krebsigen Schilddrüsenmetastase. *Archiv. f. klin. Chirurg.* Bd. 48), gdzie po wyjęciu w całości gruczolaka gruczołu tarczykowego (Adenoma gl. thyreoideae), pojawiły się z początku objawy *cachexiae strumiprivae*, które jednak w miarę powstania przerzutu nowotworowego w mostku ustąpiły. Skoro po kilku latach wycięto mostek, wystąpiła w 9 dni po operacyi silna tężyczka (tetania), która znikała w miarę wzmagających się objawów *cachexiae strumiprivae*, pomimo, że znów świeży przerzut nowotworowy rozwijał się w łopatce. Przypadek ten zatem stwierdza, że tylko końcowy, ostateczny wynik działania komórki nowotworowej, t. j. zdolność do pewnego stopnia wyeliminowania istot szkodliwych, jest ten sam w wielkiem przybliżeniu, co komórek gruczołu tarczykowego, ale nie stwierdza, aby tak w komórce nowotworowej gruczołu tarczykowego, jak i w komórce fizyologicznej przybłonkowej jego ta sama odbywała się przemiana materyi. Toż samo się odnosi i do nowotworów złośliwych innych narządów, n. p. nadnerczy. Jeśli bowiem komórki złośliwych nowotworów nadnerczy usuwają szkodliwe istoty dla ustroju w ten sposób, że z nich wytwarzają glikogen, to wynik końcowy jest taki sam, jak przy prawidłowej czynności komórek nadnercza, ale czynność chemiczna jest wręcz odrębną, skoro prawidłowe komórki nadnercza niszczą szkodliwe istoty dla ustroju bez wytworzenia glikogenu. Toż samo i w rakach trzustki etc. Nie jest więc wykluczonem, lecz owszem, zdaniem naszem, pewną jest rzeczą, iż ta komórka rakowa, makroskopowo nie różniąca się niczem od komórki macierzystej, odznacza się przecież inną czynnością chemiczną.

A jeśli tak, to i wytłómaczenie istoty charłactwa rakowego z wszelkiem prawdopodobieństwem odnieść należy do odmiennej funkcyi komórki rakowej w wielu względach od komórki macierzystej, a nie do teoryi pasorzytniczej. Wytwory uboczne nieprawidłowej przemiany pierwoszcza komórek rakowych dostają się do krwi, nagromadzają się w niej, zmieniając jej skład nie tyle ze stanowiska morfologicznego, co chemicznego. Wskutek zmienionego składu krwi ze względu chemicznego i ogólna odnowa ustroju cierpi. Potwierdzają to zapatrywanie przypadki, w których w przebiegu raków przychodzi do objawów śpiączki *(coma)*, przypominającej napad mocznicy *(uraemii)*, lub śpiączki w przebiegu cukrzycy (*coma diabeticum)*, a kiedy w moczu jakby analogicznie można stwierdzić acetonurię lub diaceturię (Klemperer, Jaksch) lub też kwas oxy-β-masłowy — lub gdzie przychodzi do porażeń połowiczych (Oppenheim), dla których sekcya nie wykazuje tła anatomicznego. Przemawia za tem i zmniejszona alkalescencya krwi, której przyczynę odnosi Limbeck do dopływu kwaśnych produktów z nowotworu i do utlenianych kwasów tłuszczowych.

Jeśli uwzględnimy, że do powstania nowotworu rakowego potrzeba nieodzownie zmniejszenia fizyologicznej odporności tkanek, gdyż wtedy dopiero komórka przybłonkowa, wyposażona z natury swej silniejszą zdolnością histogenetyczną i odrodczą, pod wpływem zadziałania jakiegokolwiek bodźca, może bujać atypowo na koszt innych tkanek i tworzyć ogniska nowotworowe — łatwo wytłómaczyć, dlaczego w jednym przypadku przy nieznacznych zmianach miejscowych nowotworowych rakowych, a stosunkowo znacznym rozpadzie krwi, w drugim zaś przypadku przy rozległych zmianach nowotworowych, a względnie nieznacznym rozpadzie ciałek czerwonych, następuje zejście śmiertelne. W przypadkach bowiem raka przewlekłego ustrój poprzednio wyniszczony innemi sprawami chorobowemi ulega zwolna ale ciągle zatruciu małemi dawkami wytworów wstecznej przemiany z komórek nowotworowych i, wskutek tego powolnego a stałego zatruwania, krew okazuje mniej lub bardziej znaczne zmiany; przeciwnie w przypadkach raka o szybkim, przyostrym przebiegu, gdzie odrazu przez większe dawki tych wytworów przemiany materyi komórek rakowych ustrój ulega rychłemu zatruciu, i gdzie jeszcze za krótki czas, aby zdolność odnowy krwi w zbyt znacznym stopniu upośledzić. To też, zdaniem naszem, charłactwo rakowe przypomina nam bardzo, co do przebiegu klinicznego, charłactwo morfinowe. Wogóle, na podstawie wyników badania hematologicznego w przypadkach raka narządu trawienia i uwzględnienia krytycznego wszystkich teoryj, mających na celu wyświetlenie istoty charłactwa rakowego, najbardziej przychylamy się do zapatrywania Pillieta z tem zastrzeżeniem, że charłactwo rakowe jest wynikiem zatruwania krwi wogóle ubocznymi, nieprawidłowymi wytworami przemiany wstecznej komórek nowotworowych.

V. Oceny i sprawozdania.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. In Rücksicht auf allgemeine ärztliche Gesichtspunkte. Herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen in Wiesbaden.

III. Band, Heft 8. Die frischen Entzündungen der Rachenhöhle und des lymphatischen Rachenringes (mit Ausschluss der Diphterie), ihre Ursachen und ihre Behandlung. Von Dr. M. Bresgen. Verlag Carl Marhold. Halle a. S.

We wstępie wypowiada autor pojmowanie sprawy „zaziębienia", zgodnie z nowoczesnemi zapatrywaniami, ocenia trafnie etylogiczne znaczenie tego czynnika, poczem wyłuszcza objawy, dolegliwości i następstwa świeżych, pierwotnych i następowych zapaleń gardła. Szczególnej kładzie

nacisk B. na zmiany zwiastunowe na błonie śluzowej gardła i podniebienia, poprzedzające choroby zakaźne, gdyż wczesne ich rozpoznanie i słuszne ocenienie umożebnia zapobieżenie udzieleniu się zarazka otoczeniu. Omawiając następowe zaburzenia ze strony nosa, ucha i krtani, wtrąca autor niektóre cenne wskazówki, tyczące się sposobu badania tych narządów. Na końcu znajdujemy, obok leczenia, kilka bardzo godnych polecenia zabiegów w celu zapobiegania tak częstym nawrotom chorób gardła, przez zwalczanie istniejącego do nich usposobienia. Nie jeden lekarz przeczyta książeczkę tę z pożytkiem i zadowoleniem.

Co do języka, to autor hołduje często dziś w literaturze niemieckiej spostrzeganej staranności unikania wszelkich wyrazów technicznych, pochodzących z języków: greckiego, czy łacińskiego; w tem dążeniu spotykają się pewni pisarze niemieccy z niektórymi autorami naszymi, którzy również troskliwie unikają obcych wyrazów technicznych. Na takie dążenie różnie się można zapatrywać; ja pod tym względem zgadzam się najzupełniej z ś. p. prof. Oettingerem, znakomitym uczonym i znawcą naszego języka, który w 40 tomie „Rocznika Tow. nauk. krak." z r. 1868, w rozprawie, poświęconej czystości języka polskiego, pisze: „nie tyle stawam w obronie czystości li wyrazowej, która, jeżeli jest stosowana z przesadą, więcej może szkody, niż korzyści przynosi, ile samego ducha języka, stanowiącego istotne jego znamię i nadającego mu dopiero siłę i wdzięk rodzimy".

Według mego mniemania takie przesadne wyrugowanie z literatury naukowej wyrazów klasycznych, utartych i znanych powszechnie w piśmiennictwie międzynarodowem, i zastąpienie ich *à tout prix* nowymi, wyszukanymi, byle tylko swojskimi, musi szkodzić nie tylko językowi, ale i literaturze, a szczególnie nauce międzynarodowej. I tak, każdy lekarz polski i niemiecki zdoła zrozumieć każde dzieło lekarskie, pisane w francuskim, włoskim lub angielskim języku, o ile on wogóle tymi językami włada. Nie zaś odwrotnie, gdyż lekarz francuski, angielski i t. p., nawet rozumiejąc po polsku i po niemiecku, nie jest w stanie rozumieć pracy lekarskiej w jednym z tych języków pisanej, o ile nie uczył się specyalnie medycyny po polsku, względnie po niemiecku. Ba, nawet nie jeden polski lekarz, doskonale władający ojczystym językiem, jeżeli kształcił się w medycynie za granicą, nie potrafi zrozumieć pracy lekarskiej polskiej. By się lepiej dać rozumieć przytaczam przykład. Pewne wyrazy, jak Syphilis, Empyema, Skorbut, Blennorrhoe, Otorrhoea, Oedema, Reaction, Sepsis i t p. znajdujemy niezmienione albo mało zmienione w literaturze francuskiej, włoskiej, angielskiej i każdy lekarz z całego świata je rozumie, w jakiejbądź pracy je spotkawszy. Przekładając zaś te wyrazy na czysto swojskie, narodowe, utrudniamy nadzwyczaj cudzoziemcom, nawet obeznanym zresztą z naszym językiem, zrozumienie naszych dzieł i prac polskich, względnie niemieckich. Takie nowe, sztuczne wyrazy stawiają tylko hamujące baryery dla wzajemnego poznania i porozumienia się i pośrednio też dla postępu nauki. Przecież nie znajdujemy podobnego dążenia do oczyszczania języka ojczystego od wyrazów technicznych klasycznych w języku francuskim, włoskim itd. I tak n. p. każdy lekarz włoski, polski itd., rozumiejący po niemiecku, rozumie też wyraz: Ary-epiglottische Falten, nie zaś Stellknorpel-Kehldeckelfalten i t. p., jeżeli ten lekarz nie uczył się specyalnie laryngoskopii po niemiecku. Taka przesadna mania czyszczenia, albo jak Niemcy powiadają: „Purificationsmanie", wydaje mi się jako zwyrodnienie poczucia narodowego, z prawdziwym patryotyzmem nic wspólnego nie mające [1]). — Utrudnia ona nadzwyczaj studyum i poznanie wzajemne literatury i czyni niezbędnem używanie specyalnych języków.

Wszystko, co ludzi od siebie oddala i oddziela i wzajemne porozumienie utrudnia, jest szkodliwem, a przedewszystkiem w sprawach naukowych. Nauka wogóle, a najszczególniej nauka przyrodnicza i lekarska musi i powinna zostać międzynarodową i każde usiłowanie ścieśnienia jej, choćby tylko co do zewnętrznej jej formy, w ciasne ramy pewnej, choćby najsławniejszej narodowości, może tylko wyjść z ujmą dla ludzkości i nauki. *Sp.*

[1]) Jest to osobiste zdanie p. sprawozdawcy (*Red.*)

VI. Wyciągi.

Blaschko. **Sprawozdanie z międzynarodowej konferencyi w sprawie zapobiegania kile i chorobom wenerycznym.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1899 Nr. 39. — Vereins-Beilage Nr. 37). Międzynarodowa konferencya w sprawie zapobiegania kile i chorobom wenerycznym odbyła się 4—8 września b. r. w Brukseli, głównie dzięki zabiegom Dr. Dubois-Havenith. Brali w niej udział także i laicy, których zaproszono ze względu na doniosłość społeczną sprawy. Głównym punktem obrad była sprawa uregulowania prostytucyi, która pomimo toczących się od lat 30 słowem i piórem sporów, nie została dotąd pomyślnie rozwiązaną. Z natury rzeczy nie mogła i brukselska konferencya zagadnienia tego rozwiązać stanowczo, ani powziąć żadnej uchwały; niemniej jednak ma konferencya tę wielką zasługę, że rozwiązanie tego zagadnienia na przyszłość przygotowała, gromadząc olbrzymi materyał statystyczny, dotyczący prostytucyi, jej rozszerzania się i uregulowania, oraz częstości chorób wenerycznych i sposobów ich zwalczania, — opracowany przez pierwszorzędne siły zawodowe. Niestety z zestawienia tego materyału przekonać się można było, że dotychczasowe próby uregulowania stosunków prostytucyi wydały ze względu na rozszerzanie się chorób wenerycznych wyniki bardzo niedostateczne, a wartość ich jest w każdym razie jeszcze sporną. Stąd też z wyników tych badań statystycznych starali się wysnuć wnioski na swoją korzyść zarówno abolicyoniści, tj. przeciwnicy unormowania stosunków prostytucyi, jak i jego zwolennicy, przyczem cyfry zdawały się przemawiać raczej w myśl pierwszych. I tak w Anglii od czasu zniesienia przepisów, dotyczących prostytucyi, częstość kiły zdaje się stale zmniejszać, we Włoszech podobne postępowanie nie wydało tych złych skutków, jakich się obawiano, a istniejący tam obecnie system pośredni Nicotery zdaje się nie działać gorzej od dawniejszych przepisów. W Norwegii również, gdzie od 10 lat prostytucya nie jest przepisami ściśle ujętą, nie wykazuje statystyka przyrostu chorób wenerycznych. Na podstawie takich danych domagali się też abolicyoniści (Fiaux z Paryża, Augagneur z Lyonu, a nawet Hutchinson) zniesienia ścisłego nadzoru nad prostytucyą, pragnąc natomiast rozpowszechnić system dobrowolnego, bezpłatnego i każdemu choremu płci obojej dostępnego leczenia się z chorób wenerycznych. Hutchinson przypisuje poprawę stosunków w Anglii podniesieniu się ogólnego poziomu umysłowego i etycznego, większemu umoralnieniu młodzieży, ale także lepszemu wykształceniu lekarzy i chętniejszemu leczeniu się ludności. Te pośrednie, zwolna lecz pewnie działające czynniki uważa H. za czynniki potężniejsze w walce z chorobami wenerycznemi, niż nieobliczalne w skutkach rozporządzenia policyjne. Przeciwnie Fournier trzyma się zasady: „Im więcej źródeł zakażenia zdoła się usunąć, tem rzadsze muszą być dalsze zakażenia", na co zresztą abolicyoniści oświadczyli, że doniosłość tej zasady w praktyce słabnie lub znika przez rozmaite wpływy uboczne.

Zwolennicy nadzoru nad prostytucyą, przeważający liczebnie nad abolicyonistami, podali na konferencyi cały szereg sposobów, mających poprawić istniejące już urządzenia. Nie brakło pomysłów, zgoła niewykonalnych, jak np. aby prostytutki w ciągu tego czasu, gdy mogą być źródłem zakażenia (a więc przez 2—3 lat) przetrzymywać w zamkniętych zakładach, lub też, aby każdego chorego na kiłę, bez względu na płeć, poddać jaknajściślejszemu nadzorowi lekarskiemu i policyjnemu. Praktyczniejsze już były wnioski: Mireura, aby prostytutki w domach publicznych nadzoro-

wać bardzo surowo, prostytucyi zaś rozproszonej wcale nie nadzorować, coby było wskazówką i ostrzeżeniem dla publiczności; Sterna, pragnącego poddać prostytutki zarażone ścisłemu nadzorowi lekarzy, zawodowo w chorobach wenerycznych wykształconych; wreszcie projekt ustawy, opracowany dla Norwergii, przepisujący w danym razie przymusowe leczenie w szpitalu, a wychodzący ze stanowiska równych praw i obowiązków dla obojga płci.

Wreszcie z wielu stron podawano plan, podobny do tego, jaki Blaschko opracował już w r. 1892, mianowicie żądano, aby oddzielić nadzór sanitarny od nadzoru obyczajowego, a oddając nadzór sanitarny całkowicie w ręce lekarzy i łącząc go z leczeniem, przenieść do szpitali i t. d. Żądania te poparte były stwierdzeniem przez kilku uczniów Fourniera dawniej już przez Sperka uczynionego spostrzeżenia, że najczęstsze i najzakaźniejsze przejawy kiły występują u prostytutek młodych, świeżo lub czas dopiero niedługi oddających się prostytucyi, większość zaś prostytutek, dłuższy czas, jako takie, zapisanych, jest względnie zdrowa. Wprawdzie w Niemczech, jak zauważa Blaschko, stosunki te przedstawiają się nieco inaczej, niż we Francyi; ale i w Niemczech przeważnie nie zwraca się uwagi na młodsze prostytutki, poddając tylko starsze, niewątpliwie zawodowe nierządnice, kontroli i badaniu wówczas, gdy minął okres, w którym ze względu na rozszerzanie zakażenia są one najniebezpieczniejsze. Ze stanowiska sanitarnego zaś powinnoby się przeciwnie tylko początkujące prostytutki ściśle nadzorować i leczyć, starsze zaś, obchodzące właściwie tylko policyę, możnaby przeważnie uwolnić z pod nadzoru lekarskiego.

Oczywiście wobec silnie zarysowanych przeciwieństw między abolicyonistami a tzw. reglementarystami nie mogła konferencya brukselska uchwalić żadnej rezolucyi w sprawie nadzoru nad prostytucyą. Natomiast uchwalono zalecić rządom energiczne zwalczanie prostytucyi u małoletnich, opiekę nad sierotami, stósowne moralne wychowywanie młodzieży męskiej, pouczanie jej o niebezpieczeństwach, jakimi grozi prostytucya i choroby weneryczne, — i t. p. *„pia desideria“*, przeważnie nie leżące w mocy rządów. — Natomiast większe znaczenie ma rezolucya, żądająca staranniejszego nauczania syfilidologii i t. d. w czasie studyów lekarskich, objęcia tego przedmiotu obowiązkowymi egzaminami, wreszcie zaprowadzenia jednolitej statystyki chorób wenerycznych.

Na wniosek Fourniera uchwalono też założyć *„Société de prophylaxie sanitaire et morale“*, rozporządzające własnem czasopismem i urządzające swoje zebrania co 3 lata w Brukseli.

Konferencya brukselska pozostawia też cenny ślad swej działalności w postaci nagromadzonych materyałów statystycznych, które mają w całości ukazać się drukiem i stanowić będą znakomitą pomoc we wszelkich badaniach sprawy prostytucyi i chorób wenerycznych. Między innymi zasługuje na uwagę stwierdzony przez tę statystykę fakt, że niektóre państwa (Szwecya w ciągu lat 50, Bosnia i Hercegowina w ciągu lat tylko 10, a także Norwergia i Bułgarya) osiągnęły wybitne wyniki w zwalczaniu kiły zapomocą leczenia bezpłatnego w szpitalach. Podobną ustawę wprowadzono w r. z także na Węgrzech, zapewniając leczenie szpitalne chorym niezamożnym bezpłatnie także wówczas, gdyby odnośna Kasa chorych kosztów leczenia pokryć nie chciała. *Z.*

C. Oppenheimer. **O dogodnej metodzie, służącej do wykrycia acetonu w moczu i innych cieczach ustroju.** *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 38, 1899). Denigès opisał połączenie acetonu z siarkanem rtęciowym, które, zdaniem jego, mogło posłużyć do jakościowego wykrycia acetonu, jak również do oznaczenia jego ilości w rozczynach wodnych i wyskokowych. Autor wykazał swego czasu, iż metoda Denigèsa nie jest bez zarzutu, a obecnie udało mu się metodę tę zmodyfikować i usunąć błędy przy zastósowaniu pewnych ostrożności. W tej modyfikacyi zaleca ją autor jako czułą, w szczególności dla klinicysty przydatną, gdyż nie wymaga wielkiego zachodu, ani przyrządów skomplikowanych i da się szybko wykonać. W tym kierunku przewyższa próbę jodoformową na aceton, pomijając już wiadomy fakt, iż ta ostatnia nie jest dla acetonu charakterystyczną z tego powodu, że odczyn ten powstaje i z innemi połączeniami, jak n. p. z wyskokiem. Sposobem autora można jeszcze wykryć aceton w rozczynie wodnym 1: 300.000. Celem wykrycia acetonu w moczu postępujemy w sposób następujący: przedewszystkiem należy przyrządzić odczynnik w ten sposób, iż 200 ctm.³ zgęszczonego kwasu siarkowego wlewamy cienkim strumieniem do 100 ctm.³ wody przekroplonej, a w otrzymanym kwasie siarkowym rozcieńczonym rozpuszczamy 50 grm. tlenku rtęciowego żółtego (przez strącenie otrzymanego), pozostawiamy przez 24 godzin w spokoju, a następnie w tym czasie przesączamy. Przystępując do wykonania próby na aceton, bierzemy około 3 ctm.³ moczu (niesączonego) i dodajemy ostrożnie kroplami powyższego odczynnika. W moczu, zawierającym wiele białka, powstaje zmętnienie natychmiast, podczas gdy w moczu normalnym zmętnienie to powstaje dopiero po dodaniu większej ilości odczynnika. W każdym więc razie po dalszem dolewaniu kroplami odczynnika do próbki moczu powstaje osad, pochodzący od kwasu moczowego, kreatyny, kw. oksyproteinowego i t. p. Jeżeli osad się dalej nie zwiększa, dolewamy jeszcze kilka kropel odczynnika, a po zamięszaniu pozostawiamy do 3 m. w spokoju, a następnie odsącza się ciecz przez sączek z grubej bibuły. Gdyby odsącz był mętny, należy go raz jeszcze przelać na sączek. Do zupełnie czystego przesączu dodajemy koło 2 ctm.³ odczynnika powyższego, następnie 2—4 ctm.³ kwasu siarkowego 30% i ogrzewamy lekko na płomieniu, albo lepiej jeszcze w łaźni wodnej. Jeżeli po 2—3 m. trwającem ogrzewaniu powstaje osad gęsty, biały, natenczas obecny jest aceton w większej ilości, gdy zaś po 3—4 m. powstaje zmącenie, ilość jego jest małą (1: 50000). Osad powstały rozpuszcza się w nadmiarze kwasu solnego prawie całkowicie. Próbę tę można wykonać w 5—7 minutach przy pomocy paru próbówek i lejka. Co do wykonania próby, zwraca autor uwagę na to, iż należy ją uskuteczniać ściśle w sposób opisany, gdyż w przeciwnym razie narazić się można na omyłki i błędny wynik badania. Osad biały siarkanu acetonowo-rtęciowego wydziela się tylko z rozcieńczonych rozczynów acetonu. Po drugie należy użyć dostatecznej ilości odczynnika (nadmiar), gdyż w przeciwnym razie odsącz mętnieje już bez ogrzewania, co się tłómaczy działaniem odtleniającem, jakiemu ulega sól rtęciowa, lub też spowodowane być może obecnością kwasu oksyproteinowego. Co do pytania, czy ta metoda jest charakterystyczną, to autor, badając w tym kierunku, zauważył, że kwas acetonowy ze wspomnianym odczynnikiem daje ten sam odczyn, a to z tego powodu, gdyż kwas ten rozszczepia się w zetknięciu z kwasami na aceton. Podobnie jak w moczu, tak i we krwi można tą próbą wykryć aceton; ilość krwi potrzebnej wynosi koło 3 ctm.³ — Ilościowe oznaczenie acetonu na zasadzie wspomnianej metody jakościowej nie jest, jak autor to dowodzi, zupełnie bez zarzutu; ponieważ jednak dla klinicysty czułość na miligramy jest wystarczającą, więc ją do tych celów polecić może. Przystępując do ilościowego oznaczenia acetonu w moczu, należy przedtem ocenić jego ilość próbą jakościową i sądząc z ilości osadu utworzonego, wziąć do ilościowego oznaczenia 5 do 25 ctm.³ moczu. Odmierzoną ilość moczu zaprawia się nadmiarem odczynnika powyżej wspomnianego (w sposób opisany przy jakościowem wykryciu), utworzony osad odsącza się, wymywa go na sączku małą ilością wody, a przesącz zakwasza się kwasem siarkowym i zaprawia takowy 25—30 ctm.³ odczynnika i 25—30 ctm.³ wody. Ciecz tę wlewamy do flaszki zwykłej, jednak o grubych ścianach, flaszkę zatyka się szczelnie korkiem, zawiązuje i ogrzewa w wrzącej łaźni wodnej przez ½ godz. Następnie zbiera się wydzielony osad na sączku odważonym, lub też lepiej jeszcze w tygielku Goocha nad asbestem przy

użyciu pompy, wymywa się go dokładnie wodą zimną, następnie wyskokiem, a w końcu eterem, suszy się przy 105 do 115° do stałego ciężaru i odważa. Ciężar osadu pomnożony przez współczynnik (faktor) 0·055, daje nam ilość acetonu, zawartego w odmierzonych ctm.^{3} moczu.

Dr. J. L.

Dr. Fryderyk Pendl (Wiedeń). **Podskórne pęknięcie nerki, jej wyjęcie i wyleczenie.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* Nr. 21 r. 1899). Palacz kolejowy uderzył się silnie w prawy bok i zaraz wystąpiły objawy moczenia krwawego. Przy badaniu znaleziono złamanie IX i X-go żebra prawego, a w okolicy nerki obrzęk bolesny.

Dopiero po upływie trzech tygodni przyzwolił chory na operacyę. Znaleziono krwiak około nerki, nerka sama była pęknięta przez całą grubość tak, że jama krwiaka łączyła się z miedniczką nerki. Nerkę i część jej torebki wyjęto po poprzedniem podwiązaniu naczyń; reszta torebki była silnie zrośniętą ze ścianą krwiaka. Powstałą jamę wytamponowano gazą jodoformową, mięśnie przecięte i skórę zeszyto aż do brzegu tylnego, którym wyprowadzono kawałek tamponu. Chory po upływie dwóch miesięcy opuścił szpital, jako wyleczony; zdrowa nerka funkcyonowała prawidłowo, ilość moczu wynosiła 2000 do 3000 ctm^3 dziennie, o fizyologicznym składzie chemicznym.

Dr. E. Karchezy.

Lehmann. **O wytwarzaniu śmietany i masła wolnych od drobnoustrojów.** *(Archiv. f. Hygiene* T. 34. Z. 4). Ogrzewając śmietanę wśród mięszania przez 10 minut do 80—85° C, można z niej jeszcze, według badań L., wyrobić masło o dobrym smaku, posiadające ze stanowiska higienicznego znaczną wyższość nad zwykłem. Mianowicie masło takie zawiera tylko około 6000 bakteryi, gdy tymczasem śmietana zawiera ich w zwykłych warunkach 7—16 milionów, bakterye zaś, które w maśle z ogrzanej śmietanki się jeszcze utrzymały, są na tyle osłabione, że masło takie można, zdaniem L., uważać za „jałowe“. W każdym zaś razie masło takie jest co najmniej 1000 razy mniej szkodliwe, niż zwyczajne. Wobec mnożących się spostrzeżeń obecności rozmaitych bakteryj, zwłaszcza gruźliczych, w maśle targowem, zasługiwałyby badania L. na sprawdzenie, a sposób jego w danym razie na polecenie.

S.

K. B. Lehmann: **O hemorodynie, nowym rozpowszechnionym barwiku brwi.** *(Wien klin. Rundschau* Nr. 33, 1899). Spostrzeżenie, że mięso wołowe gotowane ma częstokroć żywą szkarłatno-czerwoną barwę, spowodowało autora do zbadania przyczyn tego objawu. Wobec tego, iż mięso bajcowane, wogóle mięso, na które działały sole, zawierające azotany, posiada podobnie czerwoną barwę, przypuszczał autor, iż przyczynę tego zabarwienia należy przypisać działaniu azotanów, względnie azotynów, a przypuszczenie to, jak wykazały dalsze badania, zupełnie zostało stwierdzone. Jeżeli rosół pozostawimy w miernej ciepłocie przez czas dłuższy, natenczas kwaśnieje, a kwasota jego odpowiada mniej więcej kwasocie $^1/_{20}$ norm. kwasu siarkowego. Jeżeli w takim rosole skwaśniałym gotować będziemy mięso, natenczas ono zczerwienieje w pewnych warunkach, a więcej jeszcze, jeżeli do rzeczonego rosołu dodamy małą ilość azotynu sodowego. Autor wykazał, iż dodatek 1, $^1/_2$, a nawet $^1/_4$ mgr. azotynu sodowego do 10 ctm^3 $^1/_{20}$ norm. kwasu siarkowego jest w stanie zabarwić mięso silnie na czerwono. Na tej podstawie tłómaczy również autor czerwienienie mięsa przy gotowaniu w wodzie studziennej lub wodociągowej, jeżeli zawiera azotyny, lub jeżeli dodamy pewne jarzyny do gotowania. Celem bliższego zbadania barwika wytrawiał autor różne mięsa bajcowane, szynki i t. p. bądź zimnym, bądź gorącym wyskokiem i otrzymywał w obu przypadkach roztwór barwy ciemno-czerwonej, który, badany widmowo, dawał charakterystyczne widmo. Widmo to odznaczało się dwoma pasami absorpcyjnymi, jednym leżącym trochę na lewo od linii sodowej D; drugi zaś słaby leży na lewo od linii F, graniczące z linią E. Widmo to odróżnia się zatem od widma hemoglobiny; odległość obu pasów od siebie w tym przypadku jest prawie podwójną, aniżeli odległość pasów hemoglobiny. Autor nazwał ten barwik hemorodyną. Ze względu na zachowanie się tego barwika do kwasów, zasad żrących i siarczku amonu zbliża się ten barwik do hematyny. Autor jeszcze zaznacza, iż krew rozcieńczona gotowana z dodatkiem azotynu sodowego i małej ilości $^1/_{20}$ norm. kwasu siarkowego daje strąt ciemno-czerwony, a odsącz blado-czerwonej barwy. Przez wytrawienie strątu wyskokiem przechodzi w roztwór wyskokowy hemorodyna. W przesączu zaś wodnym, blado-czerwono zabarwionym, miał autor również znaleźć nowy barwik, który nazwał hemorubiną, szczegółów jednak o tym barwiku jeszcze nie podaje.

Dr. J. L.

Dr. E Senger: **Doświadczalne i kliniczne badania nad wyjaławianiem skóry.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 59, Z. 2). W przeciwieństwie do badań Ahlfelda przekonał się S., że wyskok bezwzględny nie zabija gronkowca złotego *(Staphylococ. aureus)* nawet po 20 min. działania. Natomiast zdolność bakteryobójcza wyskoku rośnie w miarę dodawania wody, osiąga szczyt przy rozcieńczeniu, zawierającym 40—50% wyskoku, poczem znowu maleje. W żadnem jednak rozcieńczeniu wyskok nie jest pewnym środkiem desinfekcyjnym. Pewności nie podnosi dodatek kwasu karbolowego. Przeciwnie, ten ostatni w roztworach wyskoku, tworząc jakiś związek eterowy, dający z sześciochlorkiem żelaza osad niebieski, traci na swej sile odkażającej. Powinno się zatem używać ciał, które zetknąwszy się, nie tracą na swej desinfekcyjnej sile, lecz owszem podnoszą ją. A ponieważ dawniejsze badania wykazały, że najenergiczniejszymi środkami odkażającymi są: chlor, jod i brom, S. używa połączeń chemicznych, które działając na siebie, tworzą *in statu nasc.* najsilniejszy z nich, t. j. chlor. Używa zatem 2—5% ciepłego roztworu kwasu solnego przez 2 minuty, potem przez 1 min. $^1/_2$—2% roztworu nadmanganianu potasowego, a w końcu przez parę sekund kwasu siarkowego (używanego we farbiarniach). Przy tej kombinacyi tworzy sie nietylko wolny chlor, ale tlen i kwas siarkowy, wszystko znakomite środki odkażające. Tym sposobem można w 78% osiągnąć bezwzględne wyjałowienie skóry.

Herman.

Wetzel. **Choroba Basedowa po przebyciu zapalenia opon mózgowych.** *(Wiener klin. Rundschau* 1899, 39). W przebiegu nagminnie panującego zapalenia opon mózgowych spotkał się W. z zajmującym przypadkiem, mogącym przyczynić się do wyjaśnienia spornych zagadnień w patogenezie choroby Basedowa. U 47 l. mężczyzny, oddawna cierpiącego na wole, wystąpiło w r. 1895 typowe zapalenie opon, które powoli ustąpiło, jednakże w jakiś czas potem (około 3 miesięcy od początku zapalenia opon) zauważono pojawienie się *exophtalmus,* stałego przyspieszenia tętna, poczem uderzenie koniuszkowe serca przesunęło się na zewnątrz, pojawiło się drżenie rąk, mierne powiększenie istniejącego wola, skłonność do potów i t. d., wogóle wybitne objawy Basedowa. Choroba ta także po kilku miesiącach ukończyła się wyleczeniem.

Przyczyny choroby Basedowa upatrują jedni w pewnego rodzaju samozatruciu ustroju, niektórzy wyjątkowo w zatruciu przez produkta, wessane z przewodu pokarmowego lub w skazie goścćowej (Schwerdt, Vigouroux), znaczna większość w zatruciu przez nadmierne wytwarzanie się produktów gruczołu tarczykowego i to chorobowo zmienionych. Owocem tych zapatrywań jest zalecane w chorobie Basedowa usuwanie wola (częściowe, aby uniknąć *cachexia strumipriva* wzgl. *myxooedema),* oraz leczenie tego cierpienia przetworami gruczołu tarczykowego. Z tych dwóch sposobów leczenie chirurgiczne liczy wielu zwolenników, jako w większości przypadków pomocne, choć nie można zapominać o wyleczeniu się samoistnem, które w chorobie Basedowa niekiedy się zdarza; organoterapia liczy więcej przeciwników, niż zwolenników. — Druga gromada badaczy odnosi przyczynę choroby Basedowa do wpływów nerwowych, bądźto uważa-

jąc ją za nerwicę czynnościową bez ścisłej anatomicznej siedziby, bądź siedziby tej dopatrując się w ośrodkowym układzie nerwowym, w szczególności w rdzeniu przedłużonym, bądź wreszcie w zmianach układu n. współczulnego. To ostatnie zapatrywanie było źródłem usiłowań leczniczych, polegających na wycinaniu n. współczulnego, które przeważnie miały wydać wyniki pomyślne. W praktyce nie wahałby się autor po wyczerpaniu środków ogólnie wzmacniających, wodoleczniczych i galwanizacyi n. współczulnego, zalecać wspomnianej właśnie operacyi. — W końcu niejakie znaczenie w patogenezie choroby Basedowa mogą mieć wpływy dziedziczne i rodzinne, jak o tem świadczy dość liczny szereg odnośnych spostrzeżeń.

Przypadek swój uważa autor za argument na korzyść nerwowego pochodzenia choroby Basedowa, nie rozstrzygając jednak, czy w danym razie rolę przyczynową odgrywało udzielenie się sprawy zapalnej z opon rdzeniowi przedłużonemu, czy też udzielenie się jej n. współczulnemu wzdłuż splotów współczulnych, otaczających tętnicę Sylwiusza i tętnicę dogłowową. *Z.*

Pelnář J. **Składniki komórkowe plwociny, w szczególności plwociny suchotników.** *(Sbornik klinický* R. I. Z. 1. 1899). P. postanowił sprawdzić twierdzenia Teichmüllera, który przed rokiem ogłosił, że komórki eozynochłonne, znajdujące się stale a obficie w plwocinie suchotniczej w początkach choroby, świadczą o znacznym zapasie sił odpornych ustroju; natomiast brak tych komórek w plwocinie nakazuje, zdaniem Teichmüllera, źle rokować, jako objaw wyczerpania się odporności ustroju w walce z prątkiem gruźliczym.

P. znajdował ciałka eozynochłonne stale i obficie w plwocinie cierpiących na nieżyty oskrzelowe i na dychawicę; natomiast co do suchotników, nie może P. potwierdzić wyników Teichmüllera, gdyż komórki eozynochłonne pojawiają się w ilości nader zmiennej i niestałej w plwocinie, bez najmniejszego związku z ilością znajdujących się w plwocinie prątków, ani z okresem sprawy chorobowej płuc. Podobnież i inne rodzaje leukocytów, zdarzające się w plwocinie suchotników, nie mają, zdaniem Pelnař'a, żadnej wartości dla rokowania. Obecność ciałek eozynochłonnych jest jedynie dowodem wystąpienia pewnych powikłań, przedewszystkiem nieżytu oskrzelowego ostrego lub dychawicy. — Jednem słowem składniki komórkowe plwociny gruźliczej nie dają, zdaniem P., żadnych wskazówek dla rokowania w gruźlicy płuc. — *Z.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gilbert zastósował w krztuścu surowicę przeciwbłoniczą w kilku przypadkach z dobrym skutkiem, w których inne środki zawodziły. Jest to już trzecie doniesienie o skuteczności surowicy przeciwbłoniczej w krztuścu, — gdyż poprzednio już stósowali ten środek również z dobrym skutkiem Lotti i Cerioli. *(Rev. méd. d. l. Suiss.* 1899, Nr. 6). *R.*

Szalardi *(Gyógyarzat.* 1899) zwraca uwagę, że dzieci, dziedzicznie kiłą obciążonych, nie należy karmić sztucznie, gdyż skutkiem tego najczęściej giną; — przypomina przytem, że dzieci takie karmić winna własna matka lub mamka, która urodziła dziecko kiłowe. Czas 4 tygodni jest wystarczającym, aby stanowczo kiłę wykazać, gdyż najczęściej w takim czasie po urodzeniu już się objawia. *F. K.*

Dr. Aiphant: Formalina jako lek przeciwkrztuścowy. *(New-York med. Journal 4/III, 1899: — Allg. Wiener med. Ztg. 35/99).* Na podstawie bardzo licznych doświadczeń przyszedł autor do przekonania, że formalina jest takim środkiem swoistym dla krztuśca, jakim jest rtęć w kile, a chinina w zimnicy. Pomyślne wyniki leczenia tym sposobem stwierdza zapatrywanie, że krztusiec jest miejscowem cierpieniem zakaźnem, w którem schorzenia innych narządów są tylko następstwem uporczywego kaszlu. Przy leczeniu formaliną, w miarę ustępowania kaszlu, ustępują wszystkie inne objawy. Pod wpływem formaliny ustępuje krztusiec w ciężkich przypadkach w jednym tygodniu, w lżejszych przypadkach już w ciągu kilku dni. A. stosuje rozczyn formaliny w postaci pędzlowań gardła, przytem czyni uwagę, ażeby dla dzieci małych i słabowitych używać przetworów w znacznem rozcieńczeniu. *R.*

Tanocolum jest związkiem kwasu garbnikowego z klejem. Przedstawia proszek szarobiały, bez woni i smaku, zawierający 50% kwasu garbnikowego. W soku żołądkowym przetwór ten nie rozpuszcza się i nie doznaje zmiany: w alkalicznym soku jelit rozkłada się jednak i wydziela kwas garbnikowy. Przetwór ten zalecają Goliner i Brat-Rumelsburg jako lek ściągający w nieżytach, połączonych z biegunką, w dawkach 0·3—0·5 grm. dla dzieci od 2—6 lat, a w dawkach 1·0 grm. dla dorosłych — trzy razy dziennie. Brat-Rumelsburg zaleca nadto tanokol w leczeniu rzeżączki i wrzodu miękkiego, zapisując mięszankę: 2—3 tanokolu na 200 wody przekroplonej. *(Med. Rundschau* i *Berl. klin. Wochenschrift* 1899, str. 394). *J. L.*

Validol jest kozłkanem mentolu, zawierającym 30% mentolu. Przedstawia ciecz jasną, słabo żółto zabarwioną, oleistą, woni ol. miętowego, smaku gorzkawego. Schwersenski zalecił ten przetwór w zastępstwie mentolu, gdyż nie wywołuje tych ubocznych działań, jakie zauważyć możemy po użyciu mentolu: nie drażni więc błony śluzowej przewodu pokarmowego. Działa jako analepticum, stomachicum i carminativum w dawce 10—15 kropel co 3 godziny na cukrze. W handlu znajduje się walidol również w postaci proszku burzącego i czekolady. *(Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 33, 1899). *J. L.*

Stypticinum zalecają autorowie, jako środek tamujący krwotok, a nie wywołujący nawet po długotrwałem zażywaniu żadnej szkodliwości, lub ubocznego działania. Paoletti podnosi, że toksyczność styptycyny leży poniżej toksyczności hidrastyny. Jako lek swoisty skutkuje w obfitych miesiączkowaniach, spowodowanych sprawami zapalnemi tkanki łącznej miednicy, lub zmianami położenia macicy i t. p. Lavialle i Ruyssen zalecają także styptycynę w krwotokach płucnych w krwawnicach. *(Klin. therap. Wochens.* Nr. 36, 1899). *J. L.*

Płynne powietrze. Champbel Whithe wykonał doświadczenia nad zastósowaniem ciekłego powietrza do celów leczniczych. Prątków durowych, błoniczych i wąglikowych ma nie niszczyć, również nie zmienia krowianki po 15-minutowem z nią zetknięciu. Prąd powietrza ciekłego, skierowany na ciało, sprawia, iż miejsce dotknięte prądem staje się niedokrewne, blade. Po prądzie, trwającym kilka sekund, wraca barwa pierwotna napowrót, skoro go przerwiemy; po prądzie dłużej trwającym skóra obumiera. Champbel White stósował prąd powietrza do znieczulania miejscowego; 30 sekund trwający prąd powoduje znieczulenie ogólne, przy którem operować można bez bólu dla pacyenta i bez utraty kropli krwi. Przy zabiegach operacyjnych, wymagających czasu dłuższego, należy powtarzać stósowanie prądu od czasu do czasu, zawsze jednak na czas krótki, to jest kilka sekund. Z dodatnim wynikiem stósował autor płynne powietrze przy leczeniu owrzodzeń żylakowych, wenerycznych, oczyszczaniu brzegów owrzodzeń, ropni, czyraków, dymienic, które goją się nader szybko po jednorazowem zastósowaniu płyn. powietrza. W rwie kulszowej i półpaścu otrzymywał wyniki również zachęcające. Autor wypowiada zdanie, iż płynne powietrze można będzie prawdopodobnie uważać, za lek swoisty w cierpieniach nerwowych. *(Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 36, 1899). *J. L.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 lipca 1899 r.

Przewodniczący kol. A. Gluziński. Członków obecnych 30.

I. Kol. przewodniczący w kilku gorących słowach oddaje hołd pamięci Józefa Majera, jako też zmarłych członków Sekcyi kol. Fuchsa i Łopackiego. Obecni uczcili ich pamięć przez powstanie.

II. Kol. Schramm przedstawia przypadek chorobowy, w którym jednak rozpoznanie sprawy chorobowej nie jest jeszcze zupełnie pewne. Chora, dziewczynka 9-letnia, skarży się na bóle w nodze prawej, trwające od lat kilku, które potęgują się i dokuczają jej szczególniej w nocy. Badanie stwierdza na grzbiecie stopy pojedyncze guzki, powiększenie całej kończyny prawej na długość i na grubość. Powię-

kszenie to dotyczy nie tylko części miękkich, ale i kości. Chora cierpi na dawno istniejące rozszerzenie żył, rzecz wielce rzadka u dzieci. Prócz ogólnej niedokrewności i lekkiego powiększenia gruczołów chłonnych, nie można u chorej stwierdzić żadnych zmian rozleglejszych. Prelegent, omawiając powyższy przypadek, przechodzi kolejno wszystkie przyczyny, mogące wywołać powyższe zmiany chorobowe. I tak, tz. wzrost olbrzymi prawdziwy cechuje się tem, że rozpoczynając się na stopie, idzie kolejno ku górze; wzrost olbrzymi wrzekomy odznacza się przerostem głównie tkanki łącznej. Wreszcie przyczyną zmian mogłaby być przewlekła sprawa zapalna (Perlmutterdechsler), w końcu takaż sprawa, rozwijająca się na tle kiły. Prelegent, wykluczając wszystkie poprzednie przyczyny, skłania się najwięcej ku rozpoznaniu kiły, za czem przemawiałby także skutek leczenia swoistego, określiłby zatem sprawę jako *„osteomyelitis chronica luetica“*.

W dyskusyi kol. Uhma przychyla się również ku rozpoznaniu prelegenta, za czem przemawia kształt zmienionej kończyny i leczenie swoiste.

Kol. A. Gluziński stwierdza niestosunek w powiększeniu stopy a podudzia i oświadcza, że sprawa jest raczej przewlekłą nabytą, niżeli wrodzoną.

III. Kol. Uhma przedstawił sposób pospiesznego barwienia dwoinek Neisserowskich, poczem miał odczyt na temat: Czy dwoinki Neissera muszą po zaszczepieniu ich na błonie śluzowej narządów płciowych wywoływać zrazu ostre objawy zapalne? Mówca wyraża przekonanie, że jakkolwiek gnk., zaszczepione na zdrową błonę śluzową cewki zazwyczaj powodują ostre ropne zapalenie, nawet wtedy, gdy wszczepione zarazki pochodzą z przypadków, w których ostre objawy już ustąpiły, a choroba pod postacią przewlekłej przebiega, — to przecież zdarzają się w praktyce, a i teoretycznie przypuszczalne są przypadki, że wszczepiony jad, czy to z powodu swej małej żywotności, czy też z powodu wielkiej odporności ustroju, na który został przeszczepiony, daje zrazu objawy ograniczonego przewlekłego nieżytu. W takich razach zarazki albo, nie mogąc się na nowem podłożu rozwijać, po pewnym czasie giną, albo zdradzając czas dłuższy objawy lekkiego i łatwego do przeoczenia, przewlekłego nieżytu, później, częstokroć nagle, wybuchają objawami ostrej rzeżączki, — stanowiąc przypadki o długim okresie rzekomego utajenia. Taką przemianę powoduje jużto błąd higieny, zmniejszający odporność ustroju, już też to, że zarazek, posuwając się wolno ku tyłowi, napotkał w okolicy zwieracza wrażliwsze nań tkanki. Mówca uzasadnia swe zapatrywanie przykładami z praktyki i teoretycznem rozumowaniem. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi przemawiali koll.: Kučera i Skałkowski.

IV. Kol. A. Gluziński wygłosił rzecz pt.: »O nadżerkach, (*erosiones*) powierzchownych owrzodzeniach (*exulcerationes*) błony śluzowej żołądka i stosunku ich do wrzodu żołądka«.

Obszerny ten odczyt, opracowany na podstawie spostrzeżeń klinicznych i na materyale prosektoryum proff. Obrzuta i Browicza, będzie ogłoszony drukiem.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

IX. † Michał Borysiekiewicz*).

Dnia 18 września r. b. rozeszła się lotem błyskawicy po całym kraju Hiobowa wieść o zgonie śp. Dra Michała Borysiekiewicza, profesora okulistyki i prymaryusza oddziału ocznego w Gracu, który tam dokonał żywota w 52 roku życia. Wiadomość ta, tak nagła i niespodziewana, wywołała głęboki żal i smutek u przyjaciół i kolegów zmarłego, a echo jej odbiło się w tysiącznych sercach tych, którym działalność zmarłego profesora jeszcze tak świeżo tkwiła w pamięci. Zdawało się wręcz niemożliwem, by bolesna ta prawda była rzeczywistością, a jednak stało się: śp. profesor Borysiekiewicz umarł w pełni życia i swej działalności, pogrążając w niemej rozpaczy rodzinę, przyjaciół, kolegów, osierocając ich i swą ulubioną klinikę.

*) Obszerniejszy opis życia i działalności literackiej śp. profesora Borysiekiewicza umieszczę w zeszycie październikowym *Postępu okulistycznego.*

Całe jego życie zamykało się w pracy i nauce i to w pracy tak żmudnej, że wystawił nią sobie nieśmiertelny pomnik pamięci i wdzięczności.

Śp. Dr. Michał Borysiekiewicz, syn nieżyjących gr.-kat. księdza Michała Borysiekiewicza, dziekana czortkowskiego i Barbary z Kulczyckich, urodził się 1 marca 1848 r. w Białobożnicy, powiecie czortkowskim w Galicyi. Ukończywszy szkoły ludowe w Buczaczu i 6 klas gimnazyalnych w Stanisławowie, uczęszczał do klasy 7 i 8 w Tarnopolu, gdzie też w r. 1866 złożył egzamin dojrzałości; w jesieni zaś tegoż roku udał się na wydział medyczny do Wiednia, z zamiarem dalszego kształcenia się. Ukończywszy nauki medyczne z postępem nadzwyczajnym, w r. 1872 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich; następnie wstąpił na klinikę Arlta, gdzie był przez dwa lata aspirantem. W r. 1874 przeszedł na klinikę profesora Stellwaga, gdzie został asystentem. Na tej posadzie pozostawał lat 6, aż do r. 1879; zaś w r. 1880 habilitował się na docenta okulistyki. W tymże czasie odbył całą kampanię bośniacko-hercogowińską. Po powrocie ożenił się w r. 1882 z p. Teresą, córką inżyniera kolejowego Karola Riedla. Gdy w r. 1887 opróżniła się katedra okulistyki w Innsbrucku, został Borysiekiewicz powołany do jej objęcia. Pobyt jego w stolicy Tyrolu, gdzie w r. 1889/90 piastował urząd dziekana, wywarł na nim niezatarte wrażenie.

Dnia 1 kwietnia 1892 r. został Borysiekiewicz powołany na profesora okulistyki do Gracu, gdzie, do niego zbliżony, poznałem tę szlachetną duszę i olbrzymie zalety umysłu. Gdy w dwa lata później po ustąpieniu prof. Stellwaga opróżniona została katedra okulistyki w Wiedniu, Borysiekiewicz był postawiony przez wiedeński Wydział medyczny na drugiem miejscu.

W rok później robiono Borysiekiewiczowi propozycye prywatne o przyjęcie katedry okulistyki w niemieckim uniwersytecie w Pradze. Mimo jednak znacznie korzystniejszych dla siebie widoków, odrzucił on tę propozycyę, nie chcąc zrywać zadzierzgniętych węzłów przyjaźni i stawić siebie w fałszywe położenie wobec tamtejszych walk narodowościowych.

W ostatnim czasie obrany dziekanem wydziału lekarskiego na rok 1899/1900, umarł Borysiekiewicz w pełni swej działalności w 52 r. życia. Już na stanowisku docenta uniwersytetu wiedeńskiego stał się on głośnym, jako znakomity pedagog. Kursa jego były uczęszczane przez licznych studentów i lekarzy, którzy sławę Borysiekiewicza roznosili daleko poza granice monarchii. Sława ta zwiększyła się jeszcze wówczas, gdy, jako profesor w Innsbrucku, a później w Gracu, rozpoczął systematyczne wykłady okulistyki, czego dowodem była nadzwyczaj liczna frekwencya słuchaczy.

Surowy przy egzaminach, był zarazem wysoce sprawiedliwym, a poza godzinami klinicznemi był on największym przyjacielem młodzieży.

Wymagający od innych, gdzie szło o pracę, był wzorem wytrwałości i zaparcia się siebie samego. Nie usuwając się nigdy od pełnienia obowiązków, przyjętych na siebie, umiał on zawsze zachęcać innych i dodawać otuchy. Starał się wykształcić lekarzy, którzyby pracowali nie tylko głową, lecz i sercem.

Borysiekiewicz szedł zawsze za popędem swego serca i nie znał trudów i przeciwieństw tam, gdzie szło o dobro chorego. Bez względu na materyalne korzyści tem chętniej udzielał swej pomocy tam, gdzie niedostatek z nędzą walczyły o lepsze. Nawet najuboższy nie znalazł jego drzwi zamkniętych, każdemu udzielał rady z równą serdecznością i współczuciem.

Jego działalności zawdzięcza klinika w Gracu swój wielki wzrost. Będąc zdania, że podstawą wiedzy okulistycznej, jak wogóle każdej dyscypliny medycznej, jest głównie anatomia patologiczna, postarał się on zaraz po swem przybyciu do Gracu o specyalne wykłady anatomii patologicznej oka. Jego wpływom zawdzięczać należy, że osobisty jego

przyjaciel, profesor Birnbacher w Gracu, znany w świecie naukowym, jako jeden z najpierwszych anatomów oka, zajął się systematycznie tym działem okulistyki. Tym sposobem wytworzyła się jednolitość w działaniu obu tych dzielnych ludzi, którym klinika oczna w Gracu zawdzięcza tysiące najcenniejszych preparatów drobnowidowych. W rok później wywalczył Borysiekiewicz w ministeryum dwie posady operatorów *(Operationszögling)*, nowość, która dotychczas na klinikach ocznych nie istniała.

Nie dziw, że dbał on bardzo o wykształcenie dobrych operatorów, gdyż najdoskonalszem jego działaniem, dla którego został znanym daleko poza granicami monarchii, była niezrównana jego zręczność operacyjna. Kto go widział operującego raz w życiu, ten nie łatwo go zapomni. Najzupełniejsza pewność i spokój w prowadzeniu cięcia, jego nie do uwierzenia ugruntowane wskazania do operacyi, musiały każdego wprawić w podziw i postawić go w rzędzie największych operatorów współczesnych.

Kierując się usilną pracą, oraz niepospolitą inteligencyą w postępowaniu ze swoimi uczniami, położył Borysiekiewicz wielką zasługę w tem, że potrafił stworzyć szkołę, z której wyszło wielu lekarzy-okulistów, pracujących w różnych krajach.

Działalność literacka. Najważniejsze prace ś. p. Borysiekiewicza, ogłoszone drukiem, są następujące: Pemphigus conjuctivae vulgaris (cachecticus). (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* 1878, str. 326). Beiträge zur Extraction des grauen Staares der Erwachsenen (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde* 1880, str. 199). Ophtalmoscopische Beobachtungen an 171 Geisteskranken der Klinik des Herrn Regierungsrathes Professor Dr. Meynert in Wien. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung* 1882. Z. 44, 46, 48, 51, 52). Stäbchenorgan der Retina. (*Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien* 1883). Cocain in der oculistischen Praxis (*Wiener medizinische Wochenschrift* 1887. Z. 10). Netzhautpräparate. (*Verhandlung der anatomischen Gesellschaft auf der 6 Verhandlung in Wien 1892*). Erwiderung auf Dimmers Angriffe gegen meine Arbeiten: Über den feinen Bau der Netzhaut. (*Wiener medizinische Blätter* XVIII str. 303). Antwort auf die Entgegnung des Herrn Docenten Dimmer in Wien (Ebd. str. 351).

Prócz tych rozpraw pomniejszych, poświęcił Borysiekiewicz całe swe życie badaniom anatomicznym siatkówki. W tym kierunku wyszły z pod pióra jego 3 większe monografie. I tak: Untersuchungen über den feineren Bau der Netzhaut 1887. Weitere Untersuchungen über den feineren Bau der Nezthaut 1894. Beiträge zum feineren Baue der Netzhaut des Chameleo vulgaris, 1899.

Prace te wymagały całego skupienia umysłu autora w kierunku przez niego obranym; każda z nich była dziełem starannych badań i ścisłego opracowania materyału. Dość wspomnieć, że prócz obfitego i cennego tekstu umieścił w nich Borysiekiewicz bardzo liczne i dokładne ilustracye, wymagające nie małego nakładu i pracy. I tak w pracy pierwszej było 91, a w pracy drugiej 65 ilustracyj preparatów drobnowidowych, zaś w pracy trzeciej było 36 mikrofotogramów.

Nie dziw więc, że prace te nieliczne, bo wymagały całych dziesiątek lat, badań tysiącznych skrawków drobnowidowych i pochłaniały całą jego istotę tak, że nie mógł sam znaleźć dostatecznego czasu na liczniejsze publikacye. Nie mniej jednak był on gorącym przyjacielem dobrej kazuistyki i innych prac anatomicznych, o czem świadczy cały szereg doskonałych rozpraw, ogłaszanych rokrocznie z jego kliniki, nad których naukowem przeprowadzeniem zawsze sam czuwał.

Jeżeli zatem spotykał go czasem zarzut, że na swem stanowisku mało ogłaszał, to zarzut taki był bardzo krzywdzącym tego cichego i gorliwego pracownika. Trzymając się zasady „non multa sed multum“, pracował prawie bez wytchnienia i z prawdziwem zaparciem w dziale najtrudniejszym, t. j. w dziale anatomii siatkówki oka.

I mimo nieprzychylnej krytyki Merckela i Dimmera, z jaką się Borysiekiewicz spotkał, nie ustał on na raz obranej drodze, w tem silnem przekonaniu, że prawda zwycięży i że fakta nowe, które, zawdzięczając swoim zupełnie samoistnym badaniom, on odkrył, zostaną z czasem uznane. Tak się też i stało, gdyż od czasu wydania dwu jego pierwszych prac o siatkówce w r. 1888 i 1894 aż po dziś dzień, najważniejsze pewniki, przez niego zbadane, zostały w zupełności stwierdzone badaniami autorów tej miary, jak Ramon y Cajal, Weinlandt, Greff, Lindsay i inni.

A gdyby i dziś jeszcze ktoś nie chciał przyznać we wszystkiem słuszności wywodom Borysiekiewicza. — co wobec częstych ścierań naukowych nie może nas dziwić, — to jednak przyzna każdy, że był on człowiekiem wielkiej pracy i nauki, i że ta nauka poniosła przez jego śmierć niepowetowaną stratę.

Cześć jego pamięci! *Dr. Teodor Bałłaban.*

X. Sprawozdanie z sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej LXXI Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytego w Monachium w dniach 17—23 września 1899 roku

napisał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Ciąg dalszy).

XI. Placzek (Berlin): *Przymusowe i trwałe postawy i ruchy zwierząt, wywołane doświadczalnie.* (Demonstracya na królikach). W wykładzie tym, wygłoszonym w Sekcyi fizyologicznej i neurologicznej, zaznacza mowca, że udało mu się nową metodą (zapomocą żegadła galwanicznego) zniszczyć zwoje *(ganglion)* mózgowe n. p. zwoje wzgórka wzrokowego. W ten sposób operowane zwierzęta okazywały niezwyczajną postawę ciała, spowodowaną skrzywieniem kręgosłupa. Placzek mniema, że zniszczenie pomienionych zwojów usuwa pewien składnik sił *(Kraftcomponente)*, mający czynnościowe pośredniczące znaczenie w stosunku ośrodków nerwowych do mięśni, skutkiem czego nietknięta strona ciała otrzymuje przewagę nad doświadczalnie uszkodzoną. Dalszem tego następstwem jest jednostronne porażenie mięśni, wyprostowujących kręgosłup, który się skręca ku stronie uszkodzonej.

XII. Jolly (Berlin): *O afazyi* (z demonstracyami). Jolly opisuje cztery przypadki afazyi ze znacznem bardzo zniszczeniem istoty mózgowej. W drugim z nich zniszczona była okolica Broki, pierwszy płat czołowy, cały pierwszy płat skroniowy i znaczna część drugiego płatu skroniowego po prawej stronie. Mimo to słuch i rozumienie słów *(Wortverständniss)* były w znacznej części zachowane (afazya ruchowa). — W przypadku trzecim nastąpiła przemijająca afazya, połączona z porażeniem połowy ciała, po napadzie udarowym. Później stwierdził mowca głuchotę słów *(Worttaubheit)* i osłabienie inteligencyi: głuchota słów wahała się, zmniejszając lub zwiększając się, wreszcie ustąpiła zupełnie. Prócz tego cierpiał chory na omamy słuchowe i wzrokowe. Sekcya wykazała symetryczne zniszczenie tylnych części obu płatów skroniowych. Ognisko rozmiękczynowe *(Erweichungsherd)* pierwszego lewego zwoju skroniowego dochodziło w kilku tylko punktach do kory mózgowej, a nie przekraczało substancyi rdzennej *(Marksubstanz)*. — Podstawą czwartego przypadku afazyi było zwapnienie naczyń: trzy napady udaru mózgowego z zaburzeniem mowy. Po trzecim udarze wystąpiły skurcze padaczkowe ze stanem pomieszania *(Verwirrtheitszustand)*: bezwład strony prawej, afazya amnestyczna z dość dobrze zachowanem rozumieniem słów, parafazya i paragrafia, prawostronne połowicze widzenie *(hemianopsia)*, ustępujące chwilami. W szpitalu następuje polepszenie, trwające mniej więcej rok. Po roku chory wraca. Wynik badania prawie ten sam, co za pierwszym razem: porażenie tylko było znaczniejsze, niż poprzednio. Chwilami pacyent głuchł i stawał się niewidomym. Rok przed śmiercią głuchota przybrała charakter stały, ośrodkowy *(Centrale Taubheit)*. Ośm dni przed śmiercią nastąpił nowy napad udaru mózgowego. Sekcya wykazała świeże ognisko udarowe w płacie czołowym prawej półkuli. Nerwy mózgowe nie okazywały zmian żadnych. Zwapnienie tętnic na podstawie mózgu. W ciałku prążkowanem i w *capsula interna* torbiele poudarowe.

Objawy kliniczne i wynik sekcyi przemawiają, według zdania Jollyego, w spostrzeganych przez niego przypadkach za zastępczem przejęciem czynności części zniszczonych mózgu przez części zachowane. Zanik zupełny czynności mózgu następuje dopiero wtedy, gdy zniszczenie dotyczy całego pęczka włókien *(geschlossener Faserzug-Monakow)*.

W dyskusyi zabiera głos Monakow, zapytując prelegenta, czy w podanych przez niego przypadkach spoidło wielkie *(corpus*

callosum) nie podpadło zniszczeniu. Przypadki Jollyego nie były pod tym względem badane.

XIII. Sander (Frankfurt n. M.): *O rdzeniu starczym.* Prelegent demonstruje na drobnowidowych preparatach zanik rdzenia starczego, zwłaszcza jego powierzchni. Biorą w nim udział także zwoje rogów przednich *(Vorderhörner).* Około naczyń krwionośnych okazuje się zwykle silne rozwinięcie neuroglii *(perivasculäre Gliose).* Prócz zwyrodnienia barwikowego zachodzą rozmaite inne postacie zwyrodnienia. Sander rozróżnia: 1) fizyologiczną postać zwyrodnienia, 2) starczą postać stwardnienia (sklerozy) i 3) arteriosklerotyczną postać zwyrodnienia. Jako podstawę wszystkich tych starczych zwyrodnień rdzenia uważa prelegent zwapnienie naczyń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

XI. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

4) Oppenheimer (Monachium): *O pasteuryzacyi mleka, używanego do karmienia osesków.* W roku 1896 Solomin wykazał, że przy ogrzaniu mleka do 80° i wyżej następują zmiany w jego składzie chemicznym. Aby temu zapobiedz, podjął się prelegent zbadania przyczyn, które te zmiany chemiczne pod wpływem nadmiernego ogrzewania mleka wywołują, oraz środków zapobiegawczych, ażeby mleko mimo ogrzewania zmianie nie ulegało. Wynik trzechletniej pracy około tego przedmiotu streszcza prelegent w następującem zdaniu: „Ogrzewanie mleka przez pół godziny do ciepłoty 70° C. i następowe silne ochłodzenie wystarcza, by mleko conajmniej przez dwa dni uchronić od zepsucia“. Co się tyczy zniszczenia zarodków chorobotwórczych, szczególnie prątków gruźliczych, w mleku tak przegotowanem (pasteuryzowanem), powołuje się prelegent na doświadczenia Bittera i de Mana, którzy wykazali, że prątek gruźliczy pod wpływem ciepłoty 68—69° C., przez pół godziny działającej, ulega zniszczeniu. Autor badał mleko przygotowane w niżej opisanym własnym przyrządzie na obecność prątków gruźliczych i przekonał się, że przyrząd ten zupełnie wystarcza do usunięcia prątków. U zwierząt (3), którym podawano mleko zakażone obfitą hodowlą gruźliczą, a następnie pasteuryzowane, po sześciu tygodniach nie wystąpiły wcale objawy gruźlicy, podczas gdy u zwierząt (3), którym równocześnie podano równą ilość zakażonego mleka surowego, wystąpiły wyraźne objawy gruźlicy wątroby i śledziony.

Przyrząd, służący do pasteuryzacyi mleka w domu, składa się ze zbiornika na wodę o podwójnych ścianach, a przestrzeń między temi wypełniona asbestem. Przez pokrywę wystercza ciepłomierz, sięgający do wody i oznaczający jej ciepłotę. Do zbiornika wstawia się kosz z ośmioma flaszkami. Zbiornik wypełnia się wodą sięgającą aż do wysokości słupa mleka na flaszkach i po nakryciu zbiornika ogrzewa się wodę. Skoro ciepłomierz wskazuje 75° C., usuwa się zbiornik z pieca i po upływie pół godziny zdejmuje się nakrywę i ustawia flaszki w zimnem miejscu (najlepiej w lodowni), lub w wodzie zimnej, często zmienianej.

Prelegent podawał u 10 osesków mleko w ten sposób przygotowane w domu. Dziewięcioro z nich rozwijało się dobrze, bez zaburzeń, dziesiąte zmarło wskutek choroby mózgowej. Trzydzieści dwa oseski otrzymywały mleko pasteuryzowane z handlu. U tych wyniki w zimie były korzystne, w lecie jednak występowały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Wtedy O. zalecił wyjaławianie tego mleka, a wynik był ten sam, t. j. i teraz wystąpiły zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego o słabszem lub silniejszem natężeniu. Autor nie dopatruje przyczyny tego ani w pasteuryzacyi ani w wyjaławianiu mleka, ale składa winę na niedokładne wykonanie metody w handlu i zaleca, zamiast dotychczas używanego wyjaławiania, pasteuryzowanie mleka w praktyce, a bowiem mleko pasteuryzowane nie okazuje w składzie chemicznym takich zmian, jest zatem pożywniejsze i smaczniejsze, aniżeli mleko wyjałowione.

W rozprawach Biedert (z Hagenau) podaje doniesienie osobiste Forstera, który oddawna w Amsterdamie używa mleka pasteuryzowanego i zapytuje prelegenta, czy mleko pasteuryzowane daje korzystniejsze wyniki, aniżeli mleko gotowane, gdyż B. nie uważa za dostatecznie stwierdzone, że mleko gotowane daje niekorzystne wyniki. Biedert nadmienia, że przy wyrobie masła używa się również pasteuryzacyi, atoli wynik nie jest zbyt korzystny, gdyż *bacterium coli* i *proteus* nie ulegają zniszczeniu, a śmietana i masło wskutek tego ulegają zepsuciu. W każdym razie B. uważa przyrząd Oppenheimera za polecenia godny.

Sonnenberger (z Wormacyi) kładzie główny nacisk na paszę krów celem otrzymania dobrego mleka, gdyż zależy na tem, ażeby się równocześnie z paszą nie dostawały substancye trujące do mleka. Zapytuje więc prelegenta, czy zaburzenia przewodu pokarmowego nie są następstwem zmiany w paszy. Oppenheimer w odpowiedzi zaprzecza temu.

5) Rounnel (Monachium): *Przyczynek do leczenia noworodków przedwcześnie urodzonych.* W przeciągu dwóch lat R. leczył z dobrym skutkiem 16 przedwcześnie narodzonych noworodków w wylęgarni (couveuse), poleconej przez Liona. Głównym warunkiem dla osiągnięcia korzystnego wyniku jest troskliwa opieka i odżywienie. W początku zawsze należy podawać mleko matki względnie mamki i o ile możności, podawać do dziesiątego miesiąca życia, lub dłużej. Dobrze znosiły także dzieci o wadze 1800 o. silnie rozcieńczone mleko krowie. Główny nacisk należy kłaść na dawki jednorazowe (20—30 grm. dla dziecka niżej 1800 grm. wagi) i na zachowanie dwugodzinnych odstępów między pojedynczemi dawkami. Pokarm podawano łyżką, opatrzoną dzióbkiem, korzystniejsze jednak jest wlewanie kroplami przez nos. Przyrost na wadze wynosił 17 gramów dziennie. Z 16 osesków zmarło 4, a mianowicie 3 z powodu drgawek, a 1 na gruźlicę prosówkową. R. zaleca również układanie w wylęgarni osesków atroficznych.

6) Mellin (z Helsingfors w Finlandyi): *O jadowitości B. coli commune, otrzymywanego ze stolców dzieci.* M. odosobnił *b. coli commune* z 22 rozmaitych stolców u dzieci, a mianowicie w 21 przypadkach ostrego nieżytu żołądkowo-kiszkowego i w jednym przypadku u dziecka zdrowego. Z czystej hodowli bulionowej 24-ro godzinnej *b. coli commune*, otrzymywanej z tych stolców, wstrzyknięto królikowi i śwince morskiej śródotrzewnowo 1 ctm.^{3} na 1 kg. ciężaru ciała. Zwierzęta te okazywały rozmaity od czyn na te wstrzykiwania: 1) 4 zwierzęta zginęły już przed upływem 12-tu godzin; 2) 5 po 2—3 dniach; 3) 3 zginęły dopiero po upływie więcej, aniżeli jednego tygodnia; 4) 10 w pierwszych dniach okazywało wprawdzie objawy chorobowe, jak gorączka, brak apetytu, nieruchomość i t. p., ale powróciły zaraz do zdrowia, stały się ruchliwe, przybierały na wadze i zdawały się zupełnie zdrowe.

W przytoczonych pod 1) przypadkach przy sekcyi makroskopowo nic nieprawidłowego nie można było stwierdzić. Drobnowidowo już w 4 godziny po wstrzyknięciu, w krwi, wziętej z serca, stwierdzono *b. coli commune* i zdołano je wyhodować. W przypadkach pod 2) wykazała sekcya skąpą wypocinę surowiczą w worku opłucnowym i osierdziowym, a obfitszą w jamie brzusznej, przyczem jelita wzdęte były ze sobą zlepione. Śledziona miernie obrzękła, błona śluzowa jelit w całości lub częściowo nastrzykana, gruczoły Payera obrzękłe. We wszystkich przypadkach zdołano wyhodować *b. coli commune* z krwi, wziętej z serca; w niektórych — także z pęcherza moczowego, ze śledziony i nerek.

Przypadki pod 3) wymienione okazywały znaczniejsze zmiany. I tu znajdowała się skąpa wypocina surowicza w worku opłucnowym i osierdziowym. W jamie brzusznej wykazano w jednym przypadku ciężkie zapalenie otrzewnej z otorbionemi ogniskami ropnemi, w innych przypadkach poczynające się zapalenie zlepne otrzewnej bez ropy. Śledziona silnie obrzmiała, błona śluzowa jelit nastrzykana, gruczoły Payera również obrzmiałe. W przypadku zapalenia ropnego otrzewnej wyhodowano *b. coli* z jamy brzusznej, z krwi, wziętej z serca, śledziony i trąbek Fallopiusza. W reszcie przypadków nie zdołano wykazać drobnoustrojów w wyżej wymienionych miejscach.

Pod 4) wymienione zwierzęta, po przebyciu choroby jeszcze żyją i przybierają na wadze. Po wstrzyknięciu względnie większej ilości *b. coli* z jelita zdrowego, zwierzęta nie okazywały objawów chorobowych.

Z doświadczeń tych wynika zatem, że *b. coli* może w pewnych warunkach posiadać nadzwyczajną jadowitość, lecz równocześnie ta siła niszcząca nie jest zawsze o tem samem natężeniu. Nie można jednak twierdzić, jakoby nasilenie choroby stało w prostym stosunku do jadowitości *b. coli commune.* Lżejsze przypadki dawały bardziej jadowite zarodki, aniżeli ciężkie. Nadmienić jednak należy, że *b. coli*, pochodzące z jelit zdrowych, nie wywoływały objawów chorobowych; należałoby atoli przeprowadzić większą liczbę badań w tym kierunku, ażeby dojść do całkiem pewnych wyników.

Zaciekawiającym wynikiem badań tych było, że wszystkie cierpienia, jak n. p. *Cystitis, Tympania abdominis et uteri* i t. p., opisywane dotychczas w literaturze, jako cierpienia u ludzi, spowo-

dowane przez *b. coli*, spostrzegano również u zwierząt, poddanych szczepieniu. Jak należy sobie tłómaczyć stosunek *b. coli* w jelicie zdrowem, w przeciwieństwie do *b. coli*, znajdowanego w jelicie chorem? Dlaczego jedno jest bardziej jadowite od drugiego? Niektórzy autorowie uważali za przyczynę tego zjawiska różnicę pożywek. Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że błona śluzowa jelita, drażniona bodźcami chemicznymi, termicznymi lub mechanicznymi, stanowi dobrą pożywkę dla jadowitego *b. coli*, to Ritter podaje również inny sposób tłómaczenia tego objawu. I podobnie jak rozróżniamy prądek błonicy prawdziwej i wrzekomej, tak samo Ritter rozróżnia *b. coli* i *pseudobacillus coli*. (c. d. n.)

XII. Korespondencye.

Lwów, październik.

Niedawno zwiedzałem Morszyn. Jeździła tam cała Rada Zaw. Tow. lek. galic., aby na miejscu rozpatrzeć się w stosunkach, stwierdzić co koniecznie musi być zrobione, a rozważyć co powinno się i można włożyć w ten dowód znikomości rzeczy ziemskich, który o chwilach swego rozwoju i świetności tak dokładnie zapomnieć zdążył.

Woda morszyńska jest to solanka, wysycona blisko do 30° Baumégo (±1·25 c. g.), zawierająca sól gorzką. Zakład morszyński, to 500-morgowy obszar, własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich, darowana mu przez śp. Bonifacego Stillera na fundusz dla wdów i sierót po lekarzach. Okolica falista, położenie ładne, lasów obfitość, dojazd koleją bardzo dogodny. Ongiś, za królów polskich, ujęto źródła w cembrzyny, celem wywaru soli; ale z powodu przymieszki soli gorzkiej, zaniechano tego. Śp. Stiller, przemysłowiec ogromnie ruchliwy, stworzył tam miejsce kąpielowe. I szło ono czas jakiś, potem jednak, z powodu braku wkładów, upadło, a Towarzystwo lekarskie, otrzymawszy całość, bo i folwark do nas należy, mocno obdłużoną, traktowało Zakład kąpielowy, którego w myśl aktu fundacyjnego poniechać nie było wolno, jako *malum*, ale nie *pomum*, a *necessarium*.

Obecnie Morszyn ma hipotekę, jak krynica czystą, ale posiadłość lekko ponad 50.000 złr. oceniona, nie daje 2.000 złr. czystego przychodu; a że tegoroczny sezon kąpielowy, mimo słot i zimna, najgorszych nawet niedowiarków mógł przekonać, że takie przedsiębiorstwa mają u nas zapewnione podstawy bytu, przeto Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. postanowiła poforsować i Zakład na nowo stworzyć.

Odbudowano z gruntu łazienki; potrzeba jednak jeszcze pomyśleć o mieszkaniach dla spragnionych kąpieli, a przedewszystkiem potrzeba człowieka, któryby to ująć i poprowadzić potrafił.

Że dobre prowadzenie zakładów jest rzeczą bardzo a bardzo uciążliwą, o tem nie wątpi pewnie nikt, kto się choć raz przypatrzył takiemu, n. p. Drowi Chramcowi, snującemu się cały dzień Boży po zakładzie, pamiętającemu o wszystkiem, zaglądającemu w każdy zakątek, pilnującemu łaziebnych, służby, kuchni, a przedewszystkiem gości. Ileż to taktu mieć potrzeba, by gości w ryzach grzecznie utrzymać, by jedni drugim nie stawali się uciążliwymi? Ile nieziemskiej trzeba cierpliwości, by z olimpijskim spokojem najfantastyczniejszym przysłuchiwać się skargom i jeszcze w dodatku każdemu życzliwie coś pomódz, poradzić, każdego uspokoić?

Że zaś trudno dobrze zakład prowadzić, na to dowodem są skargi, jakie o przeważnej liczbie zakładów się słyszy. Tutaj restaurator ździera i truje niemiłosiernie; jest wprawdzie poza zakładem dobra restauracya, ale stołującym się w niej zakład nie chce wydawać kąpieli. Gdzie indziej łaziebni wydawanie kąpieli wzięli w własne przedsiębiorstwo i zgłaszającym się wyznaczają godziny o świtaniu, trzeba im się dobrze opłacić, by możliwą godzinę otrzymać. Owdzie zarząd dla ochrony gości przed zawleczeniem różnych zaraz ze wsi okolicznych ujął w swą rękę sprzedaż mleka. Ale za to, mając monopol, w oznaczonych godzinach i w jednem miejscu sprzedaje kwitki, w innych zaś godzinach i w innem miejscu wydaje mleko. Kto się tu lub tam spóźnił, niech wodę pije. Jeszcze gdzieindziej pan rządca, ponieważ zakład zapełniony, traktuje napływających w nadmiarze gości, jak natrętnych żebraków.

Wszystkie takie drobiazgi zrażają do zakładów, a wini się za nie kierującego lekarza.

Kiedy zaś już o tych sprawach mowa, jeszcze jedno powiem. Prawda, że żniwo sezonowe nad miarę krótkie, że po tych sześciu tygodniach rok cały trzeba łapę lizać. Ale mimo to, jeśli któremu z kolegów się wiedzie, jeśli ma tyle zaufania, że mu chorzy odetchnąć nie pozwalają, powinien trzymać asystenta. Jest tyle rzeczy już to drobiazgowych, już też technicznych, które wolno lekarzowi na cudze barki złożyć. Rozbiory, tuszowania różne, dopilnowanie danych poleceń itp. Gdyby to zdać na młodszego kolegę, zostałoby więcej czasu na badanie każdego zgłaszającego się chorego, na gruntowniejsze zastanowienie się nad przypadkiem. Ile mi wiadomo, próby w tym kierunku czynione, wcale nie zaszkodziły czyniącym je kolegom, a ogólne przyjęcie takiego zwyczaju byłoby może zapoczątkowaniem tego, co mają inne stany, a czego nam wchodzącym odrazu, o własnych siłach, w praktykę życiową, — tak dotkliwie brakuje.

Tutejsza Sekcya Tow. lek. galic. jakoś mniej energicznie niż poprzednich lat pracuje. Przed wakacyami — prawda, że z powodu zajęcia się sprawami tak aktualnemi, jak n. p. reforma szkół średnich, — parę posiedzeń naukowych przepadło, a wakacye niezwykle długo trwały. Wnosząc z odczytów, a raczej z prelegentów, którzy je wygłaszali, mógłbym sądzić, że prezes ma mało poparcia ze strony kolegów, bo posiedzenia wypełniać musi swą własną i swych asystentów pracą. Wogóle nie można bez zgrzeszenia przesadą napisać, że w naszej Sekcyi życie wre, choć zapały są. Ot niejednokrotnie słyszałem rzucane projekty stworzenia w łonie Sekcyi podziałów, któreby, jużto takiemi jak krakowska Komisya przemysłowa zajęły się sprawami, jużteż, objąwszy poszczególne działy medycyny, usunęły z porządku dziennego ogólnych posiedzeń te tematy, acz ważne, ale wymagające albo zbytniego zaciekania się w szczegóły, albo szczególniejszego, ogółowi nieprzystępnego i niepotrzebnego przygotowania, które z tych właśnie powodów ogółu nie interesują. Projekty takie błyskają często, ale niema komu ich rozdmuchać, niema komu myśli i słowa w czyn zamienić. Natomiast powstało zupełnie odrębnie samoistne Tow. ginekologiczne, które rządzi się statutem takiegoż Tow. ginek. krakowskiego, ile wiem, dosłownie, wraz z błędami gramatycznymi, przyjętym.

Muszę się jeszcze pochwalić, że zostałem wybrany zastępcą członka do wschodnio-galicyjskiej Izby z okręgu: „powiat lwowski“, czterema głosami. Jeśli dobrze pamiętam, uprawnionych do głosowania było 27, głosowało 17, cztery głosy wystarczyły mnie, siedm dostał kolega wybrany członkiem Izby. Liczby same za siebie mówią. Podnieść jednak z uznaniem powinienem, że to jedyny okrąg, w którym lekarze, właśnie dla tego, że Lwów blisko, ale jako miasto, wyłączony, — centrum swego nie mają i porozumieć się przed wyborami nie mogą. — Inne okręgi postarały się przez poprzednie porozumienie się poprawić wadliwości ustawy, a niektóre głosowały z zadziwiającą solidarnością. W samym Lwowie utworzyła się w ostatniej chwili partya szpitalno-kliniczna, której udało się nawet jednego ze swych kandydatów przeprzeć. Agitowała ona tak energicznie, że pod jej naciskiem pospieszyli ze swymi głosami, a tem samem stwierdzili swoją przynależność do Izby ludzie, którzy dotąd pod pozorem, że nie praktykują, uporczywie sprzeciwiali się zaliczeniu ich do niej.

Nowej Izbie na sam początek nadarzył się twardy orzech do zgryzienia. Jak wiadomo, Izby oparły się zaprowadzeniu kas chorych dla majstrów. Gdyby przeto majstrowie lwowscy związali się w samoistną kasę, nie dostaliby lekarza za ryczałtowe, skromniutkie wynagrodzenie. Od czegóż jednak pomysłowość. Według statutu istniejących kas może do nich każdy człowiek należeć, więc i majstrowie tutejsi postanawiają do tutejszej kasy robotniczej z pięciocentową wkładką przystąpić. Postawią na swojem i będą mieć lekarza za darmo, chyba że Izba, w odpowiedzi na ten krok, zmusi do ustąpienia ze swych stanowisk zajętych w kasie lekarzy. Czy był jaki Efialtes, nie wiem, ale mimo wielkiej pobłażliwości dla czynów ludzkich, nawet przypuszczać tego nie chcę.

Bywałem ostatnimi czasy częściej w pewnym szpitalu i podpatrzyłem tam wynalazek, którym na zakończenie korespondencyi pragnę się z czytelnikami podzielić. Wszystkim wiadomo, że świeże pieczywo jest niestrawnem, przeto też, dbały o powierzonych mu chorych, zarząd owego szpitala podaje im bułki suche, maczane w wodzie i rozparzane w piecu. Bułka taka w dotknięciu sprawia wrażenie wilgotnej gąbki, o smaku jej nic nie powiem, bo nad obowiązkiem sprawozdawczym przeważył wstręt do kosztowania. Spostrzeżenie to zrobiłem w czasie, kiedy szpitalem, o którym mowa, kierował rządca (nie lekarz) w imieniu zastępcy, nieobecnego wonczas zastępcy-dyrektora (lekarzy). Zaznaczyć bowiem trzeba, że szpital ów od roku już prowadzonym jest zastępczo, bo kraj nie może się zdobyć na dostateczne udotowanie posady dyrektora, by ktoś, mający warunki do kierowania nim, mógł dlań poświęcić inne swe zobowiązania.

Możeby też który z dzienników podniósł i omówił sprawę hiperprodukcyi chorych, którymi biedny nasz kraj zajmować się nie bardzo może, a bardzo nie chce. *Dr. Uhma.*

XIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 października.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w przyszłym roku w Krakowie, odbył w dniu 20 b. m. posiedzenie, na którem uchwalono przedłużyć Zjazd poza pierwotnie zakreślony czas 4-dniowy jeszcze na środę 25 lipca 1900 r., a to w tym celu, aby uzyskać we wtorek popołudniu czas na zbiorowe posiedzenie, poświęcone obradom nad sprawą gruźlicy, jako sprawą pierwszorzędnej doniosłości naukowej i społecznej. Pomysł skupienia wszystkich sekcyj dla narad nad tą sprawą wyszedł od Sekcyi Zakopańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, z inicyatywy Dra T. Janiszewskiego, lekarza Stacyi klimatycznej w Zakopanem. To zbiorowe posiedzenie nie wyklucza dokładnych rozpraw nad rozmaitemi zagadnieniami, dotyczącemi gruźlicy, w każdej z sekcyj lekarskich Zjazdu. Nadto, na pierwszem ogólnem posiedzeniu Zjazdu wygłoszony będzie przez jednę z polskich znakomitości lekarskich wykład, obejmujący obecny stan nauki o gruźlicy i jej zwalczaniu przez społeczeństwo.

Oba ogólne posiedzenia Zjazdu uświetnione będą nadto wykładami dwóch najsłynniejszych dzisiaj naszych uczonych, to jest Prof. Hoyera z Warszawy i Prof. Nenckiego z Petersburga, którzy już przychylili się pod tym względem do prośby Komitetu.

Liczba sekcyj naukowych Zjazdu powiększyła się o sekcyę dentystyczną, której gospodarzem będzie Doc. Dr. Lepkowski (Kraków, ul. Straszewskiego). Nadto sekcya techniczna Zjazdu, której organizacyą zajmują się z ramienia Towarz. Techn. Krak. i Komitetu Zjazdu, Dyrektor Ingarden i Prof. Steingraber, podzieli się prawdopodobnie wskutek spodziewanego napływu uczestników na kilka gromad, obradujących odrębnie. We wszystkich innych sekcyach prace przygotowawcze są w pełnym toku, a z dniem 1 grudnia będą już oznaczone wszystkie główne tematy obrad w każdej sekcyi i ogłoszone nazwiska uproszonych referentów, z którymi toczą się obecnie rokowania.

* Wiec delegatów austryackich Izb lekarskich odbył się w Badenie d. 13 b. m. pod przewodnictwem dr A. Gorhana. W Wiecu tym reprezentowane były Izby: z Pragi, Czerniowiec, Lwowa, Gorycyi, Celowca, Lublany, Berna, Lincu, Salzburga, Gradcu, Insbruku i Tryestu. Rząd zastępował Radca Dworu Kutschera. Przedmiotem obrad były następujące sprawy: 1) projekt do zmiany ustawy izbowej, mianowicie odłączenie Rady honorowej od prezydyum Izby; ostateczne określenie znaczenia tytułu »lekarz« (Arzt); ustalenie dokładne obowiązków i zadań Izby itd ; 2) środki przeciw partaczom i przyrodolecznikom; 3) sprawa lekarzy Kas chorych, przyczem wyrażono potrzebę, ażeby stanowisko tych lekarzy do zarządu Kas chorych było współrzędne, a nie podrzędne. Oprócz tego uznał Wiec za potrzebne, ażeby na Zjazdach lekarskich zorganizowywano Sekcyę dla medycyny społecznej.

* Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych, ze szczególnem uwzględnieniem Galicyi i W. Księstwa Krakowskiego, opuścił prasę we Lwowie. Zasługa wydania tego 2 — tomowego dzieła przypada radcom ces.: Dr. Barzyckiemu J. i dr. Lachowiczowi Z., oraz sekretarzowi Namiestnictwa, p. L. Kruszyńskiemu. Rozdziały, na które autorowie podzielili »Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych«, znakomicie oryentują każdego, kto potrzebowałby ustawowych informacyj sanitarnych. Ustawy i rozporządzenia sanitarne zostały skupione w następujące działy: I Organizacya państwowej publicznej służby zdrowia. II Organiz. gminnej służby zdrowia. III Personal sanitarny. IV Przemysł aptekarski. V Leki. VI Wody mineralne i zdrojowiska. VII Sprawozdania sanitarne. VIII Zakłady lecznicze i humanitarne. IX Przepisy o chorobach zakaźnych. X Przepisy policyi sanitarnej co do artykułów spożywczych i użytkowych. XI Przemysły i zakłady przemysłowe. XII Przepisy odnoszące się do umarłych. XIII Przepisy weterynarne. XIV Przepisy sanitarne odnoszące się do szkół. XV Przepisy sanitarne o więzieniach i aresztach sądowych. XVI Przepisy sanit., odnoszące się do zakładów komunikacyjnych. XVII Urządzenia humanitarne. XVIII Przepisy sanit., odnoszące się do budownictwa. XIX Przepisy sądowo-lekarskie. XX Należytości lekarskie.

Przed 18 laty podobny »Zbiór ustaw sanitarnych« wydał dr. J. Olpiński: od tego czasu rozwój higieny uczynił olbrzymie postępy i wywołał szereg państwowych zarządzeń w kierunku administracyjno-zdrowotnym; wydanie więc nowego »Zbioru« stało się piekącą potrzebą. Żmudnej tej pracy podjęli się wymienieni autorowie, powodując się tylko pobudką służenia sprawie zdrowia publicznego. Sumienna i tak niezbędna ta praca stać się musi *vade mecum* nietylko urzędników sanitarnych, lecz całego ogółu lekarskiego, który z szczerą wdzięcznością i uznaniem »Zbiór ustaw« powita i oceni.

* Biblioteka Towarz. lekar. wileńskiego posiada rękopis pamiętników Józefa Franka z początku bieżącego stulecia. Ze względu na tak ważną epokę, oraz na osobę autora, wydanie tych pamiętników jest nad wszelki wyraz pożądane.

* Adjunkt Akademii weterynaryi we Lwowie, dr. Gustaw Piotrowski, mianowany został profesorem nadzwyczajnym fizyologii i farmakologii w tejże Akademii.

* Dowiadujemy się, że d. 1 listopada odbędzie się posiedzenie pełnego polskiego Komitetu XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Paryżu.

* Profesorowie berlińscy: Lewin i Strassmann wystąpili z krytyką protokółu sądowo-lekarskiego w procesie o morderstwo w Polnie: zarzucają oni mianowicie, że plamy krwi zostały zbadane wadliwie, a wydane na tej podstawie orzeczenie zbyt jest stanowcze. Doradzają więc ponowne zbadanie tych lic.

* Wybory do wiedeńskiej Izby lekar. mają się odbyć w najbliższym czasie.

Mianowania i odznaczenia. J. E. Namiestnik Galicyi przeniósł następujących lekarzy powiatowych: Dorożyńskiego J. z Bóbrki do Rohatyna i Ściborowskiego K. z Limanowy do Jasła; koncepistów sanitarnych: Borysiewicza W. ze Lwowa do Bóbrki, Piotrowskiego Ed. z Rudek do Limanowej; wreszcie asystentów sanitarnych: Szaynowskiego M. z Jasła do Żydaczowa, Tyszkowskiego L. z Gródka do Rudek, Kurasiewicza J. z Drohobycza do Strzyżowa i Michalika J. ze Stryja do Tarnopola. Dr. Lenhossek mianowany został prof. anatomii w Peszcie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Zdrowiu* Nr. 169: Krukowskiego M.: Przyczynek do kwestyi pomocy dentystycznej w średnich zakładach naukowych. Dr. Polaka J.: Szpitalnictwo warszawskie (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 42: Malinowskiego A.: O leczeniu cierpień gardła i nosa, towarzyszących szkarlatynie. Dra Dziewiszka B.: Nowy objaw miażdżycy łuku tętnicy głównej. Pechkranca S.: Samoistne cierpienia serca. W *Medycynie* Nr. 42: Grosglika S.: O wartości leczniczej urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego.

Redakcya otrzymała:

— Hoffmann A. (tłómaczenie Landaua): Kuracye dyetetyczne. (*Odczyty kliniczne*, wydawane przez redakcyę *Gazety lekarskiej*, NN.: 125, 126, 127).

— Doc. Dr. Bosowski A.: O leczeniu chirurgicznem puchliny jamy brzusznej w przebiegu marskości wątroby. (Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego* Nr. 34 i 35, 1899).

— Dr. Piltz J.: Ueber ein Hirnrindencentrum für einseitige contralaterale Pupillenverengerung (beim Kaninchen). Odbitka z *Neurologisches Centralblatt* Nr. 19, 1899).

— Preininger: Die Prager Assanation (Odbitka z *Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*, 1899).

— Dr. Winternitz H.: Ueber die Wirkung einiger Morphinderivate auf die Athmung des Menschen. (Odbitka z *Therapeutische Monatshefte*, wrzesień, 1899).

— Dr. Biegański Wł.: Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Warszawa. 1899

— Dr. Halban H.: Zur Kenntniss der infantilen Pseudobulbärparalyse (Odbitka z *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40).

— Dr. Rakovac L.: Sbor liečnika kraljevina Hrvatske i Slavonije od g. 1874 do g. 1899. Zagrzeb, 1899.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURSY.

Zwierzchność gminna m. Ryglic (oddalone od stacyi kol. Tuchów 7 kilometrów) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 zlr. w. a. i wolnem mieszkaniem. Podania należycie udokumentowane wnosić należy do zwierzchności gminnej do 15 listopada b. r. 185

Konkurs Wydziału powiatowego w *Turce* na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego w *Boryni*. Roczna płaca 500 zlr. Ryczałt na objazdy 400 zlr. Lekarz bedzie obowiązany utrzymywać aptekę domową. Zgłoszenia do 15-go listopada b. r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Listopada 1899. Nr. 44.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 187, Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 4 Listopada 1899. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu.

Przyczynek dalszy do etyologii dysenteryi

podał

Dr. Józef Brudziński.

Etyologia dysenteryi należy jeszcze do spraw nierozstrzygniętych. Wszyscy autorowie zgadzają się w tem, że wchodzą tu w grę drobnoustroje, jako czynnik przyczynowy, dotąd jednak nie zgodzono się na jakiś jeden rodzaj drobnoustrojów. Że rzeczywiście nie można mówić o wspólnym wszystkim przypadkom dysenteryi drobnoustroju, wie o tem każdy, kto choć pobieżnie badał w tym względzie przypadki dysenteryi. Ponieważ jednak przypadki, w których znajdujemy bez wszelkiej wątpliwości ktoryś z drobnoustrojów, wskazywanych jako etyologicznie ważne, posiadają w tym względzie pewne znaczenie, skłania mnie to do ogłoszenia takiego właśnie przypadku z określoną etyologią, który miałem sposobność spostrzegać w klinice pedyatrycznej w Gracu, wraz z innymi przypadkami dysenteryi, mającymi mi służyć za tło. Nim wejdę *in medias res*, nie od rzeczy będzie przypomnieć, którym drobnoustrojom przypisywaną bywa głównie wina wywoływania dysenteryi. Na pierwszem miejscu wymienić należy odkrytą w roku 1875 przez Loescha *amoeba coli*. Badania Loescha znalazły potwierdzenie w późniejszych badaniach Kartulisa, Kocha i innych. Kartulis[1]) uważa *amoeba coli*, jako swoistą dla dysenteryi; nie znajdował jej bowiem w żadnej innej chorobie; następnie otrzymywał ameby drogą hodowli. *Amoeba coli* należy do pierwotniaków *(protozoa)*, poddziału *rhizopoda*. Przedstawia twór jednokomórkowy, składający się z ziarnistej pierwoszczy z jądrem, zawierającej jameczki *(vacuolae)*; wielkość ameby waha się pomiędzy 20 a 50 μ, dochodzić może do 60 μ. Poznać ją można po właściwych jej ruchach tak zw. ameboidalnych. Strümpell, który mówiąc o etyologii dysenteryi, tylko o *amoeba coli* wspomina, twierdzi, że w naszych strefach nie spotykamy tego tworu w dysenteryi, chyba w poszczególnych przypadkach.

Chantemesse i Widal znaleźli w wypróżnieniach 5 chorych na dysenteryę, a po ich śmierci w ściance kiszki i w śledzionie prątek długości 4—5 μ, o końcach zaokrąglonych. Autorowie ci wyhodowali go na bulionie i żelatynie; po zastrzyknięciu hodowli bulionowej do przewodu kiszkowego zwierzęcia powstać miała biegunka, a w zawartości kiszek odnaleziono wzmiankowany prątek. Podług opisu autorów prątek ten zdaje się być *Bact. coli commune*, chociaż oni sami wyraźnie nie zaliczają go do tej gromady.

[1]) Virch. Archiv Bd. 99 — Centralbl. f. Bacteriol. 1887 II.

Dla ścisłości wspomnieć muszę o mątwiku kałowym *(anguillula stercoralis)*, uważanym przez Normanda i Bavaya jako swoistym dla dyzenteryi. Nikt jednak z późniejszych badaczy nie potwierdził tych spostrzeżeń, a nawet Talamon *(Medecine moderne*, 1891) wykazał najzupełniejszą bezpodstawność tej hipotezy.

Właściwie jedynie *amoeba coli* spostrzeganą była w większej liczbie przypadków; niektórzy autorowie są jednak zdania, iż ameba znajduje się li tylko w przypadkach dysenteryi krajów podzwrotnikowych „w zwyczajnej dysenteryi" mówi Günther *(Bacteriologie*, 1898) „*amoeba coli* wykryć się nie daje"; Strümpell jednak nie wyklucza poszczególnych przypadków.

Z naszych autorów etyologią dysenteryi zajmowali się Janowski[2]) w Warszawie, Ciechanowski i Nowak[3]) w Krakowie.

Janowski w swej wyczerpującej monografii o etyologii dysenteryi zestawił wszystkie prace, jakie się dotąd w tej sprawie pojawiły (w liczbie 84) i poddał wszystkie teorye i hipotezy krytycznej ocenie. Autor badał osobiście 54 przypadków dysenteryi podczas epidemii w Warszawie w 1892, 1893 i 1894. Wyniki badań były identyczne we wszystkich przypadkach: w żadnym autor nie spotykał ameb, pomimo iż badał przypadki ciężkie i lżejsze i z najrozmaitszych części miasta. Dla tego też Janowski wypowiada stanowczo zdanie, że epidemia warszawska nie została wywołana przez ameby, lecz była raczej pochodzenia bakteryjnego. Po przejrzeniu krytycznem całej literatury tego przedmiotu, autor ten przychodzi do wniosku, że bezwątpienia istnieje związek przyczynowy między dysenteryą podzwrotnikową *(Tropendysenterie)* i amebami (300 przypadków Kartulisa); z drugiej jednak strony badania, przeprowadzone w różnych miejscowościach Europy i Ameryki świadczą, że całe epidemie zwykłej dysenteryi nie były pochodzenia amebowego, lecz bakteryjnego.

Ciechanowski i Nowak rozporządzali 21 przypadkami dysenteryi, zbadanymi dokładnie bakteryologicznie i histologicznie. Podnoszą oni z naciskiem okoliczność, że w żadnym z tych przypadków nie zdołali ani razu wykryć obecności ameb, i na tej podstawie wnoszą, że w ich spostrzeżeniach ameby nie grały żadnej roli etyologicznej. Wyhodowanemu w pewnej części przypadków swoich prątkowi okrężnicowemu *(bact. coli commune)* odmawiają oni również

[2]) *Gazeta Lekarska*, 1897 r., oraz *Centralbl. f. Bacteriologie und Paras.* Erste Abth. Bd. XXI. 1897.

[3]) 1) «Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi« *Przegląd Lekar.* Nr. 40 i 41. 1897; 2) *Pamiętnik Towarz. Lekar. warszawskiego* 1897; »Zur Aetiologie der Dysenterie" *Centralblatt f. Bacteriologie*, 1898 XXIII Band. Nr. 11 i 12.

znaczenia przyczynowego w dysenteryi, ponieważ prątek ten nigdy nie dał się wykazać badaniem histologicznem w schorzałej ścianie jelita, ponieważ mimo wzmożonej jadowitości nie wywoływał on w żadnem z urozmaiconych doświadczeń, wykonanych przez autorów, dysenteryi u zwierząt i ponieważ wreszcie powtórzenie doświadczeń Celliego z jadami tego prątka wydało wynik zupełnie ujemny. Natomiast zwracają Ciechanowski i Nowak uwagę na pewien rodzaj paciorkowców, wykryty przez siebie w większości przypadków badanych zarówno w kale chorych, jak i w ścianie zmienionych chorobowo jelit. Paciorkowce te nie dały się wyhodować zwykłymi sposobami, i stąd nie można twierdzić stanowczo, że są one swoistym czynnikiem chorobotwórczym w dysenteryi nagminnej stref umiarkowanych, ale nie wolno też odrzucać przypuszczenia, że paciorkowce te, czy to same, czy skojarzone z innymi czynnikami chorobotwórczymi, może innymi drobnoustrojami, odgrywają wybitniejszą rolę w niektórych przynajmniej przypadkach dysenteryi ludzkiej. Wreszcie zestawiając własne badania z wynikami prac innych autorów, które wyczerpująco zebrali i krytycznie roztrząsnęli, dochodzą Ciechanowski i Nowak do wniosku, że etyologia dysenteryi jest prawdopodobnie nawet w obrębie postaci klinicznej, zwanej nagminną czerwonką, rzeczą nie jednolitą, to znaczy, że ta dotychczasowa jednostka kliniczna obejmuje kilka spraw etyologicznie rozmaitych (wyłączywszy nadto tropikalną dysenteryę, wywołaną prawdopodobnie przez ameby). W obecnym stanie badań nad etyologią dysenteryi nie można, zdaniem Ciechanowskiego i Nowaka, twierdzić stanowczo, że dysenterya nagminna stref umiarkowanych powstaje zawsze w jeden wyłączny sposób, a więc bądź to wyłącznie pod działaniem jednego zawsze gatunku bakteryj, bądź pod wpływem rozmaitych gatunków w różnych epidemiach, bądź wskutek skojarzeń bakteryjnych, bądź wreszcie wskutek współdziałania bakteryj i szkodliwości nieuorganizowanych. To pewna, że w większości przypadków, jeżeli nie we wszystkich, nie wywołują jej ameby.

O pracy naszych badaczy wspomina Escherich w swej monografii „Ueber Streptokokkenenteritis im Säuglingsalter“ *(Jahrbuch f. Kinderheilk. N. F. XLIV, 1899)* w sposób następujący: „Aus jüngster Zeit wäre eine Angabe von Ciechanowski und Nowak zu erwähnen, wonach sie kurze vier bis achtgliedrige Streptokokken fast constant in der Darmwand, so wie auch im Darminhalt der von ihnen untersuchten Dysenteriefälle gefunden haben. Es ist ihnen jedoch nicht gelungen, dieselben in Cultur zu erhalten“.

Przeprowadziłem ścisłe badania w 7 przypadkach (pięciu klinicznych i dwóch ambulatoryjnych): badałem codzień stolce drobnowidowo i starałem się wyhodować ameby w nastoju słomy, poprzednio wyjałowionym, do którego przeszczepiałem cząsteczki śluzu ze stolca. W sześciu przypadkach otrzymałem wyniki ujemne: ani w preparatach ze stolców pod drobnowidem, ani w hodowli ameb wykryć nie mogłem, pomimo wielokrotnych powtarzań. Natomiast w jednym przypadku wynik był nader dodatni.

M. H., dziewczynka 2-letnia przyniesiona na klinikę 25/VIII b. r. Z wywiadów dowiadujemy się, że od paru dni miała rozwolnienie, od wczoraj pogorszenie nagłe, kilkanaście stolców, w stolcach krew i ropa. W nocy silne bóle brzucha, kilkakrotne drgawki. Przy badaniu nie stwierdzono żadnych zmian w innych narządach. Brzuch miękki, przy dotyku bolesny. Od wczoraj 6 stolców mocno śluzowych, ślady ropy, w jednych makroskopowo krwi nie widać, w innych znowu dość wyraźne jej ślady. Przebieg wogóle dość łagodny; stolce, których mniej więcej ośm było na dzień, były tego samego charakteru; po trzech dniach było już tylko 3 stolce na dobę, a 1/IX tylko jedno zupełnie prawidłowe wypróżnienie. Chora po przyjęciu na klinikę dostała olejku rącznikowego, zalecono jej dyetę, a przy tem stosowano lewatywy z krochmalu; wewnętrznie podano tanigen, bismut; d. 3/IX jako wyleczona, oddaną została matce.

W tym przypadku badanie drobnowidowe wykazało ciałka ropne, ciałka czerwone krwi w dużej ilości, kryształy hematoidyny, bismutu i cholesteryny (kryształy te spotykałem we wszystkich badanych przypadkach dysenteryi). Kilkakrotnie spotykałem twory, nie więcej jednak jak jeden naraz w polu widzenia, wielkości 40 μ. (Mikrometeroc. 2. Obj. 8a — Reichett) z ruchami amebowatymi, o ziarnistej pierwoszczy z jądrem i jamkami (vacuolae). W jednem miejscu twór ten znajdował się zamknięty w kuli wielkości 80 μ. *(encystirte Amoebe)*. Można tu było spostrzegać wyraźnie, jak wskutek ruchów ameby, to znikała ona zupełnie, to znowu, jako mały punkcik, na brzegu kuli się zjawiała i, stopniowo rozszerzając się, zajmowała przeszło połowę wzmiankowanej kuli. Kula ta, podług Jakscha, tworzy się ze śluzu na około ameby. Ze stolca tego, jak i w innych przypadkach, przeszczepiłem cząsteczkę śluzu do nastoju ze słomy (w próbówce wyjałowionej i zatkanej jak zwykle watą) i wstawiłem do cieplarki (termostatu). Po dwóch dniach zauważyłem w próbówce jakby nader nikłą mgiełkę; po przeniesieniu jej na szkiełko i badaniu drobnowidowem, spostrzegłem, obok bakteryj, nader ładne okazy *amoeba coli*, wielkości 40—50 μ., z wyraźnymi ruchami amebowatymi. Pierwsze badanie miało miejsce 27/VIII; te same wyniki otrzymywałem jeszcze po dwu dniach; przy późniejszych badaniach widziałem pod drobnowidem tylko twory z wejrzenia zupełnie do ameb podobne, nie zdradzające jednak żadnych ruchów, jakby obumarłe ameby. Nie mogłem również później przy dalszych badaniach otrzymać ameb i w nastoju ze słomy. By nie uledz omyłce, zasięgałem przy badaniach rady asystenta klinicznego, dra Schmida i obydwaj nie mieliśmy żadnych wątpliwości, że mamy do czynienia z *amoeba coli*.

Ze względu na to, iż *colicolitis* Eschericha *(Colitis contagiosa)* przedstawia wiele podobieństw do dysenteryi (p. ref. Eschericha na zjeździe internistów w Karolowych Warach), niektórzy autorowie nawet przypisują dysenteryę działaniu prątka nader podobnego do *bact. col. com.* (Chantemesse i Widal, Maggiora, Celli), a Shiga w ostatnich czasach otrzymał odczyn Gruber-Widala w dysenteryi; otrzymałem ze stolca w tym samym przypadku czystą hodowlę *bact. col. com.* drogą zwykłą, przez rozlanie na płytki. Z czystą hodowlą 24-godzinną na agarze przeprowadziłem odczyn Gruber-Widala. Ponieważ miałem do czynienia w tym razie z małem dzieckiem, nie robiłem wenesekcyi, lecz odczyn przeprowadziłem podług skróconej metody, wypracowanej na klinice tutejszej przez Pfaundlera[1]). Polega ona na tem, że do odczynu bierze się wprost krew, nie surowicę; postępuje się zupełnie tak, jak przy braniu krwi do liczenia ciałek białych w przyrządzik do liczenia (melangeur). Bierze się krwi za każdym razem do podziałek 0,1 itd. aż do 1,0, a do podziałki 11,0 wciąga się

[1]) Eine handliche Methode zur Messung der agglutinativen Fähigkeit des Blutes Kranker. Wiener klinische Wochenschrift 1898, Nr. 21.

za każdym razem zawiesiny bulionowej hodowli *bact. coli* na agarze. Po dokładnem zmięszaniu wpuszcza się płyn ten do cieniutkich wyjałowionych próbówek, w których po zabarwieniu łatwo rozpoznać stopień rozcieńczenia. Zwykle wystarczają rozcieńczenia 0·1, 0·3, 0·5, 1·0 krwi, co odpowiada przy odczynie, przeprowadzonym z surowicą, rozcieńczeniom 1:150; 1:50; 1:30; 1:15. Przy tej metodzie mamy zwykle z jednego nakłócia dostateczną ilość krwi do przeprowadzenia odczynu; jeżeli zważymy, że, co do ścisłości, metoda ta, podług porównawczych badań Pfaundlera i innych, nie ustępuje zwykłej, to zrozumiemy, jaką ona ma doniosłość w praktyce dziecięcej, gdzie wenesekcya staje się poważną operacyą wskutek zachowania się chorego i otoczenia. By czerwone ciałka krwi nie przeszkadzały spostrzeganiu pod drobnowidem, próbówki poddaje się centryfugowaniu; na dnie mamy wówczas osad z czerwonych ciałek, a nad tem ciecz przeźroczystą; w braku centryfugi wystarczy postawić próbówki na jakiś czas w chłodnem miejscu.

Odczyn przeprowadziłem podług tej metody i przy spostrzeganiu pod drobnowidem w kropli wiszącej ani śladu aglutynacyi nie stwierdziłem w żadnem z przygotowanych rozcieńczeń. Przypadek nasz świadczyłby zatem, że nie tylko w dysenteryi podzwrotnikowej spotykają się ameby, lecz i w zwykłej, a nawet nie zbyt ciężkiej jej postaci. Czy jednak można mówić o ścisłym etyologicznym związku, gdy n. p. w naszych doświadczeniach na siedem przypadków spotykamy amebę tylko w jednym, gdy Nowak i Ciechanowski na 21 przypadków, a Janowski na 54 przypadków nie spotkali ich w żadnym? Kruse i Pasquale twierdzą, że w stolcach zdrowych ludzi znajdować się mogą ameby *coli*, że odróżniać je należy od chorobotwórczej *amoeba coli*. Schuberg badał stolce zdrowych na ameby z wynikiem ujemnym; gdy jednak dawał sól karlsbadzką, spotykał ameby w połowie wszystkich przypadków, dopóki stolce były jeszcze zupełnie płynne; wypowiada on przypuszczenie, że obecność ameb w górnym odcinku jelit grubych zależną jest od odczynu zasadowego. Już Bertrand i Baucher wypowiedzieli zdanie, że dysenterya zawdzięcza swe powstanie skojarzonemu współdziałaniu zwykłych bakteryj, nie zaś jakiemuś jednemu swoistemu zarazkowi. Tego samego zdania jest Janowski, który je dalej rozwija i uzasadnia. Że różni autorowie różne drobnoustroje przy dysenteryi znajdowali, przypisuje temu, iż wskutek działania spółbytu (symbiozy) zwykłych w przewodzie kiszkowym bakteryj, w pewnych dotąd bliżej nam nieznanych warunkach, to ta, to znowu inna odmiana bakteryj zyskuje na żywotności i wywoływać może zakażenia rozmaitego natężenia w jelitach. Janowski przypuszcza, że swoisty dla dysenteryi zarazek wogóle nie będzie odkrytym. Podług niego, wyniki przeprowadzonych dotąd badań są tak wyraźne, że dalsze badania mogą być zbyteczne, jeżeli prowadzone będą w tym samym zakresie, t. j. szukania swoistego zarazka. Janowski nakreśla dla dalszych badań inną drogę: należy, powiada on, stwierdzić co do wszystkich bakteryj, będących zdawałoby się w związku etyologicznym z dysenteryą, które jeszcze inne bakterye, znajdujące się wraz z tą odmianą w przewodzie kiszkowym, nadają jej właściwość — działania chorobotwórczego.

Jakkolwiek nie można nie przyznać Janowskiemu słuszności, że większość przypadków zwykłej dysenteryi w naszych strefach powstaje na drodze takiego spółbytu (symbiozy) bakteryj, a nie zawdzięcza swego powstania działaniu ameb, trudno pominąć milczeniem przypadki dysenteryi zwykłej u nas, gdzie z całą pewnością *amoeba coli* wykryć się daje. Zwykle są to przypadki pojedyncze, jak np. nasz, lub przypadek Laverana, który podczas małej epidemii w lipcu i sierpniu 1893 roku w Paryżu, na dziesięć przypadków tylko w jednym spotkał twór podobny do *amoeba coli;* są jednak spostrzeżenia, jak np. Hlavy w Pradze, który w 60 badanych przypadkach spotykał *amoeba coli* we wszystkich.

Janowski przypuszcza, że i w przypadkach dysenteryi podzwrotnikowej ma miejsce współdziałanie pewnej odmiany ameb, *amoeba coli* z bakteryami.

Ciechanowski i Nowak, którzy etyologią dysenteryi wzbogacili swojemi badaniami, wykazawszy, że i paciorkowce w niektórych przypadkach wchodzą tu w grę, dochodzą również do wniosku, że etyologia dysenteryi nie jest jednolitą. Autorowie ci nie zadawalniają się jak Janowski i inni nawet przypuszczeniem, iż dysenterya powstaje przez skojarzenia bakteryjne; sądzą, że przy obecnym stanie badań, jest absolutnie niemożliwe wypowiedzieć tu zdanie stanowcze.

W naszym przypadku, jako też wogóle w przypadkach dysenteryi stref umiarkowanych, w których stwierdzono obecność ameb, skłonni bylibyśmy przypuszczać, jak to czyni Janowski dla przypadków dysenteryi tropikalnej, iż mamy tu do czynienia ze współdziałaniem pewnej odmiany ameb z bakteryami.

II. Z kliniki Radcy Dworu prof. Krafft-Ebinga.

O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci.

Podał

Dr. Henryk Halban

Asystent kliniki.

(Według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. psych. i neur. w Wiedniu, w lipcu 1899 r.).

(Ciąg dalszy).

O ile nam możliwem było przejrzenie literatury, uczyniliśmy to, a mimo tego nie znaleźliśmy więcej podobnych przypadków tak, że uważamy za odpowiednie podać klasyczny przypadek porażenia opuszkowego wrzekomego u dzieci, który mieliśmy sposobność spostrzegać w ambulatoryum Radcy Dworu Krafft-Ebinga, w marcu 1899 roku. Z góry jednak zaznaczyć musimy, że przypadek nasz o tyle jest ciekawszy, że nieznaczne porażenia kończyn wprost znikają wobec nader wybitnych porażeń mięśni nerwów mózgowych.

Wywiady. Chora, mająca obecnie lat 9, jest drugiem dzieckiem rodziców zdrowych, dziedzicznie nie obciążonych, tylko ojciec nieco się jąka. Matka jej była 4 razy w ciąży i ma czworo dzieci; wszystkie 4 porody odbyły się prawidłowo. Co do drugiej ciąży, bliżej nas obchodzącej, nie zaszło podczas niej żadne zdarzenie, któreby mogło mieć jakikolwiek wpływ na chorobę dziecka. Poród odbył się w swoim czasie, dziecko się urodziło zdrowe, dobrze rozwinięte, bez porażeń kończyn, krzyczało jak inne dzieci. Jedynie od samego urodzenia dziecko to nie chciało ssać i dlatego musiano je odżywiać sztucznie, podczas gdy inne dzieci sama matka wykarmiła. Ważnym dla nas objawem było ślinienie z stale na wpół otwartych ust, zauważono je z chwilą,

gdy poczęto dziecko nosić z główką wyżej nieco podniesioną. W szóstym miesiącu życia chora dostała napadu drgawek, trwającego około godziny. Podczas tego stanu matka spostrzegła, że dziecko silnie poruszało jednem ramieniem; po napadzie nie było żadnej zmiany w stanie ogólnym dziecka. Zresztą dziecko nigdy nie chorowało, w szczególności nie miało nigdy więcej żadnych napadów. Dopiero w 4 roku życia i to po uciążliwem ćwiczeniu, zaczęło ono chodzić. Uderzającą jest i ta okoliczność, że chora od samego początku nadzwyczajnie mało się posługiwała ręką lewą. Nadto nietylko nie uczyła się, ale nawet nie próbowała nigdy mówić, czy to sama, czy powtarzając za drugimi; rozumienie mowy rozwinęło się u niej w równym wieku z innemi dziećmi. Dopiero od 2 lub 3 lat chora wydaje niewiele sylab artykułowanych, których liczba od tego czasu się jednak nie powiększa. Z tych sylab matka mogła zrozumieć tylko 2 słowa »Mutter« i »o na«, a i te wyrazy dziecko wymawia niewyraźnie, jakkolwiek zrozumiale i we właściwem znaczeniu. W szkole chora próbowała podobno wymawiać i inne pojedyncze sylaby. Z 6 rokiem życia zaczęła chodzić do szkoły na równi z innemi dziećmi, uczyła się dobrze, a nawet postępy jej w nauce były podobno lepsze, aniżeli przeciętnie ogółu dzieci tak, iż nieraz wypracowywała koleżankom zadania szkolne. W szkole i w domu była ona trudną do prowadzenia, niegrzeczną, porywczą i złośliwą.

Dziecko nie żywiło się nigdy pokarmami stałymi, a szczególnie nigdy nie przeżuwało. Płyny wyciekają mu z ust, a nigdy z nosa: u chorej spostrzegano dławienie częściej, aniżeli u innych dzieci. Cechującą jest ta okoliczność, że, jak podaje matka, dziecko to nigdy jej nie całowało. Chorej widocznie nigdy nic nie dolegało, ponieważ się nie uskarżała. Przed trzema miesiącami dostała pierwszego napadu utraty świadomości, połączonego z kurczami kończyn; strona lewa była dotkniętą silniej. Odtąd napady powtarzały się prawie co tydzień. Dziecko czuje prawie zawsze zbliżający się napad i podaje, że przed rozpoczęciem uczuwa ból w lewem ramieniu.

Stan obecny 2 marca 1899 r. Chora jest dobrze rozwinięta i odżywiona. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje nic nieprawidłowego. Obwód czaszki wynosi $50^1/_2$ ctm., czaszka przy opukiwaniu nie tkliwa, zęby sieczne karbowane, prawy płatek uszny przyrośnięty, migdałki przerosłe, garb przodkowy w okolicy lędźwiowej. Niema zaburzeń ze strony mięśni ocznych, źrenice równe, dobrze oddziaływujące na światło i akomodacyę, dno oka prawidłowe, odruchy rogówkowe i spojówkowe — utrzymane. Słuch również prawidłowy; chora słyszy i oddziaływa na słowa jak najciszej za nią wymówione. Zaburzeń smaku niema, pojętność jej na to wystarcza, ażeby te zaburzenia módz wykluczyć. Z powodu braku mowy nie mamy pewności co do stanu powonienia. Brózda nosowowargowa jest po stronie lewej nieco płytsza; czoła dobrowolnie zmarszczyć chora nie może, zarówno jak i mięśniami ust nie może wykonać żadnego ruchu dobrowolnego; ściągnięcia ust, gwizdania, cmokania wogóle nigdy nie próbowała; zamykanie oczu obustronnie prawidłowe. Nerw twarzowy działa mimicznie po obu stronach zupełnie dobrze, marszczenie czoła przy spojrzeniu w górę jest nieznaczne, po lewej stronie jeszcze mniej wyraźne, niż po prawej. Slina ustawicznie wypływa stroną lewą ust; usta są stale na wpół otwarte, na rozkaz chora nigdy ich nie zamyka; często jednak to czyni, gdy sądzi, że się na nią nie zwraca uwagi. Zbliżanie szczęki dolnej ku górnej odbywa się prawidłowo; niema odruchu żwaczowego; przy otwieraniu ust można dostrzedz lekkie cofnięcie się języka ku tyłowi. Dobrowolnych ruchów języka nie spostrzegano podczas pobytu w klinice. Odruch gardłowy i podniebienny mniej wyraźny niż zwykle; krtani nie można było zbadać z powodu porażenia języka i niemożność wydania głosu; odruch nosowy po stronie lewej mniej wyraźny, niż po prawej; odruch uszny po obu stronach równy; czucie skórne twarzy, badane wielokrotnie, — jest po stronie lewej nieco obniżone. Dalsze szczegóły, tyczące się zaburzeń w nerwach mózgowych omówimy niżej.

Chora wykonywa prawidłowo ruch głowy ku tyłowi, ku przodowi zaś o wiele słabiej; skręcanie głowy ku stronie lewej wykonywa z mniejszą siłą, aniżeli ku prawej, zarówno jak i pochylanie, jednakże różnica przy tym ruchu jest mniejsza, aniżeli przy skręcaniu. Nigdzie niema drgań włókienkowych, ani zaniku, nigdzie też odczynu zwyrodnienia.

Lewa kończyna górna jest gorzej rozwinięta; różnica ta występuje tem wyraźniej, im dalej od osi ciała; obwód w okolicy stawu nadgarstkowego różni się o 1 ctm., kończyna nieco sina, chłodna, a dziecko samo również skarży się na uczucie chłodu. Siła lewego ramienia i lewej ręki jest znacznie obniżona; siłomierz wskazuje po lewej 2, po prawej 7 kg. Stopień stężenia tylko nieznaczny, odruchy po stronie lewej bardziej wzmożone, aniżeli po prawej; czucie skórne i mięśniowe prawidłowe; lewej ręki chora nie używa do ruchów drobniejszych. Odruch powłok brzusznych po stronie prawej wydatniejszy, aniżeli po lewej. Co do kończyn dolnych, to najwięcej rażącym objawem jest tu obustronne znaczne podwyższenie odruchów kolanowych. Odruch ścięgna Achillesa po lewej nieco podwyższony, odruch podeszwowy mniej wyraźny, aniżeli po prawej. Siła ruchowa dostateczna; stężenia nie stwierdzono. Czucie i chód prawidłowe.

Godnym uwagi jest sposób żywienia się chorej; zwykle nie przeżuwa, stałe pokarmy kruszy lub rozdziera na kawałki, a następnie wprowadza je dwoma palcami możliwie najdalej ku połykowi, przyczem przechyla głowę w tył, i połyka z nadzwyczajnym wysiłkiem. Chora nie znosi, aby się jej przypatrywano podczas tego tak, że byliśmy zmuszeni czynić spostrzeżenia nasze z przyległej sali. Napoje po części wypływają lewą stroną ust; podczas pobytu w klinice chora nigdy nie dławiła się, a pokarmów płynnych nie zwracała przez nos.

Wspomnieliśmy już w wywiadach, że dziecko to nigdy nie mówiło, ani mówić nie próbowało. Mimo tego nie jest niemem, jak się zazwyczaj w takich przypadkach zdarza (sprachlos). Można, jak się Jackson wyraża, być bezmownym, nie musi się jednak być także niemym (wortlos). Cały zasób wyrazów chorej naszej składał się ze słów „Mutter“ i „o na“, które jak już wiemy, wymawiała od dwóch lat, jednak nie całkiem wyraźne — brzmiały one „Mutta“ i „ŏ-nā“, — a zawsze prawie tylko w uniesieniu. Czasem zdarzało się, że podczas badania lub podczas zabawy także słowa te wymawiała, ale nigdy na żądanie, mimo ponętnych przyrzeczeń i mimo tego, żeśmy pojedyncze te słowa jej po kilkakroć powtarzali. Dziecko jest rozumne, więc pojmuje zupełnie dobrze. Przed napadami, gdy się śmiało lub płakało, wydawało, jak już wspomnieliśmy, pojedyncze dźwięki.

(Dokończenie nastąpi.)

III. **Z kliniki lekarskiej prof. Dra A. Glizińskiego we Lwowie.**

Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi w raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej.

Podał
Dr. Roman Rencki
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Ilość ciałek białych już w warunkach fizyologicznych, jak wiemy, jest zmienną. Moleschott, Nasse, a później Hirt spotykali we krwi po spożyciu pokarmów białkowatych znaczną leukocytozę. Hoffmeister odnosi ją do powstawania przez podział jąder nowych ciałek jednojądrzastych w utkaniu gruczołowem (adenoidalnem) jelit, będącego wyrazem morfologicznym przyswajania (asymilacyi) substancyi białkowatych. Pohl znajdował zawsze leukocytozę po obfitem podaniu białka, a nie znachodził jej pod wpływem węglowodanów, tłuszczów, ani wody i soli. Przyrost c. białych wśród trawienia, według niego, wynosić może 35—146%, a szczyt leukocytozy przypada na 3cią godzinę po spożyciu pokarmów, nie pojawia się zaś nigdy przed 1szą godziną. Podobny okres czasu (3—4 godziny), potrzebny do powstania leukocytozy trawiennej, podaje i Rieder. Przeciwnie Schultz spotykał powiększenie ilości ciałek białych już w pierwszej $1^1/_2$ godz. po spożyciu pokarmów. Autor ten,

podobnie jak i Rieder, nie przyjmuje teoryi Hoffmeistera, twierdząc, że ciałka białe nie tworzą się wśród trawienia. Jakkolwiek obecność leukocytozy trawiennej nie ulega już dzisiaj wątpliwości, to przecież, jak wykazał Limbeck, nie u każdego nawet zdrowego osobnika, a nawet nie zawsze u jednego i tego samego, występuje pomnożenie ilości ciałek białych wśród trawienia.

Müller rzadko spotykał leukocytozę trawienną i to tylko po obfitszem spożyciu pokarmów w niedokrewności, a nie znalazł jej wcale w 4 przypadkach nowotworu żołądka, bez względu na stopień siły trawiennej soku żołądkowego. Brak ten tłomaczy chorą, ewentualnie zwężeniem odźwiernika, nie wyjaśnia jednak nieobecności leukocytozy traw. u ludzi zdrowych.

Na zachowanie się leukocytozy trawiennej zwrócono w ostatnich czasach baczniejszą uwagę, chcąc zużytkować ją w chorobach żołądka do celów rozpoznawczych.

Schneyer, mając za sobą spostrzeżenia Müllera, badał zachowanie się ilościowe ciałek białych podczas trawienia u ludzi, dotkniętych rakiem i wrzodem okrągłym żołądka. We wszystkich przypadkach nowotworu stwierdził zawsze brak leukocytozy trawiennej, a znalazł ją 6 razy na 7 przyp. wrzodu. Sądzi więc, że pojawienie się leukocytozy trawiennej przemawia przeciw nowotworowi, brak jej jednak nie może cechować raka, albowiem i w prawidłowych warunkach może się ona nie pojawiać. Spostrzeżenia te potwierdzili: Hartung, Jeż i Ascoli, a po części i Capps.

Hassmann natomiast opisuje 2 przypadki nowotworu żołądka, przebiegające ze zwężeniem odźwiernika, w których po $^1/_2$—1 godz. pojawiła się leukocytoza (+ 1300, 2700). Podobnie i Chadbourne, jak i Hoffmann nie przypisują leukocytozie trawiennej zbyt wielkiego znaczenia, gdyż może się ona pojawić i w nowotworze żołądka.

Wobec tak odmiennych zdań, celem poznania rzeczywistej wartości leukocytozy trawiennej przeprowadziłem w tym kierunku badanie na obfitym materyale kliniki stałej, odnoszącym się do nowotworów i wrzodów żołądka. Ze względu na pomyłki przy obliczaniu, których ustrzedz się nie podobna, starałem się o możliwą dokładność. Za wynik obliczenia ciałek białych brałem przeciętną z liczb znalezionych w 2—3 mm. sz. Uwzględniając zarzut Schultza autorom, że nie dość wcześnie oznaczali leukocytozę traw., gdyż ma ona zjawiać się w pierwszych 6ciu kwadransach po spożyciu pokarmów, badałem krew co $^1/_2$—1 godziny, z tym dodatkiem, że w braku leukocytozy, obliczenia wykonywałem przez 8—12 godzin, a w wyjątkowych razach i przez czas dłuższy. Chorzy przed doświadczeniem nie dostawali pożywienia od 16—18 godzin, a tym, którzy okazywali objawy zwężenia odźwiernika, przepłókiwano wieczorem dnia poprzedniego dokładnie żołądek. Rano zwykle między 7—8 godziną, po poprzedniem oznaczeniu ilości ciałek białych, dostawali śniadanie złożone z trzech jaj, 100—150 grm. szynki, $^1/_2$ ltr. mleka i 1 bułki.

Zanim przystąpimy do zestawienia i omówienia wyników, otrzymanych w przebiegu wrzodu i raka żołądka, pozwolę sobie podać dla łatwiejszego zoryentowania się i wyrobienia sobie zdania o leukocytozie w obu tych sprawach chorobowych, spostrzeżenia nad leukocytozą traw., które poczyniłem nad ludźmi częścią zdrowymi, częścią dotkniętymi innemi chorobami. Nadmienić muszę, że wtedy przyjmowałem obecność leukocytozy traw. za stwierdzoną, jeśli przyrost ciałek białych przenosił 2000.

Z obliczeń tych wynika, że, po spożyciu pokarmów białkowatych, występuje zwykle powiększenie liczby ciałek białych. Z pośród 12 przyp. w 3 tylko nie pojawiła się leukocytoza traw., w innych przyrost wynosił 2900—5800 c. b., przeciętnie 3911. Występowała ona w 2ej godzinie, a szczyt przypadał bez wyjątku po 3—4 godzinach. Powrót do stanu prawidłowego nastawał u jednych dość szybko, u innych powoli. Leukocytozy traw. nie stwierdziliśmy w przypadku niedowładu, oraz nieżytu jelit, nadto u jednego zupełnie zdrowego, co będziemy się starali poniżej wyjaśnić.

Stosunek wzajemny pojedynczych gatunków ciałek b. podczas leukocytozy trawiennej nie ulegał wielkiej zmianie; w każdym razie mogliśmy stwierdzić małe zwiększenie ciałek białych jednojądrzastych, oraz c. eozynochłonnych.

Leukocytozę trawienną oznaczaliśmy w 11 przyp. nowotworu, a w 10 wrzodu okrągłego żołądka.

Z pośród 11 przyp. raka stwierdziliśmy, zgodnie z przeważną częścią autorów, w 4 zupełny brak leukocytozy trawiennej. W pozostałych 7miu, wystąpiła ona wyraźnie, a przyrost ciałek białych wynosił 2300—5700, przeciętnie 3650. Jeżeli uwzględnialiśmy okres powstawania leukocytozy, to przekonaliśmy się, że był on prawidłowy (2—4 godz.) tylko u trzech chorych. W 4ech przyp. natomiast stwierdziliśmy opóźnienie, które przeciągało się do 6ciu, a nawet 14 godzin.

We wrzodach żołądka, z których znaczna część sprowadziła zwężenie odźwiernika, leukocytoza traw. wystąpiła 7 razy, a przyrost ciałek b. wahał między 2000—4000, średnio 2862. Prawidłowy czas jej wystąpienia stwierdziliśmy w 3ch przyp., w 4ch zaś opóźnienie, które przeciągało się od 5 do 9 godzin. U jednego z chorych obecność leukocytozy była niestałą, raz przyrost wynosił 2000, a przy ponownem obliczaniu 1200. Wymownie świadczą o wartości leukocytozy 2 nasze przypadki wrzodu, w których pomimo dłuższego spostrzegania, bo $6^1/_2$—8 godzin, wcale jej nie stwierdzono, w 1ym nawet z nich liczby, znalezione po przyjęciu pokarmów, były mniejsze, niż po 18togodzinnem głodzeniu.

Aby wyjaśnić tę niestałość pojawiania się leukocytozy trawiennej w raku i wrzodzie żołądka, musimy rozważyć te czynniki, które mają wywierać wpływ na jej powstawanie.

Jako przyczynę braku leukocytozy traw. w raku żołądka podawano zmiany anatomiczne w błonie śluzowej (Schneyer, Jeż, Hassmann), wyniszczenie nowotworowe (Müller), wreszcie zwężenie odźwiernika (Müller, Hassmann).

Schorzenie błony śluzowej może być powodem niedostatecznej peptonizacyi substancyj białkowatych, oraz upośledzać czynność chłonienia w żołądku. Nie można jej jednak przypisać większego wpływu na powstawanie leukocytozy traw. Brak wydzielania HCl nie odgrywa tu żadnej roli. Dowodzą tego spostrzeżenia Müllera i opisane przez Schneyera przypadki raka żołądka, z pomiędzy których w 5ciu stwierdzał Sch. brak leukocytozy trawiennej, mimo obecności wolnego HCl. Za tem przemawiają również dosadnie i nasze spostrzeżenia, które wykazały brak leukocytozy traw. przy obecności HCl w przypadkach wrzodu żołądka. Rozległości zmian chorobowych, wywołanych w błonie śluz. obecnością nowotworu, nie można obwiniać o przyczynę niedostatecznego przyswajania pokarmów. Dowodzą tego nasze przypadki, z których n. p. w jednym, rak rozlany zajmował większą część żołądka, a przecież szybko, bo po 2 godzinach, wystąpiła wyraźna leukocytoza (+ 3500).

Wyniszczenie nowotworowe samo nie wystar-

cza do wytłómaczenia tego zjawiska. Przy obecności jego możemy znaleźć leukocytozę, a może się ona nie pojawiać i przy braku większego wyniszczenia (Schneyer).

Jaką wreszcie rolę odgrywa tu zwężenie odźwiernika? Szczególniejszą zwracają na siebie uwagę te przypadki nasze raka i wrzodu żołądka, w których leukocytoza traw. nieraz znacznie się opóźniała, a nawet u jednego i tego samego chorego zjawiała się raz wcześniej, to znowu później. Znajdowaliśmy przedewszystkiem brak leukocytozy w tych przypadkach, w których zwężenie odźwiernika było znaczne, a rozstrzeń żołądka większego stopnia. Przeciwnie, gdy zaległości treści pokarmowej nie były obfite, a więc zwężenie nie było wielkie, tam, bez względu na to, czy przyczyną zwężenia był rak, czy wrzód, stwierdzaliśmy obecność leukocytozy traw., jużto w prawidłowym okresie czasu, jużto po większem lub mniejszem opóźnieniu. Częstokroć tam, gdzie pierwotnie nie mogliśmy wykazać przyrostu ciałek białych, występował on w chwili, gdy ogólny stan chorego się poprawiał, a zaległości w żołądku stawały się mniejsze.

Nasunąć to musiało usprawiedliwione przypuszczenie, że wynik leukocytozy trawiennej nie tyle zawisł od zmian nowotworowych, lub stopnia owrzodzenia, ile od ich następstw, czyli od stopnia zwężenia odźwiernika, a co za tem idzie, od łatwości przedostawania się pokarmów z żołądka do jelit.

Zdolność przyswajania substancyj białkowatych przypada w udziale żołądkowi i jelitom. Czynność jednak asymilacyjna jelit, jak to już wynika z ich budowy, jest nieporównanie większa i energiczniejsza. Jakkolwiek nie można w zupełności odmówić żołądkowi udziału w asymilacyi, a więc i warunków do powstania leukocytozy traw., to przecież czas najczęstszego pojawiania się szczytu leuk. traw. po 3—4 godzinach od przyjęcia pokarmów i nasze liczne spostrzeżenia zniewalają czynić ją zawisłą od asymilacyi wytworów przemiany substancyj białkowatych w jelitach Tem bardziej odnosić się to może równocześnie do raka i wrzodu żołądka, gdyż obie te sprawy chorobowe, tocząc się przeważnie w części odźwiernikowej, gdzie istnieją warunki asymilacyjne, takowe upośledzają.

Dla pewniejszego przekonania się, o ile zwężenie odźwiernika, jakiejkolwiek przyrody, wpływać może na powstawanie leukocytozy traw., stosowałem u kilku chorych, u których przy znacznem zwężeniu odźwiernika nie wystąpiła leukocytoza trw., wysokie lawatywy odżywcze, złożone z 400 grm. mleka, 2 jaj i 15 grm. nutrozy, oznaczając przytem liczbę ciałek białych. Doświadczenia te wykazały, że można i wśród stosowania lawatyw odżywczych wykazać powiększenie ilości ciałek białych. W przypadku np. wrzodu żołądka, w którym poprzednio nie stale i niewyraźnie występowała leukocytoza traw., przyrost ciałek białych już po $1^1/_2$ godz. wynosił 2400. Ponieważ sposób ten nie nadawał się do większej liczby doświadczeń, przeto wkrótce porzuciliśmy go, tem rychlej, że mieliśmy do rozporządzenia chorych, u których poprzednio badano leukocytozę traw. a u których później wykonano w klinice chirurgicznej lwowskiej gastroenterostomię, lub wycięcie odźwiernika.

Jeżeli więc tylko zwężenie odźwiernika jest przyczyną braku leukocytozy traw., tak w przebiegu raka, jakoteż wrzodu żołądka, to po usunięciu tej przeszkody przez zabieg operacyjny, powinny wrócić warunki do jej powstawania. W tym celu badano zachowanie się leukocytozy traw. pooperacyjne w dwóch przypadkach nowotworu żołądka, a w 4 przypad. wrzodu okrągłego. Wyniki otrzymane dostatecznie przekonały nas, że przywrócenie drożności pomiędzy żołądkiem a jelitami, czy to przez wycięcie odźwiernika, czy wykonanie gastroenterostomii, stwarza ponownie warunki do powstawania leukocytozy traw. tam, gdzie jej przedtem stwierdzić nie można było a przyspiesza pojawianie się, gdzie ona się opóźniała. Prawidłowa zatem czynność odźwiernika odgrywa prawie wyłączną rolę przy powiększaniu się ilości ciałek białych wśród trawienia. Oczywiście muszą istnieć stosunki prawidłowe w samych jelitach; tu bowiem wszystkie sprawy patologiczne, któreby utrudniały, lub uniemożliwiały ich czynność asymilacyjną, odbić się muszą i na zachowaniu się leukocytozy traw. Dlatego może brakować leukocytozy traw. w nieżytach jelit i tem należy tłomaczyć nieobecność jej u naszego chorego, dotkniętego nieżytem jelit i żółtaczką.

Trudniej wyjaśnić się daje niepojawianie się leukocytozy traw. u ludzi, zresztą zupełnie zdrowych. Według spostrzeżeń Schultza, tem większy jest przyrost ilości ciałek białych, im obficiej podajemy pokarmy białkowate i to im w dłuższych odstępach czasu. Dlatego też u królików i młodych psów nie ma leukocytozy trawiennej, gdyż one ciągle jedząc, są w stanie trwałego trawienia; można ją wywołać dopiero po dłuższem głodzeniu. Być więc może, że i u ludzi, którzy nie okazują fizyologicznej leukocytozy traw., istnieją podobne warunki trawienia. Należałoby przyjąć u nich osłabienie kurczliwości odźwiernika, w którego następstwie istnieje niedomykalność (*incontinentia pylori*). Pokarmy wówczas nie przedostają się do jelit w prawidłowych odstępach czasu i w większej ilości, lecz powoli a stale. Za istnieniem wspomnianej niedomykalności przemawiaćby mogły wyniki oznaczania ilościowego ciałek białych u chorych ze zwężeniem odźwiernika. W pierwszych tygodniach bowiem po przywróceniu drożności między żołądkiem a jelitami, t. j. w czasie, gdy pokarmy bezustannie przepływały z żołądka do jelit, nie pojawiała się leukocytoza trawienna. W tych przypadkach występowała ona dopiero z chwilą, gdy czynność mechaniczna żołądka zbliżała się w tym kierunku do prawidłowej, że żołądek mógł już zatrzymywać pokarmy przez czas dłuższy i przesuwać je okresowo do jelit w pewnych odstępach czasu.

W podobny sposób należałoby tłómaczyć brak leukocytozy traw. przy zwężeniach odźwiernika, czy to na tle nowotworu, czy wrzodu i następowej blizny. Treść pokarmowa bez wątpienia i tu przedostaje się do jelit, lecz zwolna i w małej ilości, gdyż zmieniony i zgrubiały odźwiernik, będąc w stanie niedomykalności, nie działa należycie, tem więcej, że słabnie i czynność mechaniczna żołądka przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej.

Uwzględniając wyniki naszych spostrzeżeń nad leukocytozą trawienną, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Wśród czynności trawienia pokarmów białkowatych występuje w przeważającej liczbie przypadków powiększenie ilości ciałek białych, czyli leukocytoza trawienna; szczyt jej przypada zwykle pomiędzy 3cią a 4tą godz.

po spożyciu pokarmów, a przeciętny przyrost ciałek b. wynosi 3543.

2) Dla powstawania jej potrzebną jest prawidłowa czynność odźwiernika, oraz jelit.

3) Od zmian chorobowych w obu wspomnianych kierunkach zależy brak leukocytozy traw. w stanach patologicznych przewodu pokarmowego.

4) Obecność zwiększenia ilościowego ciałek białych wśród trawienia nie daje żadnych wskazówek rozpoznawczych w wątpliwych przypadkach nowotworu i wrzodu okrągłego żołądka; w obu bowiem sprawach chorobowych może się pojawić, albo nie i to niezależnie od samej istoty choroby.

5) Brak leukocytozy trawiennej u ludzi zdrowych odnieść można do osłabienia kurczliwości odźwiernika, powodującego następową jego niedomykalność.

IV. O zaburzeniach układu nerwowego, a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Według wykładu mianego na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Monachium dnia 20 września 1899 r.).

(Dokończenie).

Spostrzegany przezemnie przypadek nerwicy po rażeniu gorącem przedstawiał się, jak następuje:

Wywiady: Pacyent mój, liczący lat 25, jest urzędnikiem kolejowym i pochodzi ze zdrowych rodziców. Jeden z wujów jego cierpiał na chorobę umysłową, której chory bliżej oznaczyć nie umie.

Mając lat 13 chorował pacyent na zapalenie opon mózgowych, następnie zaś był najzupełniej zdrowym. Przed pięciu laty służył w wojsku jako jednoroczniak. Dnia 22go czerwca 1894 r. uległ rażeniu gorącem. Przypadek ten opisuje pacyent w sposób następujący:

„W towarzystwie trzech znajomych przedsięwziałem wycieczkę w góry, której celem był szczyt, sięgający 5,500 stóp wysokości; góra ta, będąca wapienną skałą, porosła lasem, mniej więcej do $^2/_3$ swej wysokości. Byłem znużony, gdyż do samego wieczora dnia poprzedniego pełniłem moją dość uciążliwą służbę. Wyruszyliśmy około godziny $^1/_2$7 rano. Dzień był cichy, parny i jasny [1]). Po niejakim czasie uczułem wśród drogi lekkie ciśnienie w okolicy czoła, które się z biegiem czasu wzmagało. Ponieważ głowa moja oblewała się potem, zdejmowałem od czasu do czasu kapelusz i przykrywałem głowę chustką. Mniej więcej około godziny pół do 11tej przed południem zaczęły mi dolegać uczucie palącego gorąca w głowie i cisnący ból w okolicy czoła, mianowicie ponad brwiami. Odczuwałem zarazem duszność i niepokój w okolicy dołka podsercowego. Równocześnie zauważyłem, że chód mój stał się niepewnym i chwiejnym. Nagle straciłem przytomność i upadłem, według opowiadania mych towarzyszy, w tył na ziemię. Oblewanie głowy zimną wodą, zakropienie kilkakrotne kroplami Hoffmanna i zastosowanie salmiaku, jako środka podniecającego, przywróciło mi zwolna i stopniowo, mniej więcej po $1^1/_2$ godzinie po owem zajściu, samowiedzę. Prowadzony i podtrzymywany, doszedłem wreszcie mniej więcej po sześciu godzinach do najbliższej u stóp góry położonej miejscowości, do której się zwykle w przeciągu trzech godzin dociera. Byłem nadzwyczajnie zmęczony, wyczerpany i odczuwałem lęk niewysłowiony przed ponowieniem się przebytego co dopiero niebezpieczeństwa. Przyszedłem jednakże niebawem zupełnie do siebie i czułem się następnie przez dwa mniej więcej tygodnie względnie dosyć dobrze. Później jednakże zacząłem cierpieć na uczucie ciśnienia w głowie, ból głowy, często się powtarzające krwawienie z nosa, uczucie niepokoju i ciśnienia w okolicy dołka podsercowego. Z dolegliwościami temi łączyło się uczucie lęku, wywołane światłem słonecznem. Gdy chodzę po ulicy wśród bezpośrednio padających promieni słonecznych, budzi się natychmiast w mej pamięci wspomnienie przebytego przypadku i połączonego z nim niebezpieczeństwa. W tejże samej chwili rodzi się we mnie lęk i przestrach, wprawiający mnie w uczucie najzupełniejszej bezsilności i osłabienia. Z pomienionym nastrojem łączą się drżenie w całem ciele i krótko trwające zawroty głowy. Wśród nich słaniam się, odczuwam skłonność do padania naprzód i zdaje mi się wtedy, jakoby przedmioty mnie otaczające były ruchome i ujęte w lekką drżącą mgłę. Zawrotom tym towarzyszą uderzania krwi do głowy, uczucie w niej gorąca i zajęcie. Pewniejszym siebie i spokojniejszym czuję się dopiero wtedy, gdy przejdę na zacienioną stronę ulicy. Niejednokrotnie wystarcza już odbicie się promieni słonecznych na szybach, na biórku mego pokoju i t. p., aby wywołać we mnie uczucie lęku z opisanymi objawami. Od czasu przebycia wzmiankowanego niebezpieczeństwa czuję się nadzwyczajnie drażliwym i wrażliwym. Pamięć moja ucierpiała trochę względnie do wrażeń ostatniego czasu, siła uwagi zmniejszyła się, chęć do pracy i wytrwałość w niej opuściły mnie prawie zupełnie. Przy szybszem poruszaniu się, n. p. schylaniu się lub wbieganiu na wschody, doznaję kołatania serca i uderzania krwi do głowy. Wśród dni gorących opadają mnie duszność, ogólne osłabienie i przygnębienie. Używanie napojów wyskokowych nawet w małych ilościach wprawia mnie w wielkie rozdrażnienie. Od czasu do czasu cierpię na szum w uszach. Przy dłuższem czytaniu dręczy mnie migotanie przed oczyma, a oczy mgła zachodzą“.

Wynik badania: Pacyent wzrostu słusznego, silnie zbudowany, mięśnie i podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte, cera blado-żółtawo-czerwona; widzialne błony śluzowe czerwono są zabarwione. Na całem ciele, mianowicie na ramionach i piersiach, dostrzedz można, zwłaszcza wśród naglejszych ruchów, prążkowate i włókienkowate drgania. W jamach nad- i podobojczykowych występuje obustronnie lekkie tętnienie żył. Nerwy nad- i podoczodołowe są w miejscu wystąpienia na czoło, względnie na policzek, wrażliwe na ucisk. Ugniecenie trzech górnych kręgów lędźwiowych wywołuje u pacyenta uczucie zimnego dreszczu. Pędzelkiem, szpilką i zastósowaniem prądów elektrycznych (galw. i farad.)

[1]) Poranne sprawozdanie bawarskiej centralnej stacyi meteorologicznej, odnoszące się do stanu powietrza w dniu wzmiankowanym, jest następujące: Stan barometru 768,6; słaby wiatr zachodni, niebo pogodne, opad 4 mm., ciepłota + 15°C. W dniu poprzedzającym po południu burze gradowe, nocą słaby deszcz, rankiem mgła i opary. — Najwyższa ciepłota w ostatnich 24 godzinach wynosiła 22°C.

stwierdza się przeczulica skóry na tułowiu i kończynach. Odruchy skórne i kolanowe są znacznie wzmożone. Serce okazuje granice prawidłowe; tony jego są ciche, tępe, uderzenia serca i jego wierzchołka przyspieszone, nierówne i nierytmiczne. Ostatnie dają się wyczuć niewyraźnie na wewnątrz od linii sutkowej w piątem międzyżebrzu. Tętno sprychowe przyspieszone (80—90 uderzeń na minutę) i nierówne. Odpowiednio do tego okazuje tętnica sprychowa zmienną wysokość i napięcie. Czynność innych narządów wewnętrznych nie przedstawia żadnych zaburzeń. Mocz nie zawiera żadnych składników chorobowych. Oczy pacyenta są bez blasku. Wzrok robi wrażenie marzycielstwa, tonąc w dali bez zastanawiania się na otaczających przedmiotach. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy dno oczu oraz ich ruch są prawidłowe.

Czynność psychiczna: Wzmożona wrażliwość, i wyżej już wymienione osłabienie pamięci; w wyrazie twarzy, postawie i ruchach pacyenta przebija raz niepokój i niepewność siebie, to znowu lęk, lub zmięszanie się i roztargnienie. Tłem całego nastroju duszy jest psychiczne przygnębienie.

Rozpoznanie: Zcharakteryzowany obraz choroby, którego najgłówniejszymi rysami były: uczucie ciśnienia w głowie, wzmożona drażliwość i wrażliwość, wzmożone znużenie psychiczne, omamy, lęki i przygnębienie psychiczne przemawiają za niedomogą mózgową z odcieniem zadumczym (hipochondrycznem), wywołaną rażeniem gorąca.

Terapia polegała na zabiegach, mających na celu:

1) zahartowanie i wzmocnienie osłabionej konstytucyi fizycznej, a to: wycieraniami mokrem prześcieradłem, chłodnemi basenowemi (20°R.) i rzecznemi kąpielami, które pacyent brał dwa do trzech razy tygodniowo;

2) wzmocnienie rozstrojonej konstytucyi psychicznej: za pomocą poddawania (sugestyi) zwalczające lęki i chorobliwe samopoddawanie, rozrywki, później stopniowe przejście do zajęcia się pracą.

Po dwu mniej więcej miesiącach chory stał się daleko spokojniejszy i pewniejszy siebie, nie był już tyle wrażliwym i nie nużył się tak szybko, jak dawniej. Złudzenia i lęki nie opuściły go wprawdzie zupełnie, ale zmniejszyła się przynajmniej znacznie ich częstość i siła. Z fizycznych dolegliwości odczuwał chory jedynie lekkie ciśnienie w okolicy wyjścia nerwów nadoczodołowych.

Analiza: jako powód usposabiający do rażenia uważać można stan znużenia, w którym się pacyent bezpośrednio przed podjęciem wycieczki górskiej znajdował. Rażenie gorącem wprawiło go w niebezpieczeństwo życia. Z niebezpieczeństwa zaś tego wynikło przerażenie, które, jak należy przyjąć, wywołało wstrząśnienie całego ustroju, a w szczególności mózgu i duszy.

Co do zaburzeń psychicznych, toześrodkowywały się one poniekąd w złudzeniach niebezpieczeństwa, którym chory podlegał. Złudzenia rzeczone powstawały niejako pod wpływem światła słonecznego [1]), które stało się dla pacyenta od czasu przebycia rażenia silnem podrażnieniem, wywołującem wrażenie wstrząsające. Z tem podrażnieniem i wrażeniem łączyło się za każdym razem wspomnienie przebytego niebezpieczeństwa. Wspomnienie to budziło w samowiedzy chorego, skutkiem, jak sądzić można, nieprawidłowego kojarzenia i łączenia się psychicznych pierwiastków tak bardzo łudzący obraz przebytego niebezpieczeństwa, że chory uważał fikcyjny ten obraz za rzeczywistość. Ze złudzeniem tem, według orzeczenia samego, bardzo inteligentnego pacyenta, stał dręczący go lęk w najściślejszym związku. Lęk ten tamował niejako nie tylko przypływ nowych wrażeń i hamował tworzenie się nowych pojęć, lecz zaciemniał zarazem wrażenia, uczucia i pojęcia, już w duszy chorego się znajdujące, mroczył inteligencyę, ubezwładniał wolę i zacieśniał samowiedzę. Ostatnia nie zawierała w danej chwili nic, krom złudzenia niebezpieczeństwa i obawy o zagrożone niem życie. Ten łańcuch zboczeń i zaburzeń fizyologicznych, psychicznych i fizyologiczno-psychicznych, przedstawionych w opisie choroby, cały ten stan złudzeń i lęków, budził w umyśle chorego rozliczne chorobliwe samopoddawania (autosugestye) i rodził w nim nowe rozdrażnienia, nowy niepokój, nowe obawy i lęki. Do takich chorobliwych samopoddawań należało n. p. wmawianie w siebie, że choroba jest nieuleczalną, że uczyni chorego niezdolnym do pracy i t. p. Niejako zaś ostatniem ogniwem i wynikiem pomienionych zaburzeń było umotywowane niezadowolnienie ze siebie i z warunków bytu i życia, niezadowolnienie, rodzące ból i przygnębienie psychiczne.

Opierając się na spostrzeżeniach Darwina, Langego, Anjela, Cordesa, Sarloa, Bernardiniego, Kaana, Löwenfelda, Bouvereta i innych i postępując śladami przyjętej przez nich teoryi naczyniowo-odruchowej, przypuszczaćby należało, że wstrząśnienia mózgowo-psychiczne wprawiają pewne ośrodki rdzenia przedłużonego, a mianowicie ośrodki naczyniowo-odruchowe w stan przedrażnienia i osłabienia Teorya ta ma wiele ponętnego za sobą, choćby już z tej przyczyny, że objawy naczyniowoodruchowe są dla spostrzegającego najwięcej bijące w oczy (Moebius). Ale nie tłómacząc wszystkich, wywołanych niedomogą nerwową objawów, nasuwa ona mimowoli pytanie, czy inne ośrodki nerwowe nie są tu także bez wagi i znaczenia.

Już przed dwudziestu przeszło laty (1876 r.) Freusberg, uznając zarazem zalety teoryi naczyniowo-odruchowej, podniósł głos swój przeciw jej jedynowładztwu w poważnej fizyologicznej rozprawie swej „O drżeniu“ *(„Über das Zittern“)*. Powstaje on w niej pomiędzy innemi przeciw tłómaczeniu stanów i zaburzeń, ogarniających szeroko ustrój. oddziaływaniem określonych ośrodków nerwowych (naczyniowoodruchowych), znajdujących się li tylko w rdzeniu przedłużonym, i przyjmuje prócz tych inne jeszcze osobne ośrodki nerwowe, podniecające narządy do czynności. Pomiędzy pierwszym i drugim rodzajem ośrodków panuje, zdaniem jego, ścisły bardzo związek. Odnosząc dalej swoje, na doświadcze-

[1]) W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem następujące luźne tylko wzmianki o złudzeniach i lękach, powstających pod wpływem światła słonecznego. Löwenfeld wspomina w rozprawce swej „Oagorofobii“ bardzo pobieżnie tylko, że u jednego z jego pacyentów pojawienie się lęków zależało od rozmaitych przypadkowych okoliczności. Do nich zalicza Loewenfeld jasne światło dzienne i jaskrawy blask słońca. Dalej, mówiąc o współudziale siatkówki w nadczułości całego układu nerwowego nadmienia Cordes o lęku, powstającym przy chodzeniu koło sztachetów, przez które słońce prześwieca. Na siatkówce tworzy się wtedy w szybkiem po sobie następstwie cała serya zmieniających się odbić światła i cienia, a wywołane niemi znużenie i wyczerpanie jej odbija się w duszy uczuciem lęku.

niach oparte wnioskowania, do drżenia, jako do echa psychicznych wstrząśnień i jako wyrazu osłabienia i znużenia narządów ruchowych, mniema Freusberg, że polega ono na wahaniu się siły inerwacyi, udzielanej mięśniom przez ośrodki ruchowe.

Z etyologicznego i patogenetycznego punktu widzenia zasługuje na uwagę w przypadku moim wzmiankowane w historyi choroby znużenie i z niem się łączące wyczerpanie chorego. Przyznać tu można pewne znaczenie fizyologicznej teoryi znużenia, reprezentowanej przez Helmholtza, Harless'a, Rankego, Pettenkoffera, Kroneckera, Voita, Pflügera, Preyera, Zuntza, przyjmującej tworzenie się i nagromadzanie we krwi kwasu węglowego, mlekowego, fosforanu potasowego i innych trujących substancyj. — Inni badacze, jak Wundt i Kraepelin, kładą większy nacisk na rysy psychiczne neurastenicznego znużenia. Ostatnimi czasy usiłował Mosso, w znakomitej swej pracy „O znużeniu", wyjaśnić etyologię i istotę fizycznego i psychicznego znużenia. — Charcot i jego szkoła przyjmują jako patogenetyczną podstawę wywołanych zwłaszcza wstrząśnieniami nerwic (histeryi etc.), zaburzenia czynnościowe kory mózgowej, — powodujące zaburzenia psychiczne, — oraz zaburzenia odnośne w ośrodkach ruchów i czucia, znaczące się odpowiedniemi nieprawidłowościami w czynności narządu ruchowego i zmysłów. Meynert, Krafft-Ebing i inni kładą w swych hipotezach nacisk na przekrwienia czynnościowe ośrodków nerwowych, na zaburzenia w ich odżywieniu i na zmiany chemiczne ich substancyi. Nie sposób mi jest przytoczyć choćby tylko pobieżnie wszystkich, odnoszących się do tego przedmiotu, hipotez i teoryj. Według mego przekonania już sama ich mnogość przemawia za tem, że każda z nich, wychodząc z pewnego naukowego punktu widzenia, objaśnia li tylko pewną część fizycznych i psychicznych objawów neurastenii. Mianowicie zaś, co do ostatnich, hipotezy te polegają w przeważnej części na mniej lub więcej szczęśliwych domysłach, nie zdolnych jednakże wniknąć w głąb całego szeregu zagadnień, stanowiących dla nas dotąd tajemniczą istotę duszy.

W analizie naszej wypada nam jeszcze zastanowić się krótko nad poprzedzającą wstrząśnienie psychiczne szkodliwością, t. j. nad rażeniem gorącem (Hitzschlag). Jacubasch, na podstawie sekcyi, zalicza do czynników patologicznych i chorobotwórczych rażenia gorącem: żylne przekrwienia w ogólności, w szczególności zaś przekrwienia naczyń krwionośnych mózgu, rdzenia i płuc. — Drobnowidowe badania Lewicka, Siedamgrotzkiego, Ullmana, M. Schultzego (por. Jacubascha monogr. Str. 48—49 i 99) wykazały dalej rozpad licznych krwinek czerwonych u dotkniętych rażeniem słonecznem i gorącem. Do tej okoliczności odnieść może należy znacznie zmniejszoną zawartość tlenu, którą znaleźli i doświadczalnie dowiedli Klaudyusz Bernard [1]), Vallin i inni badacze we krwi zwierząt, poddanych wysokiej ciepłocie.

Jako patologiczno-kliniczne czynniki przyjmuje tu Jacubasch podwyższenie ciepłoty ciała, niekiedy do 41° C. i więcej, osłabienie siły popędowej mięśnia sercowego, wreszcie zaburzenia w krążeniu, wyrażające się przekrwieniem żylnem i słabem zarazem napełnieniem tętnic. O ile te patologiczno-kliniczne czynniki w opisanym przezemnie zachodziły przypadku, skłonny jestem przyznać im odpowiednią wagę i znaczenie.

[1]) Klaudyusz Bernard stara się objaśnić sprawę tę przypuszczeniem, że rozgrzana krew przemienia tlen, wskutek odpowiednich połączeń chemicznych w kwas węglowy (por. Jacubasch str. 99).

Piśmiennictwo.

1) Baglivii Georgii opera omnia, Lugduni 1704. P. 623—624. 2) Portio Luca Antonio. De militis in castris sanitate tuenda. Neapoli 1728. P. 110—117. 3) Van Swieten. Kurze Beschreibung u. Heilungsart der Krankheiten, welche am öftesten in dem Feldlager beobachtet werden etc. Münster 1759. 96—101. 4) Tissot. Die Anleitung für das Landvolk in Absehung auf seine Gesundheit. Aus d. französ. durch S. Hirzel Med. Doct. etc. Augsburg u. Innsbruck 1772. S. 159—168. 5) Pringle Johann. M. D. etc. Beobachtungen über die Krankheiten d. Armee, in's Deutsche übers. von A. E. Brande. M. D. Altenburg 1772. 6) Lieutaud M. Précis de la médécine pratique etc. p. 249—264. XIV édition Paris 1776. 7) Schmucker Leberecht. Vermischte chirurgische Schriften. Berlin u. Stettin 1779. II Bd. S. 134—140. 8) E. Esquirol. Des maladies mentales. Bruxelles 1838. Tom I. P. 146—147. 9) Heusinger. Recherches de pathologie comparée Vol. I. P. 317. Cassel 1847. 10) Schmidt'sche Jahrbücher. Zur Kenntniss des Sonnenstichs. Bd. 129. S. 296. 1866. 11) Obernier. Der Hitzschlag etc. Bonn 1867. 12) Passauer. Über Todesfälle nach Insolation etc. Vierteljahrs chrift für gerichtliche und öffentliche Medicin 1867. 13) Schmidt'sche Jahrb. Meissner H. Zur Lehre vom Hitzschlag B. 141. S. 89. 1869. 14) Cordes. Archiv für Psychiatrie Bd. III. 1871/72. Die Platzangst, Agoraphobie S. 521—574. 15) Darwin. Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen und Thieren, aus dem engl. übers. von J. V. Carus Stuttgart 1872. Kap. XIII. Theorie d. Erröthens S. 316—355. 16—23) Statistische Sanitätsberichte über d. K. bayerische Armee 1874—1879, 1882—1884, 1886, 1886—1889, 1889—1891, 1891—1893, 1894—1896. 24) Arndt R. Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie 1875. Bd. 64. S 15—39. Zur Pathologie des Hitzschlags. 25) Siedamgrotzki. Zwei Fälle von Hitzschlag. Berliner klin. Wochenschrift 1876. 26) Ullmann. Ein Beitrag zur Aetiologie und Prophylaxis des Hitzschlags. Berliner klin. Wochenschrift 1877. Nr. 32 u. 33. 27) Bartens. Über den Einfluss strahlender Wärme auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. XXXIV. 1877. S. 296—314. 28) Jacubasch. Sonnenstich und Hitzschlag als Monographie Berlin 1879. 29) Cordes. Einiges über Platzangst: Archiv für Psychiatrie Bd. X. 1879/80. S. 48—82. 30) Loewenfeld. Uber Platzangst und verwandte Zustände Bayer. Intelligenzblatt 1882. 31) Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich (1870—71) VII. Bd. IV. Medic. Theil B. Erkrankungen des Nervensystems. Kap. VIII. Tabellen S. 300—305. Berlin 1885. 32) F. Müller, Doc. in Graz. Sonnenstich. Militärarzt 1886. XX. Jahrg. 33) Heubner Otto. Hitzschlag, Abhandl. in Eulenburg's Realencyklopädie II Aufl. 1887. Bd. X. S. 534—539. 34) Statistische Sanitätsberichte über d. K. preussische Armee von 1889—1890. 35) Loewenfeld. Hysterie und Suggestion. Münchn Medic. Wochenschr. 1894. Nr. 7 u. 8. 36) Loewenfeld. Pathologie u. Therapie der Neurasthemie u. Hysterie 1894. Angstzustände S. 116—131. 37) Ozanam. Prof. zu Pavia. Allgem. u. besond. medicin. Geschichte der epidemischen ansteckenden und epizootischen Krankheiten in Europa besonders seit dem XIV Jahrh. bis auf unsere Tage. Aus d. französischen von Dr. H. Brandeis. Stuttgart u. Tübingen 1820. 1 Bd. S. 46—53. 38) Sicherer Ph. Fr. M. D. Correspondenzblatt d. Württemb. ärztl. Vereins 1847. Nr. 30. Jahresber. über d. Paulinenhospital in Heilbronn. 39) Harless E. Untersuchungen an der Muskelsubstanz. Sitzungsberichte d. K. beyer. Akademie d. Wissenschaften zu München 1860. S. 93—138. 40) Jacubasch. Über d. Hitzschlag auf Märschen. Militärische Blätter XXIV. Bd. Berlin 1870. S. 228—240. 41) Freusberg A. Über das Zittern. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten VI. Berlin 1876. S. 57—83. 42) Liebl Josef Dr. in Brüxen: Insolation. Wiener medicinische Presse XVIII. 1877. Strona 1142 do 1143. — 43) Anjel Dr. Ueber vasomotorische Neurasthenie etc. Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkranheiten VIII, Berlin 1878, S. 394—408. 44) Derselbe. Experimentelles zur Pathologie u. Therapie der cerebralen Neurasthenie. Ibidem XV, S. 618—632. 45) Ranke Johannes, Prof. in München. Grundzüge der Physiologie des Menschen. Leipzig 1881. Ermüdung. S. 120, 714, 730, 992. 1001. 46) Mosso A. Prof. in Turin. »Die Ermüdung«, Aus dem Italienischen übersetzt von J. Glinzer, Leipzig 1892. 47) Charcot. Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1887—1888. Tome I, Paris 1892, p. 26, 28, 220, 221. 48) Bernstein Jul Prof. in Halle. Lehrbuch der Physiologie. Stuttgart 1894. Vasomotorische Nerven u. Centren. S. 105—114. 49) Moebius P. J. Neurologische Beiträge. Leipzig 1894. Heft II. *a*) Bemerkungen über Neurasthenie, S. 62—86; *b*) Ueber Neurasthenia cerebralis, S. 98—103. — 50) Hiller A. Der Hitzschlag Deutsche militärärztliche Zeitschrift. Berlin 1891. 51) Grudzüge der Tropenhygiene von Dr. Karl Däubler. München 1895, S. 23. 52) Rho Dr. Filippo. Malatti praedominanti nei paesi caldi e temperati. Turin 1887. (Ref. im Archiv f. Schiffs u. Tropenhygiene. Bd. II, 1898. S. 190—191).

V. Wyciągi.

Burghart: **O wpływie leków na diazoreakcyę.** *(Berliner klinische Wochenschrift,* Nr. 38, 1899). Wiadomem jest, iż niektóre środki lecznicze, mianowicie te, które w ustroju uległszy wessaniu, zostają moczem wydalone, wpływają na diazoreakcyę w ten sposób, iż ją naśladują. Do takich związków leczniczych należą środki z gromady naftalinowej, które barwią się z odczynnikiem Ehrlicha na ciemno-czerwono. Podobnie działają wyciąg i nastój z makowca, *Cascarae sagradae, Hydrastis canad.* Oprócz tego znamy środki, które znów w ten sposób wpływają na diazoreakcyę, iż ta się nie pojawia po wprowadzeniu do ustroju tych przetworów, jakkolwiek bez ich podania mocz daje wyraźnie reakcyę Ehrlichowską. Badaniami w tym kierunku zajmował się autor. Według niego w pierwszym rzędzie zasługują na uwagę kwas galusowy i garbnikowy, jak i wszystkie przetwory i leki, zawierające takowe, choćby w połączeniu, n. p. tanigen, tanalbin i inne. Do przeszkodzenia w pojawieniu się diazoreakcyi wystarczają ilości 0·1 grm. kwasu galusowego lub garbnikowego, 3 razy na dzień podane. To samo tyczy się leków roślinnych, zawierających kwas garbnikowy, jako też lekarstw, z tychże przyrządzonych, n. p. *Decoct. fol. uvae ursi; Dec. Chinae, Infus. Salviae, Thea Chinen. Coffea arab, Gland. querc.* i t. d. Z środków leczniczych, które nie wpływają na diazoreakcyę, wymienia autor: *Inf. Sennae, Tinct. Colchici, Valerianae, Strychni, Decoct. Condurango, Inf. Digitalis, Camphora, Vasogen, Natr. salicyl. et Acidum, Urotropinum, Pepsinum, Antipyrinum, Diuretinum, Coffeinum, Chininum, Acid. benzoicum, Creozotum, Creozotal.* Z doświadczeń swoich wyciąga autor wniosek, iż ciała, przeszkadzające diazoreakcyi, nie niszczą związków, wywołujących tę reakcyę, lecz działają i zmieniają odczynnik Ehrlicha.

Dr. J. L.

Dungern: **Swoista surowica, uodparniająca przeciw przybłonkom.** *(Münchener med. Wochs.* 1899. 38). D. w jednej z dawniejszych prac swoich starał się wykazać, że rozpad i rozpuszczenie ciałek czerwonych krwi w obcym ustroju jest skutkiem działania swoistych substancyj, wytwarzanych przez ów ustrój, a działających przy ponownej próbie wprowadzenia do ustroju ciałek czerwonych, znacznie silniej na ciałka czerwone tego samego rodzaju, co wprowadzone poprzednio, niż na ciałka czerwone innych rodzajów zwierząt. Obecnie przeprowadził D. podobne doświadczenia z komórkami przybłonkowemi, używając mianowicie przybłonka migawkowego z tchawicy wołów, który zaraz po zeskrobaniu z błony śluzowej wprowadzał do jamy otrzewnowej świnek morskich. Okazać się miało przytem, że przybłonek taki obumiera znacznie prędzej w jamie otrzewnej tych świnek, którym wprowadzono go powtórnie, niż u tych świnek, którym wprowadzano go po raz pierwszy. Zjawisko to przypisuje D. wytworzeniu się swoistych substancyj, „uodparniających przeciw obcym przybłonkom“, a zawartych w surowicy krwi. Porównując działanie tych substancyj z działaniem substancyj „uodparniających przeciw ciałkom czerwonym krwi“, miał D. stwierdzić, że każda z nich jest odrębną a swoistą, t. j. jedna posiada „powinowactwo“ tylko do przybłonków, druga tylko do ciałek czerwonych. Pomijając wnioski teoretyczne, jakie z dalszych w tym kierunku badań dla nauki o odporności D. wysnuć sobie obiecuje, nie można nie wspomnieć o przypuszczeniu, którem on pracę swą kończy, mianowicie, że z czasem uda mu się zużytkować swoje odkrycia dla leczenia raka i wytworzyć surowicę, „uodparniającą przeciw komórkom przybłonkowym nowotworowym“, a nieszkodliwą dla tkanki łącznej. Zabezpiecza się przytem D. twierdzeniem, że działanie takiej surowicy byłoby rzeczywiście skuteczne tylko przy działaniu miejscowem i to nb. „po chirurgicznem usunięciu wszystkich okiem dostrzegalnych cząstek nowotworu“ (!?).

C.

Prof. A. Narath: **O pewnej właściwej postaci przepuklin udowych (przednaczyniowych), jako następstwie bezkrwawego leczenia wrodzonych zwichnięć biodra.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 59, Z. II). Tę postać przepukliny spostrzegał N. 6 razy u 4 pacyentów z wrodzonem zwichnięciem stawu biodrowego, których leczył w sposób w tytule nazwany. Wiek tych pacyentów wahał się od 11—7 lat. Używał głównie metody Paci-Lorenza; leczenie trwało 6 do 12 miesięcy. Przepuklinę spostrzegał zwykle po półrocznem leczeniu. Podstawa ich jest szeroka na 5—7 ctm., usadowiona tuż pod więzadłem Pouparta. Leżą na dużych naczyniach uda i rozciągają się na kilka ctm. ku dołowi. Zazwyczaj bywają one próżne i rozpoznać je można dopiero podczas parcia lub kaszlu. To jest prawdopodobnie powód, że nie wszyscy dotychczas je spostrzegali. Bramę ich stanowi wązka szczelina, jaka się tworzy w rozstępie naczyniowym (lacuna vasorum) pomiędzy więzem Pouparta, a dużemi naczyniami udowemi. Szczelina ta sięga od punktu, w którym powięź biodrowo-grzebieniowa łączy się z więzem Pouparta i sięga dośrodkowo prawie po więz Gimbern. Przepuklina ta znajduje się prawdopodobnie na zewnątrz od tętnicy nadbrzusznej *(a. epigastricā)*, leży w pochwie naczyniowej i między dwiema blaszkami powięzi szerokiej. Przyczyną powstawania tych przepuklin jest prawdopodobnie znaczne uszkodzenie rozmaitych części rozstępu naczyniowego podczas odprowadzania. Następstwem tych gwałtownych nieraz urazów jest przesunięcie, naciągnięcie, zwiotczenie i zanik tkanek w zakresie rozstępu i pochwy naczyń udowych. Przez to miejsce *minoris resistentiae* wypukla się następnie otrzewna.

Herman.

Dr. W. Braun. **Histologiczne badania przygojonych płatów skórnych Krausego.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59. Z. II). Materyał, jakim się B. posługiwał, pochodzi z przypadków klinicznie spostrzeganych. W tych przypadkach, w których przygojony płatek mało co różnił się od skóry prawidłowej, także i budowa histologiczna nie rożniła się niczem od budowy skóry prawidłowej. W tkance bliznowatej, łączącej przeszczepiony płat z podstawą, brakowało zwykle włókien sprężystych. Tylko w przypadkach dawnych występowały one jako bardzo cieniutkie, zaledwie dostrzegalne niteczki. W przypadkach, które klinicznie nazwać trzeba nie zupełnie udałymi, ogniskowo tylko wykazać można było skórę prawidłową, ogniskowo zaś młodą tkankę łączną pozostającą w bezpośrednim związku z podłożem. Odżywienie płata następuje początkowo drogą krażenia plasmatycznego, jak na to wskazuje początkowy obrzęk, potem drogą nowo narastających naczyń, łączących się w samym płacie z naczyniami dawnemi.

Herman.

Prof. C. Garré. **O skutecznem śródotrzewnowem przeszczepieniu bąblowca na zwierzęta.** *(Archiv. f. klin. Chir.* T. 59. Z. II). Z polecenia G. robił Riemann doświadczenia na zwierzętach, wszczepiając im do jamy otrzewnowej zawartość bąblowca, uzyskaną świeżo podczas operacyi na ludziach. W 3 przypadkach wynik był zupełny, pęcherzyki bowiem (z bąblowca wątroby) nie tylko utrzymały się przy życiu, ale rosły i mnożyły się. Przekonano się o tem, zabijając zwierzęta w kilka tygodni, względnie miesięcy, po zakażeniu. Bąblowce, zapomocą unaczyniowych błon rzekomych, poprzyrastały do jelit i do dolnej powierzchni wątroby. Te doświadczenia, obok takichże Alexinskyego, każą domniemywać się, że wielokrotny bąblowiec na otrzewnej powstaje raczej skutkiem rozsiania się zawartości pierwotnego, pojedynczego pęcherza, usadowionego w którymś narządzie jamy brzusznej, po jego pęknięciu, lub może tylko nakłóciu podczas nakłócia próbnego. Ostrożnie zatem z nakłóciem.

Herman.

Prof. Dr. Juliusz Hohenegg (Wiedeń). **Wyleczenie po przebiciu pęcherzyka żółciowego i wylaniu się żółci wraz z kamieniami żółciowymi.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 21 z r. 1899). Kobieta 45 letnia, przedtem zdrowa, zapadła po błędzie w dyecie na ostry nieżyt żołądka, a trzeciego dnia wystąpiły nagle objawy zapalenia otrzewnej z przedziurawienia i niedrożność przewodu pokarmowego.

W 12 godzin po wystąpieniu ostrych objawów przystąpił Hohenegg do operacyi i znalazł w jamie brzusznej treść żółciową w ilości około 2 litrów, otorbioną między poprzecznicą, a siecią i wątrobą. Woreczek żółciowy zawierał liczne kamyki; w jednem jego miejscu znajdował się otwór, przez który jeden kamyk wypadł do jamy otrzewnowej. Woreczek nie okazywał żadnych zmian zapalnych, a jego pęknięcie nastąpiło tylko z przyczyn mechanicznych, wywołanych nadmiernem nagromadzeniem się płynu i z powodu nagłego skurczu mięśni brzusznych przy zginaniu się, po którem natychmiast objawy wystąpiły. Tym okolicznościom zawdzięczyć należy, że nie było wysięku ropnego. H. otworzył woreczek żółciowy od jego podstawy, powyjmował liczne kamienie, przedziurawienie zespolił szwami Lamberta; po oczyszczeniu jamy otrzewnowej, wszył H. przeciętą część woreczka do rany operacyjnej powłok brzusznych i na kilka dni założył sączek. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, po 32 dniach chora opuściła zakład, jako wyleczona. *Dr. E. Karchezy.*

Lehmann. **Badania doświadczalne nad przyzwyczajeniem się do gazów fabrycznych (amoniak, chlor, kw. siarkowodowy).** *(Archiv. f. Hygiene.* T. 34. Z. 4). Zwierzęta przyzwyczajają się łatwo do wdychania $2^1/_2$—4, a nawet 5—6 razy większych ilości chloru i amoniaku, niż te, które znoszą przy pierwszych próbach bez widocznej jeszcze szkody dla ustroju. Podobne zjawisko zauważył L. u ludzi odnośnie do bezwodnika kw. siarkawego. Przyzwyczajeni robotnicy znoszą bez szkody 4-krotnie większe ilości SO_2 w powietrzu, niż osoby nieprzyzwyczajone. Oczywiście spostrzeżenie to nie uprawnia do tego, aby zezwalać w fabrykach na stałe przebywanie ludzi w znaczniej zanieczyszczonych gazami przestrzeniach. Co najwyżej możnaby dopuścić wyższy ponad pewną granicę stopień zanieczyszczenia powietrza w tych tylko częściach fabryk, gdzie ludzie przebywają rzadko i chwilowo, i to ograniczając wstęp tylko do ludzi wprawnych i przyzwyczajonych do działania trujących gazów. — Na czem polega takie przyzwyczajenie, obecnie jeszcze nie można rozstrzygnąć stanowczo. — Inaczej, niż wobec 3 wspomnianych gazów zachowuje się ustrój ludzki i zwierzęcy wobec H_2S; tu nietylko niema mowy o przyzwyczajeniu, lecz przeciwnie wzrasta z czasem wrażliwość i zmniejsza się odporność. Z tego powodu należy H_2S uważać za szczególnie dla zdrowia niebezpieczny i starać się o przeprowadzenie w tym kierunku jak najostrzejszych zarządzeń. *S.*

Mołczanow: **Przyczynek do znajomości cierpień rzeżączkowych układu nerwowego.** *(Russkij archiw patołogii,* 1899, Tom 8. Zesz. 2). Cierpienia układu nerwowego, wywołane przez zakażenie rzeżączkowe, są dotychczas mało zbadane. Dla wyjaśnienia tej sprawy zwrócił się M. do doświadczeń na zwierzętach, posługując się jadem dwoinek rzeżączkowych, uzyskanym przez ogrzanie 20—25-dniowych hodowli w bulionie z surowicą do 70^0 C. przez kwadrans. Wypróbowawszy siłę jadu na myszach, wstrzykiwał go M. świnkom morskim i królikom bądź to podskórnie, bądź do jamy brzusznej, bądź wreszcie do żył. Po wielkich dawkach jadu ginęły zwierzęta w 1—3 dniu wśród objawów ogólnego osłabienia; mniejszemi dawkami jadu można wywołać zatrucie przewlekłe, znamionujące się osłabieniem lub zniesieniem odruchów skórnych i ścięgnistych i niedowładami lub porażeniami, połączonemi z zanikiem mięśni. Badanie drobnowidowe układu nerwowego przeprowadził M. rozmaitymi sposobami u 25 świnek morskich i 20 królików. U wszystkich tych zwierząt można było wykazać zawsze te same zmiany w układzie nerwowym, które M. opisuje w sposób następujący: W zatruciach ostrych pojawiają się zmiany głównie w komórkach rogów przednich rdzenia kręgowego w postaci częściowej lub ogólnej chromatolizy, zmiany postaci i położenia jądra komórkowego, wytwarzania się wakuol w protoplazmie i wreszcie zaniku komórek. Zmiany te, występujące najwybitniej u świnek morskich, nie są zresztą swoiste dla jadów rzeżączkowych. Komórki nerwowe zwojów kręgowych ulegają również podobnym zmianom, lecz rozwijającym się później. Komórki kory mózgowej i jąder nerwów mózgowych dotknięte są najmniej. Zarówno ostremu, jak i przewlekłemu zatruciu jadami rzeżączkowymi towarzyszy bardzo często przekrwienie opon mózgordzeniowych i istoty szarej rdzenia, a niekiedy wybroczyny, usadawiające się zwykle w sąsiedztwie kanału centralnego rdzenia. Stopień wszystkich tych zmian zależy od wysokości dawki wcielonego jadu. W zatruciu przewlekłem jadami rzeżączkowemi pojawiają się u świnek morskich w 3 cim, a u królików w 4-tym tygodniu zmiany w nerwach obwodowych, które w drugim miesiącu potęgują się i wysuwają na pierwszy plan w obrazie anatomicznym. W końcu drugiego miesiąca, lub później, rozwija się zwyrodnienie w tylnych korzonkach i w tylnych sznurach rdzenia kręgowego. *C.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4. października 1899 r.

Przewodniczył kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 25.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Uchwalono upoważnić prezesa, aby po porozumieniu się z Izbą lekarską ogłosił w »Przeglądzie lek.« listę kandydatów do Komisyi podatku zarobkowego, a to w celu wprowadzenia przynajmniej jednego lekarza do tej komisyi.

Kol. prezes zawiadamia, że kol Nartowski urządził przy ul. Lubicz prywatny zakład dla elektroterapii, hidroterapii i rentgenografii i zaprosił członków Towarzystwa do zwiedzania zakładu.

Kol. prezes oświadcza, że ze względu na miejsce, w którem odbywa się posiedzenie, (zakład anatomii patologicznej), nie może przedstawić swoich przypadków. Przypadki te, mianowicie dwa przypadki gruźlicy krtani, przeznaczone do tracheotomii i laryngofisury z usunięciem produktów gruźliczych, można oglądać na oddziele kol. prezesa.

II. Następnie wypowiedział kol. prezes prof. Pieniążek wykład: »O leczeniu operacyjnem zwężeń tchawicy«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Kryński zapytuje, czy prelegent miał sposobność wykonania częściowej resekcyi tchawicy, wskazanej tam, gdzie zwężenie jest krótkie. Takie wycięcie wypróbował na psach Küster, a Eiselsberg ogłosił jeden przypadek, tyczący się człowieka. Chodziło o bliznę po usiłowanem samobójstwie; wycięto odcinek $2^1/_2$—3 ctm. długi i zeszyto tchawicę poprzecznie.

Prelegent odpowiada, że w jego przypadkach chodziło przeważnie o zwężenie na znaczniejszej przestrzeni. W przypadkach zaś zwężeń przeponowatych, zwężenie znajdowało się za mostkiem, zatem w miejscu dla wykonania resekcyi niedostępnem. Wreszcie w tych przyypadkach rozerwanie przepony śródtchawicze i rozepchanie rurką jest zabiegiem bezwarunkowo łżejszym, niż częściowe wycięcie tchawicy.

Sekretarz: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VII. Sprawozdanie z sekcyi neurologicznej i psychiatrycznej LXXI Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytego w Monachium w dniach 17—23 września 1899 roku

napisał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Dokończenie).

XIV. Edingor (Frankfurt n. M.). *Studya, odnoszące się do pamięci niższych kręgowców.* Prelegent wystosował w gazetach

wezwanie do ichtyologów z prośbą, by mu listownie podać zechcieli szczegóły, tyczące się pamięci ryb. Ze wszystkich części świata otrzymał odpowiedzi na te zapytania. Wyniki porównawcze badań innych autorów ze spostrzeżeniami własnemi E. przedstawiają się, jak następuje: — ryby posiadają poczucie światła i chemicznych czynników (*Photo* = u. *Chemoreception*). Nietylko one widzą, lecz prócz tego wyszukując swą niedostrzegalną zdobycz, kierują się powonieniem. Doświadczenia, wykonywane zapomocą strojnika (*Stimmgabel*) zdają się przemawiać za tem, że ryby nie posiadają zmysłu słuchu. Silne bardzo łoskoty, jak n. p. huk dział, zdają się udzielać rybom drogą mechanicznego wstrząśnienia. Są one nadto w posiadaniu przyrządu, zapomocą którego oryentują się co do obocznego ciśnienia wody. Niektóre rodzaje ryb posiadają własność zmieniania barwy, stósownie do otaczającego środowiska. Rodzaj ryb, zwany „Knochenfische" nie posiada wcale kory mózgowej. Warstwa nabłonka stanowi całą zawartość czaszki. Inne rodzaje ryb nie mają półkul mózgowych, lecz li tylko śródmózdże (*Mittelhirn*) i zamózdże (*Hinterhirn*).

Jak liczne spostrzeżenia i badania wykazały, nie zbywa rybom i na pewnych zdolnościach umysłowych, a mianowicie na zdolności przerabiania wrażeń otrzymanych drogą zmysłów. Przemawia n. p. za tem odruch ku ucieczce * wobec grożącego niebezpieczeństwa, lub zmiana stanowiska ryb, n. p. po strzale i t. p. Dalej świadczyć ma o tem i ta okoliczność, że ryby zbliżają się w wodzie ku podającym im pożywienie (Metzler). Przytoczone zdolności umysłowe ryb zalicza Edinger do sfery kojarzenia i pamięci i przyjmuje jako siedzibę ich śródmózdże, wzgórki wzrokowe i czworacze.

XV. Straub (Monachium) *O zmianach w naczyniach krwion. w przebiegu porażenia postępowego.* Prelegent wymienia przedewszystkiem zmiany w tętnicy głównej w przebiegu porażenia postępowego i do nich zalicza zniekształtnienie guzowate błony wewnętrznej. Zmiany te zachodzą najczęściej w części wstępującej tętnicy głównej, w jej łuku; a w niektórych przypadkach i w górnym odcinku części brzusznej; wśród dwuletniego spostrzegania nie zauważył ich St. nigdy w częściach dolnych. Niekiedy guzowaty pierścień okala całe światło tęt. głównej. Rzadko tylko chorobowa ta sprawa przechodzi na zastawki tęt. głównej, lub na inne tętnice najbliższe, np. t. t. wieńcowe serca, t. t. krezkowe, nerkowe, i t. p. Zwapnienie może się czasem z nią łączyć. Względnie rzadko zachodzi rozpad ateromatyczny. Patologiczne te zmiany kończą się zwykle ku dołowi wyrazistą linią: dolna część brzusznej tętnicy głównej jest zwykle chorobową tą sprawą nie zajęta. Istota i rozległość opisanej sprawy chorobowej przemawiają, zdaniem St., za kiłową jej przyrodą. Dowodzi tego również wynik drobnowidowego badania: Zgrubienie błony wewn. tętnicy nacieczenie, koliste bł. zewnętrznej, bujanie naczyń, idących od błony zewnętrznej do średniej, rozgałęzione drobnokomórkowe nacieczenia w około naczyń. Niekiedy bujanie naczyń dosięga samej błony wewnętrznej. Naczynia mózgowe w jednej części przypadków ulegają tej samej sprawie chorobowej, co i tętnica główna. Nasilenie sprawy patologicznej podlegać może niezwykle wielkim wahaniom. Straub uważa całą tę sprawę chorobową za rozrostowe zapalenie tętnic (*proliferirende Arteriitis*). Ostatecznym wnioskiem tej zajmującej pracy, opartej na sekcyach, badaniu drobnowidowem i na własnej (około 100 przypadków liczącej) statystyce, jest to, że kiła stanowi tło etyologiczne porażenia postępowego w 82% przypadków, spostrzeganych przez Strauba.

XVI. Bumm A. (Monachium). *Doświadczalne badania nad zwojem rzęskowym (ganglion ciliare) kota.* (Z demonstracyą drobnowidowych preparatów). — Podawszy topograficzną anatomię zwoju rzęskowego, zaznacza mówca, że histologiczne jego badanie wykazało dwa główne typy komórek: 1) wielobiegunowy typ zwojowy (*multipolarer, sympathischer Typus*) 2) i dwubiegunowy typ rdzeniowy (*bipolarer spinaler Typus*). Bumm badał zmiany, zachodzące w zwoju rzęskowym po przecięciu nerwów rzęskowych: następstwem tego doświadczenia był zanik i skurczenie zwoju rzęskowego do połowy jego zwykłej wielkości. Nerw okoruchowy przedstawiał się zupełnie prawidłowo. Nerwy rzęskowe tracą swój prawidłowy srebrno-szary połysk, a ich zwoje podpadają po większej części zanikowi.

* Odruch ten zaliczyć należy do zmysłu samozachowawczego, jak to wykazali Darwin, Brehm i inni badacze na całych szeregach zwierząt. Tworzenie nowego określenia i pojęcia zdaje się tu być niepotrzebnem. (*Przypisek sprawozdawcy*).

* * *

VIII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał
Dr. Jan Landau
lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

7) Pflaundler (z Gracu): *O ssaniu i trawieniu.* Dokładne badanie mechanizmu ssania i żucia wykazało: 1) że osesek wykonuje ruchy przy ssaniu po myśli „primitives Saugverfahren" Auerbacha i że ruchy te nie powodują wypływu mleka z brodawki, lecz wywołują napływ jego z gruczołu mlecznego do przewodów mlecznych. Wypływ mleka z brodawki jest następstwem wygniatających ruchów żujących: 2) że dzieci, dostające pokarm z flaszki zapomocą wielkich smoczków, nie wykonują ruchów ssania, lecz mleko spływa bez natężenia z ich strony; 3) że przez odpowiednie urządzenie, a mianowicie przez umieszczenie pewnego oporu, można zmusić te dzieci do wykonywania pewnych ruchów ssących przy przyjmowaniu pokarmu.

Dawniej używane flaszki „à long biberon" zmuszały sztucznie karmione dziecko do wykonywania ruchów czynnych przy przyjmowaniu pokarmu; sposób ten jednak ma tę wadę, że długie i wązkie rurki gumowe i szklane, stanowiące części składowe tego przyrządu, trudno utrzymać w odpowiedniej czystości, jakkolwiek prelegent uważa, że przesadnem jest zbytni kłaść nacisk na czystość tych rurek. (Na jakiej podstawie zdanie to wypowiada, autor nie podaje. *Przyp. sprawozdawcy*).

Prelegent używa pojedynczego sposobu, ażeby określić zapomocą manometru nasilenie pojedynczych ruchów ssących i ciśnienie maksymalne, powstałe przez zesumowanie pojedynczych, bezpośrednio po sobie następujących, ruchów ssących. Następnie wykonywał badania porównawcze nad czynnością wydzielniczą żołądka i nad przebiegiem trawienia żołądkowego po czynnem i po biernem przyjmowaniu pokarmu o tej samej ilości i jakości. Doświadczenia te dobitnie wykazały, że stopień kwasoty i zawartość odsetkowa kwasu solnego w zmięszanej treści żołądka podnoszą się po czynnie przyjętym pokarmie *ceteris paribus* znacznie szybciej i wyżej, aniżeli po biernie przyjętym pokarmie. A tłómaczy się objaw ten tem, że ruchy ssące pobudzają czynność wydzielniczą żołądka. I wypróżnianie żołądka pod wpływem ruchów ssących zdaje się szybciej odbywać. W związku z tem zauważono, iż dzieci karmione flaszką czują się po czynnie przyjętym pokarmie lepiej, rzadziej wymiotują i szybciej zasypiają. Dlatego też prelegent zaleca zaprowadzenie czynnego podawania pokarmów w dyetetyce oseskôw.

Rozprawy: Biedert zwraca uwagę, że już w r. 1873 podobne podał określenie znaczenia ruchów ssących i również sądzi, że szkodliwości, przypisywane dawniej używanym flaszkom, nie są uzasadnione.

Czerny (z Wrocławia) sądzi, że właściwie dowodem korzyści dawniej używanych flaszek mogłyby być korzystniejsze wyniki odżywiania u dzieci, karmionych temi flaszkami, w porównaniu z wynikami u dzieci, karmionych flaszkami nowego systemu.

Fischl (z Pragi) zwraca uwagę na korzyści z przestrzegania odstępów pomiędzy pojedynczemi karmieniami i na dobre wyniki, otrzymywane przy podawaniu pokarmu co trzy godziny. Dzieci nie płaczą dlatego, że są głodne, lecz z powodu bólu: a zapobiega się również tym sposobem rozdęciu żołądka. F. wątpi, czy przez podawanie pokarmu z flaszek z długą rurką można zupełnie naśladować ssanie piersi.

Schlossmann (z Drezna) czyni uwagę, że czasem z piersi przychodzi łatwiej wydobyć pokarm ssaniem, a czasem trudniej i że siła ssąca pojedynczych dzieci nie jest jednaka.

Conrad (z Essen) odrzuca dawniej używane flaszki z powodu trudności utrzymania takowych w stanie zupełnie czystym, a zagłębienia na ścianach flaszek są często siedzibą nieczystości.

Hecker (z Monachium) radzi podawanie smoczka dla zaspokojenia dziecka (!).

Lugenbühl (z Wiesbadenu) zwraca uwagę, że wyniki Pfaundlera, mianowicie, że przez ssanie czynność wydzielnicza żołądka zostaje wzmożoną, znajdują potwierdzenie w badaniach Pawłowa.

Pfaundler w odpowiedzi zaznacza, że można zapobiedz połykaniu powietrza przy ssaniu z flaszki, zapomocą odpowiedniej klapy. W klinice w Gracu flaszki zagłębień nie mają.

8) Camerer (z Sztuttgardu): *Wzrost ciężaru i długości ciała dzieci, szczególnie w pierwszym roku życia.* Autor przeprowadził badania na 250 dzieciach i podaje wyniki zebrane w następujących tablicach:

TABLICA I.

Ciężar ciała po urodzeniu wynosi 2·75 kgm.

Rodzaj żywienia	Płeć dziecka	Ciężar po urodzeniu	Ciężar z końcem tygodni													
			2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
Mlekiem kobiecem (matki lub mamki)	Chłopców i dziewcząt 114 przyp.	3·45 *kg*	3 57	4·04	4 83	5 59	6·25	6·81	7·32	7·79	8 21	8·57	8·88	9 22	9·52	9 95
	Chłopców 57 przypadków . .	3·48 „	3 64	4 17	5 08	5 87	6 58	7 14	7·65	8 14	8 54	8·90	9 22	9 65	9·97	10·21
	Dziewcząt 52 przypadki . .	3 24 „	3·44	3·81	4 56	5·27	5·90	6 52	6 92	7·38	7·80	8·09	8 40	8·72	8·97	9·66
Sztuczne karmienie po największej części mlekiem krowiem	Chłopców i dziewcząt 85 przyp.	3·39 „	3·46	3·73	4·34	4·95	5·61	6·27	6 90	7·30	7·75	8 13	8 27	8 65	8·91	9 98

TABLICA II.

Ciężar ciała po urodzeniu wynosi poniżej 2·75 i poniżej 2 kgm.

	Ciężar po urodzeniu	Ciężar ciała z końcem tygodni													
		2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52
Ciężar ciała między 2 75 i 2 kg. 24 przypadki	2·42 *kg*	2·56	2·90	3 65	4·30	4·79	5·38	5 91	6·18	6·54	6 80	6 93	7·26	7·71	7·94
Ciężar ciała poniżej 2 kg. 14 przypadków	1.68 „	1·81	2 12	2 76	3·40	3 99	4·73	5·17	5·51	5·83	6·14	6 24	6·54	6·43	6·75

Z tablic tych wynika, że na wagę ciała z końcem pierwszego roku nie ma wpływu rodzaj odżywiania, a zależy ona od wagi ciała po urodzeniu i wpływ ten sięga dalej aż do wieku dziecięcego. Szkodliwy wpływ sztucznego karmienia w pierwszym kwartale zostaje wyrównany przez przyrost na wadze w drugim kwartale i następnych tygodniach.

Prócz tego podaje autor tablice, zawierające wymiary długości i ciężaru od urodzenia aż do końca okresu wzrostu, wreszcie podaje badania, wykonane na czterech braciach rodziny *a*, dwóch braciach i jednej siostrze rodziny *b* i na czterech siostrach i jednym bracie rodziny *c*.

TABLICA III *a*.

Długość ciała.

	Długość ciała po urodzeniu	Długość ciała z końcem roku																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Średnia chłopców rodzin *a* i *b* . .	52 ctm.	75	86	96	103	109	116	121	127	132	137	142	147	154	161	168	173	175	176	177
Chłopca rodziny *c*	—	—	—	—	—	—	—	—	122	127	—	135	139	145	153	163	170	176	177	177
Dziewczyny rodziny *b*	53 ctm.	78	89	99	107	113	120	124	130	133	138	144	149	156	163	167	168	—	169	—
Srednia dziewcząt rodziny *c* . . .	—	—	—	—	—	100	107	111	118	124	129	134	140	147	150	152	—	153	—	—

TABLICA III *b*.

Cieżar ciała.

	Ciężar ciała po urodzeniu	Ciężar ciała z końcem roku																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Średni chłopców rodziny *b* . . .	3 15 kg.	9·5	12 6	14 8	16 6	17·9	19·8	21·6	23·8	25·9	28·4	31 6	33·9	37·5	42·6	50 0	56 0	61·4	69·1	73·9
Chłopca rodziny *c*	—	—	—	—	—	17 5	19·2	20 7	23 2	24·4	26·5	30 0	32·4	35·3	37·9	48 1	54·6	60 4	57 1	61·2
Dziewczyny rodziny *b*	3·10 kg.	10 1	12·7	15·3	17·2	18·8	20·9	23·3	25·6	27·9	31 1	34 3	39 9	49·0	55·0	59·4	—	—	62·6	—
Sredni dziewcząt rodziny *c* . . .	3·40 kg.	8·9	10 6	12·5	14·2	15 1	17 2	18 4	20·6	22·3	24·8	26 6	30·9	35·2	39·7	44·1	44·3	—	48 0	50·8

Z tabel tych wynika, że wzrost na długości i przyrost ciężaru idą w parze; u płci męzkiej po 17 roku życia wzrost na długość jest ukończony, a u dziewcząt po 15 roku życia. Przyrost ciężaru u płci męzkiej z 18-tym i 19-tym rokiem, a u dziewcząt z 15-tym rokiem — jest ukończony.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Korespondencye.

Lwów dnia 30. X. 1899.

Czcigodny Panie Redaktorze!

W korespondencyi ze Lwowa, pomieszczonej w ostatnim numerze (43) *Przegl. Lek.* znajduje się na str. 591 następujący ustęp: „Tutejsza (t. j. lwowska) Sekcya Tow. lek. galic. jakoś mniej energicznie niż poprzednich lat pracuje. Przed wakacyami — prawda, że z powodu zajęcia się sprawami tak aktualnemi, jak n. p. reforma szkół średnich, — parę posiedzeń naukowych przepadło, a wakacye niezwykle długo trwały. Wnosząc z odczytów, a raczej z prelegentów, ktorzy je wygłaszali, mógłbym sądzić, że prezes ma

mało poparcia ze strony kolegów, bo posiedzenia wypełniać musi swą własną i swych asystentów pracą".

Wobec tego, jako tegoroczny przewodniczący Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic., zmuszony jestem nadmienić:

1sze — że posiedzeń naukowych odbyło się w bieżącym roku więcej niż w przeszłym;

2gie — że wakacyjna przerwa była również krótszą i ściśle obejmowała czas przepisany;

3cie — że posiedzenia nad reformą szkół średnich, które się odbyły w przeszłym roku, nie mogły się przyczynić do „przepadnięcia" posiedzeń w bieżącym roku;

4te — że liczba kolegów prelegentów wynosi dotychczas w bieżącym roku 26, odnośnie do 19 w roku przeszłym;

5te — żeprawdą jest, iż według możności, tak ja, jak moi asystenci, uważamy branie żywego udziału w posiedzeniach za obowiązek.

Z wysokim szacunkiem

Prof. Dr. Gluziński.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie polepszenia doli lekarzy.

W numerze 41 „Przeglądu lekarskiego" poruszył kol. Uhma kilka bardzo ważnych kwestyj, dotyczących opłakanych — nazwijmy rzecz po imieniu — stosunków lekarskich w naszym kraju. Korespondencya ta nie wyczerpała sprawy do dna, bo tego jeden człowiek w jednym artykule uczynić nie jest w stanie: kol. Uhma rzucił tylko szkic, który powinien być wszechstronnie opracowanym. Nikt lepiej nie wie tego, jak właśnie czytelnicy „Przeglądu lek.", że aby chorobę usunąć, trzeba przedewszystkiem poznać jej przyczyny, a poznawszy, zastósować, póki czas, odpowiednie lekarstwo. Chorobą w danym przypadku są coraz gorsze i trudniejsze warunki bytu, w jakich się większość lekarzy znajduje i one to popychają coraz częściej pojedyncze jednostki do uchybień etyce i godności stanu, które znów z drugiej strony nie zawsze słusznie i sprawiedliwie bywają piętnowane.

A przyczyna choroby? Aby tę zgłębić, należy złożyć *consilium* w formie dyskusyi, której początek daje właśnie artykuł kol. Uhmy, a która bez wielkich zachodów, bez zwoływania bezowocnych wieców, odbyć się może poprostu w łamach „Przeglądu lekarskiego". Jest to nawet obowiązkiem tego pisma użyczyć swej gościnności dla niej, jako pisma, które oprócz tematów naukowych, powinno roztrząsać też sprawy ogólne, stan lekarski obchodzące. Niech każdy, kto ma coś w tej materyi do powiedzenia, zabierze głos, nie krępując się żadnymi względami i poda środki zaradcze. Jestem przekonany, że „Przegląd lek." nie odmówi nam swej pomocy, bo odmawiając, postąpiłby wbrew interesom stanu, którego jest organem i któremu ma służyć. W każdym razie, choćbym się mylił pod tym względem, *tentare licet.* A więc proszę o głos w interesie lekarzy osiadłych w większych miastach, zostawiając omówienie stosunków prowincyonalnych kolegom z prowincyi.

Nie ulega wątpliwości, że w mieście takiem, jak Lwów lub Kraków, lekarz praktykujący walczyć musi z coraz gorszymi i trudniejszymi warunkami. Składa się na to kilka czynników.

Przedewszystkiem ogół publiczności przyzwyczajonym jest do tego, że w mieście uniwersyteckiem są do każdego działu wiedzy lekarskiej specyalni profesorowie; w ich cieniu nikną inni lekarze, choćby nawet i specyaliści. Nie jeden chory, choć go nie stać na opłacenie wysokiego honoraryum, udaje się i tak do profesora, bo nie wie, że znalazłby w każdej gałęzi po kilku lub kilkunastu specyalistów, którzy nie posiadając tytułów uniwersyteckich, szerszemu ogółowi nie są dostatecznie znani. Przyczynia się do tego jeszcze i to, że w mieście takiem zazwyczaj profesorowie tworzą bezwiednie i bez złej woli kompletny „ring" między sobą. Internista profesor X. potrzebujący wiedzieć, czy choroba jego pacyentki rozwinęła się na tle cierpienia macicznego, nie poszle jej do któregokolwiek ze znanych sobie ginekologów, chociaż wierzy w ich wiedzę i długoletnie nieraz doświadczenie, ale zaraz do profesora Y.; ten naodwrót, mając podejrzenie wady serca u innej swojej pacyentki, adresuje ją do tegoż samego internisty, profesora X. Tu szanse są wielce nierówne, bo nieutytułowany, zwykły lekarz praktyczny znalazłszy się w podobnem położeniu, zasięga zazwyczaj rady utytułowanego specyalisty, a posyłając mu czasem i kilkunastu przez rok pacyentów, nie otrzyma wzamian ani jednego. Cóż więc dziwnego, że publiczność przyzwyczaja się do jednych i tych samych nazwisk.

Olbrzymią konkurencyę w mieście uniwersyteckiem stwarzają dla ogółu lekarzy kliniki, polikliniki i szpitale, gdzie, jak to słusznie podniósł kol. Uhma, setki takich chorych, których stać na leczenie się prywatnie, znajduje poradę. Co więcej, zakłady te zmuszają lekarzy do obniżenia cen, bo pacyent, któremu koszta leczenia prywatnego wydają się za wysokie, przenosi się już po kilku wizytach do ambulatoryum klinicznego. Przez to rozszerza się zakres praktyki lekarzy, stojących na czele tych zakładów z ujmą dla tych, co prócz gabinetu prywatnego nie rozporządzają niczem więcej. Wśród publiczności wyrabia się nadto ciągle to przekonanie, że nawet najbagatelniejsza operacya może być wykonaną jedynie przez profesora, lub w klinice i znów odpada lekarzom praktykującym spory zastęp chorych, potrzebujących jakiejkolwiek operacyi.

Wobec tego wszystkiego lekarz, pragnący pracować na kawałek chleba i mieć jaką taką klientelę, musi od czasu do czasu przypominać się publiczności zapomocą ogłoszeń w dziennikach, lub wywieszonych na domu tabliczek. Ale przez to ściąga na siebie zaraz rozmaite zarzuty. Niechno pojawi się częściej, niż trzy razy, inserat, w tej chwili panowie, uważający się za powołanych do strzeżenia godności stanu lekarskiego, zarzucą mu, że spycha ten stan wzniosły, szczytny itd. z wysokiego piedestału i to tem niżej, im więcej razy się ogłosi. Do niedawna jeszcze rzucano kamienie potępienia na tych śmiałków, co mieli odwagę wywiesić na swym domu tabliczkę. Dziś przeciwnie, uznano, że ta tabliczka nie ubliża nawet todze i biretowi profesorskiemu. Jak to wszystko jest względne na świecie!

Już widzę, jak czytelnik przyznaje mi racyę, ale zarazem pyta: i jakaż na to rada? Mojem zdaniem byłaby taka Izba lekarska powinna co roku podawać do publicznej wiadomości spis i adresy lekarzy praktykujących, z wyszczególnieniem specyalności. Powinna umieszczać wykazy we wszystkich aptekach, nie jak dzisiaj ukryte wstydliwie, najczęściej na wewnętrznej stronie drzwiczek, zamykających szczelnie szafkę z truciznami, lecz na miejscu widocznem i dla wszystkich dostępnem. Wykazy takie powinny znajdować się także po hotelach. Bah! ale tu znów słyszę głosy oburzenia: wszak to poniżenie stanu! — Pytam dla czego? — Przecież w razie wybuchu w mieście gwałtownej epidemii, wykazy lekarzy z urzędu bywają ogłaszane i nikomu na myśl nie przyjdzie, jakoby to było niegodnem tego szczytnego, wzniosłego stanu lekarskiego. Owszem, byłaby tu korzyść nawet moralna, bo obcy, przybyły do hotelu, nie potrzebowałby dopiero dopytywać się tego i owego, gdzie ma szukać porady na swoją chorobę i nie wpadałby, jak się to nierzadko zdarza, w ręce faktorów, co, przyzna każdy, jest daleko większą ujmą godności tego szczytnego, wzniosłego i t. d. stanu.

Panowie profesorowie nie powinni ubiegać się o zwykłą codzienną praktykę; przeciwnie, ograniczyć klientelę swą do przypadków ciężkich i zadawalniać się praktyką konsyliarną; mieliby wtedy więcej czasu na prace naukowe i kształcenie swych słuchaczy, co jest przecież ich pierwszym obowiązkiem. Przypomina mi się tu następujący przypadków z czasów, gdy byłem praktykantem w klinice prof. Madurowicza. Przyszedł do kancelaryi jakiś pan, prosząc profesora do zwykłego porodu. Na to ś. p. Madurowicz wskazał na nas, mówiąc: „ma pan tu sześciu obecnych moich uczniów, proszę sobie wybrać którego z nich, ja mógłbym przybyć jedynie na konsylium, jeżeli ordynaryusz uzna, że tego potrzeba". Tak postępowali i dziś postępują nieliczni już profesorowie starej daty; to też nie było wtedy skarg i narzekań, przeciwnie wiele sił zdolnych wybiło się i nie zmarnowało, jedynie dzięki zacnemu poparciu swoich mistrzów.

Ubezwładnić szkodliwą konkurencyę ambulatoryów klinicznych mogliby także ci, od których to zależy, gdyby...... chcieli. Że to byłoby możliwe, twierdzę, bo znam kliniki, do których zamożniejsi nawet się nie zapędzają, pouczeni, że to nie dla nich przeznaczone.

W artykule kol. Uhmy podniesiono słusznie wyzyskiwanie lekarzy przez liczny zastęp publiczności, która albo nie nie chce płacić, albo, jeżeli płaci, to marnie. Czyżby nie było i na to rady? Owszem, niech wszyscy lekarze danej miejscowości umówią wspólnie minimalne honoraryum za pierwszą wizytę, za następne, za poszczególne zabiegi i t. p. i, zobowiązawszy się solidarnie nie przekroczyć go *in minus*, niech ogłoszą to w swoich poczekalniach. Tu znów zawołają stróże godności tego wzniosłego, szczytnego i t. d. stanu...... poniżenie! Pytam, co jest większem poniżeniem, czy ogłosić, że wizyta kosztuje najmniej tyle a tyle, czy chować do kieszeni kilkadziesiąt centów, jakby „za fatygę", co najwyżej zawiniętych dla większego *decorum* w brudny papierek. Gdyby chory, którego stać na to, wiedział, że w klinice go leczyć nie będą, że nie znajdzie lekarza, któryby go leczył taniej niż drugi, musiałby zapłacić tak jak się wedle słuszności należy. Ale na to trzeba współ-

działania wszystkich, popierania wzajemnego wspólnych interesów, a nie jak dzisiaj licytowania się *in minus*, byle tylko nie stracić jakiego pacyenta.

Lekarz nie ma dziś żadnego zabezpieczenia na starość lub na wypadek choroby. Dyskutuje się wprawdzie po handelkach, że należałoby jakoś temu zaradzić, ale najczęściej przychodzi się do przekonania, że nic odpowiedniego nie da się wymyślić, bo i ta i owa droga nie prowadzi do pożądanego celu. Tak przynajmniej zapewniło mnie kilku kolegów, którym jakoby sprawa ta gorąco na sercu leżała. Ależ na miły Bóg! jakże sobie radzą inne zawody? Wszakże istnieją stowarzyszenia wzajemnej pomocy, kasy chorych, kasy ubezpieczeń od wypadków lub w razie śmierci i t. p. Nie uwierzę, aby to było nie możebnem, nie, jest inna przyczyna, a mianowicie, że ci, którzyby mogli dać inicyatywę i przyczynić się wiele stosunkami swymi do zorganizowania czegoś podobnego, nie dbają o to, bo mają zapewnioną starość, czy to w postaci emerytury, czy spoczywających w kasach ogniotrwałych kapitałów. Mogłaby też inicyatywa wyjść od Izby lekarskiej lub Towarzystwa lekarskiego, ale chyba wtedy, gdyby jedynem, jak dzisiaj, zajęciem Izb nie było inkasowanie od członków 6-ciu złr. rocznie, a Towarzystwo lekarskie zechciało poświęcić parę posiedzeń tej piekącej kwestyi poza „demonstracyami rzadszych przypadków chorobowych", które podziwia kilkunastu, zawsze jednych i tych samych członków.

Dr. Langie.

Sprawa zubożenia stanu lekarskiego jest natury społeczno-ekonomicznej, ma swe źródło w przeobrażeniu się dziejowego układu warstw społecznych i sięga wszędzie tam, gdzie u schyłku kończącego się stulecia to przeobrażenie nastąpiło. Jako jeden z objawów bieżącego życia, niekorzystny ten dla lekarzy obrót rzeczy posiada przeznaczeniową żywotność rozwoju i z siłą żywiołu roztrąca stawiane mu zapory. Nowy ten porządek rzeczy zachwiał w społeczeństwach europejskich równowagę stosunku liczby lekarzy do stopy ich zapotrzebowania. Od lat 25 liczba lekarzy w Krakowie podwoiła się i dziś przypada w tem mieście 1 lekarz na 400 mieszkańców, a gdy się uwzględni bezpłatne ambulatorya po szpitalach i klinikach, oraz Kasy chorych, to stosunek ten do śmieszności się obniży. Na zmniejszenie zapotrzebowania lekarzy wpłynęły i inne okoliczności; gdy liczba lekarzy bystro tak wzrastała, w tymże samym czasie przeobrażała się i nauka o lecznictwie: zwrócenie się do sił leczniczych przyrody na niekorzyść farmakodynamiki skierowało przewlekle chorych do zakładów, najczęściej zagranicznych, a leczący się w domu, zwykle poddają się procedurom wodoleczniczym, mięsieniu, gimnastyce, a czasem i elektryzowaniu — bez udziału lekarzy. Tu również zaliczyć należy, że wielkie epidemie ku chwale wiedzy lekarskiej zmalały: ospa np. w Krakowie znikła z powierzchni ziemi, gościec stawowy i błonica przebiegają króciej i bez wlokących się powikłań, a dzięki spopularyzowaniu higieny, społeczeństwo i rząd, pierwsze w domu, drugie w państwie, zapobiegają rozszerzaniu się wszelkich epidemij, przez stłumienie pierwszych przypadków.

Czy te wymienione czynniki zubożenia stanu lekarskiego dadzą się usunąć środkami, które zaleca Dr. Langie? może powywieszane „tabliczki", spisy lekarzy w hotelach i aptekach na widnem miejscu, oraz kontrola (czy możebna?) nad stanem majątkowym zgłaszających się do klinik chorych — posłużą tu lub ówdzie, jednemu lub drugiemu, do zwiększenia liczby pacyentów, lecz nie zaradzą biedzie ogółu lekarzy, który przebywa przełom społeczny i przebywa go nie sam, lecz wraz z innymi zawodami. Sądząc z faktu, że w reklamie po prostu lubują się niektórzy ludzie, pomimo widocznego u nas braku jej skutków, przypuścić można, że staje się ona czasem rodzajem nałogu. Polskie społeczeństwo stanowczo nie oddziaływa na reklamę: najmodernistyczniej wystylizowane zalecenie własnej osoby nie tylko nie wywołuje zamierzonego nastroju, lecz odnosi wbrew przeciwny skutek, bo społeczeństwo nasze ceni jeszcze w lekarzu przedewszystkiem człowieka. Czy więc się godzi za te najnieprawdopodobniejsze lub też znikome korzyści reklamy płacić całym skarbem wiekami urobionego typu lekarza filantropa?

A więc cóż? czy już nic innego nie pozostaje, jak czekać, aż biegiem życia wyrówna się stosunek liczby lekarzy do ich zapotrzebowania, do czego, sądząc z wpisów na medycynę, szybko idziemy? Nie! jest wiele do zrobienia, ażeby złe zmniejszyć i narzuconego ciężaru — ująć, chociaż nic jedno już nie wróci z tego, co stało się zdobyczą Molocha naszych czasów. Przedewszystkiem z rozpadającego się zrębu budowy społecznej, jak z gruzów walącej się Troi, należy wynieść nasze bogi, uratować godność osobistą i godność stanu. We wszelkiem nieszczęściu, w każdej porażce, zachowanie godności, jeśli już nie równa się zwycięztwu, to z pewnością je zapowiada.

Powiedzieliśmy na wstępie, że główną przyczyną zubożenia stanu lekarskiego jest dążność nowoczesnego społeczeństwa do zorganizowania się w zbiorowe jednostki samopomocy; prąd ten, który owładnął państwa i społeczeństwa, płynie tak wartko, że obala wszystko, co nie płynie w stronę jego, co stoi. W ten prąd życiowy stan lekarski musi się wcielić i zorganizować na wzór organizacyi innych zawodów. Nie w innym też celu powołane zostały do życia Izby lekarskie i nie w innym zamiarze daną jest im ustawowa moc zorganizowania samopomocy. Zadanie tej organizacyi, której ziszczenie jest prawem i obowiązkiem Izb lekarskich, polega 1) na ubezpieczeniu lekarzy tą lub inną drogą na wypadek niezdolności do pracy z powodu kalectwa, choroby lub starości, oraz zaopatrzenie wdów i sierót po lekarzach, do Izby należących; 2) wywalczenie u rządu uwzględnienia postulatów Izb lekarskich, dotyczących sprawiedliwych i znośnych warunków bytu dla lekarzy rządowych, okręgowych, kolejowych, Kas chorych itd. O ile to zadanie jest szczytne, o tyle trudne, wymaga wiele rozwagi i wiele pracy, ale jest wykonalne.

Tylko w świadomej celu i solidarnie związanej organizacyi spoczywa siła naszej samoobrony przeciw wyzyskowi ze strony rządu i różnych instytucyj; natomiast nie usiłujmy nawet zawiązywać względem publiczności jakiegokolwiek syndykatu, jako pomysłu w praktyce niewykonalnego, a w następstwach dla lekarzy zasadniczo szkodliwego: jest to stosunek ściśle osobisty lekarza do jego klienteli, którego nigdy nie da się wcisnąć w żadne ramy szablonowe. A co się tyczy reklamy, i całej tej posępnej literatury lekarzy o sobie w pismach politycznych, to pomnijmy na radę Pascala: „Voulez vous qu'on dise du bien de vous? n'en dites point".

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 listopada.

* Dnia wczorajszego odbyło się zgromadzenie pełnego Komitetu polskiego XIII. międzynarodowego kongresu lekarskiego; po południu zaś — posiedzenie Komitetu gospodarczego IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich; wieczorem Komitet gospodarczy podejmował członków zamiejscowych w Grand-Hôtelu.

(G) Komisya, powołana przez rząd portugalski do wydania orzeczenia o skuteczności surowicy przeciw morowej, jako środka leczniczego i zapobiegawczego, orzekła co następuje: 1) surowica z instytutu Pasteura, stósowana podskórnie, nawet w dawkach znacznych (40—60 sz. ctm. dziennie) nie wywołuje żadnych przykrych objawów ubocznych. 2) Okazuje ona niezaprzeczenie pewną siłę leczniczą i zapobiegawczą, stwierdzoną klinicznie w szpitalach w Oporto. 3) Odporność osiągnięta wstrzyknięciem 5 sz. ctm. tej surowicy jest silną i bezpośrednią; prawdopodobnie jednak nie trwa dłużej nad 25 dni. 4) Szczepienie zabitemi hodowlami prątka morowego według Ferran-Haffkinea wywołuje, — według doświadczeń robionych w Indyach, — odporność dłużej trwającą, która jednak występuje dopiero za 8—10 dni. 5) Skombinowane wstrzyknięcie surowicy i wspomnianych hodowli daje najlepsze wyniki, jako szczepienie ochronne, bo odporność występuje zaraz i trwa dłużej. (*Öster. Sanitätswesen Nr. 42. r. 1899*).

* W sferach lekarskich Wiednia zaszedł nader niepochlebny wypadek: znaną jest od kilku miesięcy sprawa pewnego docenta okulistyki w Wiedniu, który pociągnięty został przed kratki sądowe za wrzekome popełnienie błędu w sztuce przy zdejmowaniu zaćmy u swego pacyenta. Po przemówieniu prof. Fuchsa, który poręczył, że podsądny ściśle się trzymał zasad — wiedzy i sztuki, i że mu nic zarzucić nie można, docent został uwolniony od wszelkiej odpowiedzialności. Lecz dowiedziano się niestety jednocześnie, że poszkodowany nie miał najmniejszego zamiaru oskarżać okulistę, a tylko na przedstawienie innego lekarza, który go do tego pobudził i podsunął motywa, wniósł skargę. Gazety wiedeńskie piętnują należycie ten niski postępek.

* D. 16 b. m. nastąpiło otwarcie nowego wiedeńskiego Instytutu fizyologicznego.

* Na zgromadzeniu Związku niemieckiego dla pielęgnowania zdrowia, które się odbyło w Norymberdze od 13 do 16 z. m., mówił Erisman o krytycznem ocenieniu różnych sposobów oświetlenia sztucznego ze stanowiska higieny; największe zaś zajęcie wzbudziły referaty Schillera z Lipska i Schuberta z Norymbergii »o znaczeniu i zadaniach lekarza szkolnego«, przyczem położono nacisk na dodanie kierownikom szkół biegłych higienistów i żeby każdy nauczy-

ciel posiadał higieniczne wykształcenie. Inżynier Haier mówił o środkach zmierzających do zapobieżenia przesyceniu powietrza dymem po miastach.

* Towarzystwo lekarzy wiedeńskich uchwaliło wręczyć ministrowi spraw wewn., namiestnikowi Dolnej Austryi i szefowi Sekcyi Kusyemu — memoryał, w którym zwraca uwagę rządu na wielkie szkody, jakie rozszerzenie ubezpieczenia na rodziny członków Kas chorych przyniesie stanowi lekarskiemu. Memoryał zwraca uwagę rządu na usługi oddawane przez lekarzy państwu i wzywa go do obrony.

* Prof. K. Koch bawi obecnie w Batawii, gdzie odbywa dalsze swe badania zarazka zimnicy.

* Jako następstwo pewnego rodzaju opieki prawa niemieckiego nad partaczami, dzienniki przytaczają następujący przykład: w Frankfurcie niejaki Muschik zrobił sobie przyrząd »wibracyjny«, i pomimo, że ten się niczem nie różni od przyrządów podobnych, znajdujących się w pracowni każdego mechanoterapeuty, uzyskał jego opatentowanie. W dzienniku własnym tego samego Muschika wychodzą artykuły, sławiące pełne nieprawdopodobieństw wyleczenia. W ostatnich czasach M. ogłosił, że monopol swojej idei gotów odprzedać innym, przyczem załącza radę, jak to można dojść do tego, ażeby z kwotą 2000 M. »wywibrować« rocznie swym pacyentom 10000. Zakład Muschika nosi nazwę »Zentral Anstalt« itd. i znajduje się w mieście, w którem jest jeden z najlepiej urządzonych i kierowanych instytutów mechanoterapeutycznych.

* Chirurgia u starożytnych jak wiadomo, była wykonywaną. Z ksiąg indyjskich dowiedziano się, że Indyanie wykonywali już w wiekach zamierzłych laparotomię przy ranach przeszywających brzucha i posiadali sztukę zszywania ran jelitowych zapomocą głów owadów, zwanych po sanskrycku »czarnemi mrówkami«. Owady te miały przez schwycenie silnemi szczękami zbliżać do siebie brzegi ran jelitowych, poczem odcinano im tułów, a pozostawione głowy dalej miały utrzymywać w zetknięciu wargi rany.

* W Natalu panuje dur: wojskowe władze angielskie doradziły żołnierzom, mającym się udać na plac boju, ażeby się szczepili surowicą przeciwdurową; 70% wojska poszło za tą radą.

* Sibirskaja Žižń« ogłosiła pracę, w której autor p. Mitricz dowodzi konieczności przejrzenia dotychczasowej ustawy »o walce z tajną prostytucyą« w Rosyi, a na poparcie przytacza takie 2 zdarzenia: lekarz w powiecie tukalińskim przerewidował wszystkie dziewczęta, które mu się wydały podejrzane o prostytucyę tajną; następstwem czego była skarga narzeczonego jednej z zrewidowanych o ubliżenie czci narzeczonej. Dalej jeszcze poszedł stanowy prystaw w siole Syropiatskiem: ten widać, nie podejrzewając żadnej dziewczyny o czyste obyczaje, kazał wszystkie bez wyjątku przerewidować. (*Wracz*, Nr. 40). »Jeżeniedielnik« w N. 42. podaje następujący fakt: we wsi Bondariak tambowskiego powiatu, zamieszkuje kupiec, któremu ktoś, może na żart, nadesłał list bezimienny, donoszący, jakoby żona jego ma stosunek płciowy z nauczycielką miejscową, która wcale niema być kobietą. Kupiec zażądał pomocy od stanowego prystawa; ten zaś, przybrawszy kilku mężczyzn ze starszyzny gminnej, udał się do mieszkania nauczycielki, wyłamał drzwi i odbył oględziny. Pokryta sińcami nauczycielka zaskarzyła napastnika. »Jeżeniedielnik« piętnuje takie postępowanie słowami »dzikich obyczajów i samowoli w Rosyi«.

* Odsłonięcie pomnika zmarłego z moru dr. Hermanna Müllera, szlachetnej ofiary obowiązku, miało miejsce w Wiedniu dnia 22. z. m. wśród bardzo uroczystego nastroju, przy współudziale władz państwowych, autonomicznych, lekarskich i wielkiej liczby kolegów. Przemawiali: Prof. Nothnagel, dyrektor szpitala Mucha i asystent dr. Seiller.

* W Berlinie wydał J. Schwalbe dziełko p. t. »Wskazówki o dopuszczeniu do praktyki lekarskiej za granicą«. W pracy tej objął autor 98 państw, podając warunki niezbędne do nabycia w nich prawa do praktyki lekarskiej. Jako podręcznik oryentacyjny, dziełko to ma dla lekarzy praktyczną doniosłość.

* Pod arkadami podwórca uniwersyteckiego, odsłonięto w niedzielę pomnik prof. Bambergera; podczas uroczystości przemawiał prof. Neusser.

* Z początkiem przyszłego roku zacznie wychodzić w Lipsku »Czasopismo międzynarodowe, poświęcone gruźlicy i sanatoryom« pod redakcyą Leydena, Gerhardta i Fränkla.

* W Tomsku poświęcono i otwarto budynek kliniki psychiatrycznej; zapisując ten fakt zupełnie naturalny, trudno oprzeć się ponurym rozmyślaniom o braku tej tak ważnej instytucyi w niektórych wielowiekowych wszechnicach zagranicznych.

* Dr. Düring otrzymał misyę od rządu W. Porty udania się do Anatolii dla przeprowadzenia tam przez siebie proponowanych środków do zwalczania kiły.

* W parlamencie bawarskim wniósł poseł Schirmer następującą interpelacyę: Czy rząd jest gotów wpłynąć o tyle na opłakane stosunki mieszkań w większych miastach i miejscach fabrycznych Bawaryi aby mieszkania te uczynić zdrowszemi i tańszemi? jeżeli tak, to jakich środków finansowych, administracyjnych i prawnych zamierza użyć? W uzasadnieniu swej interpelacyi poczynił Schirmer następujące uwagi: należy założyć bank budowlany; uczynić tańszymi środki komunikacyjne dla mieszkańców przedmieść, a to w celu ułatwienia uboższej ludności zamieszkiwania w dalszych od środka częściach miasta; postarać się o prowadzenie jednorazowego czasu biurowego; przeprowadzić rewizyę ustawy budowlanej i spowodować rozszerzenie gminnego prawa wywłaszczenia.

Mianowania i odznaczenia. Dr. R. Töply naznaczony został zastępcą prof. Puschmana na katedrze historyi medycyny w Wiedniu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 43: Grosglika S.; O wartości leczniczej urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego (c. d.) Sacewicza K; O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.) W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 43. Dr. Ołtuszewskiego W.: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy. Malinowskiego A.: O leczeniu cierpień gardła i nosa, towarzyszących szkarlatynie (dokończ.). Pechkraca S.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). *W Kronice lekarskiej*, zeszyt 20.: Łoguckiego A.: Parachlorfenol i mentorhol w zastosowaniu do leczenia gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych.

Redakcya otrzymała:

— Dr, Bregmann L.: Ueber den »Automatisme ambulatoire« (Odbitka z *Neurologisches Zentralblatt* Nr. 17. 1899).

— Tenże: Zur chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule (Odbitka z *Deutschen Zeitschrift f. Nervenheilkunde*, Band XV).

Tenże: O zesztywnieniu kręgosłupa. (Odbitka z *Medycyny*, 1899 r.).

— Dr. Ziehen T.: Zasady psychologii fizyologicznej (przekład z 4-go wyd. niemieckiego, z przedmową Mahrburga, Warszawa, 1899.

— Dr. Stella Sawicki J.: Inteligencya u roślin. Lwów, 1899 roku.

— Dr. Barzycki J., Dr. Lachowicz Z. i Kruszyński L.: Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych, ze szczególnem uwzględnieniem Galicyi i W. Ks. Krakowskiego. Lwów, nakład własny, 1899.

— Doc. Bossowski A.: Zur operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose (Odbitka z *Klin. therap.-Wochenschrift* Nr. 40, 1899 r.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 8 listopada o godzinie 6 wieczorem w ***sali wykładowej prof. Szajnochy*** (ul. św. Anny, *collegium physicum*, I. piętro od ulicy) posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Krzyształowicz mówić będzie „O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny“ (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 1453

Wydział powiatowy w Turce rozpisuje niniejszem na mocy §§. 4 i 5 ustawy z dnia 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i §§. 7 i 8 rozp. wykon dz. ust. kraj. Nr. 82 z r. 1891 Konkurs na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Boryni dla 26 gmin na obszarze 482 kilometrów kwadratowych z ludnością 19.538 mieszkańców.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 400 złr. w. a.

Kandydaci muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego
2) doktorat wszech nauk lekarskich
3) nieskazitelny charakter
4) znajomość języka polskiego i ruskiego
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim
6) utrzymywanie apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego — lub świadectwem egzaminu fizykackiego. —

Podania udokomentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce w terminie do 15 Listopada 1899.

Wydział powiatowy Turce.

Lwkr. 68.371.

W myśl § 3 rozp. wykonawczego do ust. z d. 28 lipca 1897 (Dz. u. kr. Nr. 47) Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. ks. Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na obsadzenie czterech posad prowizorycznych drugich sekundaryuszów przy szpitalach powszechnych:

a) w Rzeszowie z płacą 500 złr. rocznie
b) „ Przemyślu „ 600 „ „
c) „ Stanisławowie „ 600 „ „
d) „ Tarnowie „ 600 „ „

Kompetujący o nadanie tych posad, powinni najpóźniej do dnia 10 grudnia 1899 wnieść podania do Wydziału krajowego z wymienieniem szpitala, przy którym posadę otrzymać pragną, i z dołączeniem dokumentów:

że nie przekroczyli wieku lat 40 i że posiadają prawo obywatelstwa austryackiego, wreszcie, że otrzymali dyplom wszech nauk lekarskich, uzyskany lub potwierdzony na jednym z Uniwersytetów monarchii Austro-Węgierskiej.

Posada wyżej wymieniona nadaną będzie prowizorycznie na lat dwa począwszy od 1 stycznia 1900 r.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 16 Października 1899. *Grott.*

Konkurs na lekarza okręgowego w *Ujściu solnem* (powiat Bochnia). Pensya roczna 600 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej. Podania do 30 listopada.

Zwierzchność gminna m. Ryglic (oddalone od stacyi kol. Tuchów 7 kilometrów) rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 złr. w. a. i wolnem mieszkaniem. Podania należycie udokumentowane wnosić należy do zwierzchności gminnej do 15 listopada b. r. 185

Celem obsadzenia dwóch posad asystentów przy c. k. szkole położnych w Krakowie z remuneracyą roczną po 600 złr., rozpisuje się konkurs. — Powyższe posady będą nadane doktorom wszech nauk lekarskich na przeciąg dwóch lat, po upływie których mogą być przedłużone na dalsze dwa lata. — Pierwszy z tych asystentów będzie obowiązany mieszkać w pokoju przeznaczonym dla niego w gmachu szpitala św. Łazarza. — Ubiegający się o te posady winni wnieść podania swe należycie udokumentowane na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego we Lwowie najdalej do 14 listopada 1899 r.

Lwów, dnia 27 październ.ka 1899 r.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Listopada 1899. Nr. 45.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 zlr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Listopada 1899. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu Higieny Prof. O. Bujwida w Krakowie.

Przypadek obrzęku złośliwego (*Oedema malignum*)

opisał

Filip Eisenberg.

Obrzęk złośliwy (*Oedema malignum*, *Acut purulentes Oedem Pirogoff's*, *Septicémie gangréneuse*, *Gangrène traumatique de Rénault et des vétérinaires*, *Gangrène gazeuse foudroyante)*, podobnie jak inne choroby przyranne ludzi i zwierząt, zawdzięcza rozjaśnienie swej etyologii metodom bakteryologicznym. Wykazały one jako pierwiastek przyczynowy tej choroby naprzód właściwy prątek obrzęku złośliwego (*Bac. oedematis maligni. Vibrion septique*, *Bac. septicus gangraenae Pasteur-Koch* [1]) [2]), w dalszym zaś ciągu cały szereg innych prątków, jako to: *Bac. pseudooedematis maligni Fluegge-Liborius* (*L. Bremer* [3]), *Bac. emphysematis maligni Wicklein* [4]), beztlenowca Fraenkla (E. Fraenkel [5]). P. Ernst [6]), Passow [7]), beztlenowca Guillemota [8]), *B. coli commune* (H. Chiari [9]), O. Margarucci [10]), v. Dungern [11]). *B. coli com.* i *Proteus vulgaris* (G. Muscatello [12]), wreszcie w ostatnim czasie N. Kostanecki i Kaczkowski zbadali śmiertelny przypadek obrzęku złośliwego, wywołany przez *Proteus vulgaris* *).

Co się tyczy przypadków obrzęku złośliwego na tle właściwego *B. oedematis maligni*, to wśród wielu opisanych, liczba tych, które wytrzymują ściślejszą krytykę, a z drugiej strony są dokładnie bakteryologicznie opracowane, jest bardzo niewielka. I tak, znany przypadek L. Briegera i P. Ehrlicha [13]), gdzie obrzęk złośliwy wystąpił u chorego durowego po zastrzyknięciu nalewki piżmowej (*tra moschi*), przedstawia o tyle lukę, że wykazano w nim prątek Pasteura-Kocha tylko w preparacie drobnowidowym i doświadczeniem na zwierzętach, nie sporządzono zaś czystych hodowli. Ten sam brak daje się odczuwać w opisie ciekawego przypadku L. Bremera, Braatza [14]) i trzech przypadków Verneuila [15]). Z drugiej strony, chociaż dokładnie bakteryologicznie opracowany, nie może się ostać wobec krytyki przypadek opisany przez A. Grigoriewa i A. Ukkego [16]), gdzie przy sekcyi zmarłego na dur brzuszny, wykonanej w 40 godzin po śmierci (!), znaleziono t. z. pienistą wątrobę (*Schaumleber*) i odmę podskórną na szyi i wykazano w tych narządach obecność *B. oedematis maligni*, nie istnieje bowiem żadna rękojmia, że nie mamy do czynienia z pośmiertnem wtargnięciem tego drobnoustroju z treści jelitowej przez owrzodzenia durowe do wyżej wzmiankowanych narządów, tembardziej, że za życia nie stwierdzono wcale odmy na szyi.

Ze względu na częstą obecność *B. oedematis maligni* w prawidłowej treści jelitowej i wobec mnożących się opisów co raz to nowych drobnoustrojów, wywołujących obrzęk złośliwy, zadość czynią wymaganiom naukowego badania tylko te przypadki, w których obecność tego drobnoustroju zostanie wykazaną w preparacie drobnowidowym, hodowlą i doświadczeniem na zwierzętach, bądź za życia, bądź w takim czasie po śmierci, który wyklucza jego wtargnięcie pośmiertne do narządów wewnętrznych i zmiany następowe przezeń wywołane. W znanej mi literaturze znajduję tylko 3 przypadki, odpowiadające tym warunkom: dwa, opisane przez L. Nékáma [17]) i przypadek Mencreula [18]). Ta rzadkość dokładnie zbadanych przypadków tej dość nieczęstej choroby skłania mię do ogłoszenia mojego przypadku, który był spostrzegany na oddziele chirurgicznym tutejszego szpit. Św. Łazarza, a za którego odstąpienie składam WP. Prof. R. Trzebickyemu serdeczne na tem miejscu podziękowanie.

Historya choroby brzmi według zapisków szpitalnych jak następuje:

K. G. l. 19, wyrobnik z Igołomi, przyjęty dnia 18. VI. 1899 r. Wywiady: D. 13. b. m. miał uledz wypadkowi, mianowicie ręka lewa dostała mu się w tryby koła maszynowego. Stan obecny: osobnik miernie zbudowany i odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Na przedramieniu ręki lewej, ponad stawem nadgarstkowym, po stronie wewnętrznej — rana miażdżona, trójkątna, o brzegach nierównych, poszarpanych, ciemnosino zabarwionych. Okolica tej rany, jakoteż dłoń i grzbiet ręki — obrzękłe, obumarłe, części skóry odstają, są twarde, zielonawo zabarwione. W ranie wyczuć można złamaną kość łokciową. — W uśpieniu nacięto dłoń głęboko, przyczem wydobywają się gazy gnilne, cuchnące. Dłoń, palce i całe przedramię ponad staw łokciowy nacięto głęboko, założono dreny i opatrzono 19. VI. Wyłuszczono z powodu zgorzeli pięść w stawie nadgarstkowym 21. VI. Zgorzel postępuje. 22. VI. Zrobiono dalsze nacięcia aż pod pachę i założono dreny w uśpieniu 24. VI. Stan ogólny niepomyślny, podgorączkowy, chory wymiotuje. Rany pokryte bladą odrętwiałą ziarniną. Przebieg ciepłoty:

	r.	w.		r.	w.
18./VI.	—	39·3°C.	23./VI.	36·9°	38·3°
19.	38·7°	39·3°	24.	37·0°	38·0°
20.	37·2°	38·6°	25.	37·0°	38·5°
21.	37·3°	37·7°	26.	36·5°	36·6°
22.	37.3°	38·0°	27.	8 m. 30 r.	śmierć.

Sekcya odbyła się dopiero w 26 godzin po zgonie. Z protokołu sekcyi, wykonanej przez p. Doc. Ciechanowskiego, podaję ważniejsze szczegóły: K. G. l. 19. wyrobnik. Rozp. klin. *Oedema malignum.* Rozp. anat. (*Amputatio manus sin., incisiones multiplices antibrachii sin. et drainage l. a. f.*) *Phlegmone gangraenescens prof. antibrachii sin. subs. sepsi. Putrefactio incipiens.*

*) Uprzejmości kol. Kostaneckiego zawdzięczam wiadomość o tym przypadku, który wkrótce będzie ogłoszony.

Kończyna lewa górna amputowana w stawie nadgarstkowym. Na przedramieniu lewem znajduje się kilka ran, z których jedna leży na powierzchni zewnętrznej, długa na 22 ctm., a szeroka na $5^1/_2$ ctm. i sięga od miejsca amputacyi dno przegubu łokciowego. Brzegi tej rany równe, zabliźniające się; do stanowią mięśnie przedramienia, pokryte ropą i tkanką ziarninową. Na wewnątrz od rany tej druga, do niej i do osi przedramienia równoległa, sięgająca od stawu nadgarstkowego nieco ponad połowę przedramienia, długa 15 ctm., rozwarta 3 ctm. Między ranami jest podłużny mostek skóry i tkanki podskórnej, naciekły ropą, szeroki 2 ctm. Wspomniana rana mniejsza przedstawia zresztą te same cechy, co większa Trzecia wreszcie rana znajduje się na dłoniowej stronie przedramienia, sięga od linii amputacyjnej na 6 ctm. pod przegubem łokciowym, posiadając postać wysokiego trójkąta, ze szczytem ku górze. W górnej części przedstawia rana ta wejrzenie takie samo, jak dwie poprzednie; w dolnej zaś, większej części sięga w środku między mięśniami aż do kości, po bokach dno jej stanowią części miękie, (mięśnie), o powierzchni strzępiastej, pokrytej miazgą cuchnącą, zielonawo-szarą. Od tej rany do rany na zewnętrznej powierzchni przedramienia przeprowadzono kilka sączków, podobnież osączkowano głęboko górną część przedramienia powyżej ran i dolną połowę ramienia. Po nacięciu części miękich powyżej ran stwierdza się, że skóra i tkanka podskórna na przedniej powierzchni kończyny górnej są powyżej przegubu łokciowego niezmienione; to samo dotyczy powierzchownych pokładów mięśni. Na tylnej stronie kończyny górnej tkanka podskórna surowiczo obrzękła. Dopiero głębiej, w sąsiedztwie kości, są mięśnie ropą naciekłe, gdzieniegdzie zropiałe zupełnie, a sprawa ta sięga aż powyżej przegubu łokciowego. Stawy kończyny górnej (łokciowy i barkowy) zmian nie okazują.

W narządach wewnętrznych objawy rozpoczynającego się gnicia — można jednak stwierdzić, że śledziona nie jest powiększona; miąższ jej brudno-czerwono, a przy dolnej krawędzi zielonawo zabarwiony, nie okazuje jednak znaczniejszej kruchości.

Dnia 19. VI. zająłem się badaniem bakteryologicznem tego przypadku. Pracując wówczas nad *B. coli com.* chciałem zbadać, czy w danym przypadku odma podskórna nie była przezeń wywołana, jak to opisali Chiari, Margarucci, v. Dungern. Ilość materyału, uzyskanego wtedy, była bardzo nieznaczna, bo po wykonanem poprzedniego dnia nacięciu i wypuszczeniu ropy, z odjętej ręki obumarłej udało się wydobyć (oczywiście w warunkach aseptycznych) zaledwie parę kropel płynu posokowatego, cuchnącego, zawierającego krople tłuszczu. Preparat drobnowidowy z tego materyału okazał, wbrew mojemu oczekiwaniu, obok nici włóknikowych i rozpadających się ciałek ropnych, ziarniaki i prątki długości 2—4 μ., grubości 0·7—0·9 μ., o końcach zaokrąglonych, czasem z prostolinijną jasną smugą w środku, często układające się w gromadki po dwa, silnie zabarwione fuksyną zasadową; znaczna ich część jest opatrzoną w zarodniki przeważnie końcowe, eliptyczne, nieco szersze od laseczki samej, nadto nieliczne takie zarodniki są odosobnione. Obraz ten nasunął mi przypuszczenie, że mam do czynienia z prątkami obrzęku złośliwego, postanowiłem więc, o ile się uda, prątki te wyosobnić i dokładnie bakteryologicznie oznaczyć. Jednak mała ilość materyału i domieszka gronkowców białych (takimi okazały się wspomniane ziarniaki) do prątków, z początku utrudniały mi to zadanie. Również nie udało mi się na razie wyosobnić badanego prątka z ropy, zebranej dnia 21. VI. z nacięć i kanałów drenowych na przedramieniu. W preparacie drobnowidowym z tej ropy wysuwały się gronkowce i paciorkowce na pierwszy plan; prątki znajdowały się w bardzo małej ilości, a postaci ze zarodnikami nie było wcale.

Dopiero z ropy, zebranej przy sekcyi dnia 28. VI., udało mi się uzyskać poszukiwane prątki w hodowli czystej; ropa ta, a raczej posoka, zmięszana ze strzępami obumarłej tkanki podskórnej i mięśni rozpadłych, przedstawiała się jako gęsta, silnie cuchnąca, brunatno-zielona ciecz, w której pływały kulki tłuszczu i drobne bańki gazu. Pod drobnowidem przedstawia ona, obok mas rozpadowych, wyżej opisane prątki silnie zabarwione, czasem w gromadkach po dwa do trzech, bardzo liczne postacie ze zarodnikami, przeważnie końcowymi, w rozmaitym stopniu rozwoju, nadto paciorkowce, gronkowce i trzy inne rodzaje laseczek: cienkie i długie, średniej grubości krótkie i krótkie grube laseczki. Postacie zarodnikowe okazują przejście od laseczek z maczugowato zgrubiałym, silniej barwiącym się końcem, do typowych „Trommelschlägerów“, o słabo barwiącej się pierwoszczy laseczki i eliptycznym zarodniku końcowym. Obok nich wyróżniają się odrębnym kształtem postacie szpilkowate (Stecknadelform), przypominające prątki Nicolaiera, o długiej, cienkiej, słabo zabarwionej nici protoplazmatycznej i kulistym zarodniku końcowym, podobnym do główki od szpilki; postacie te opisuje Hibler [25]) i uważa je za charakterystyczne dla beztlenowców, rozwijających się na podłożu wolnem od cukru i gliceryny.

Ten materyał posłużył mi za punkt wyjścia; zrzekłem się badania krwi i narządów wewnętrznych ze względu na czas 26 godzin, który upłynął od śmierci do sekcyi, a który odbierał wszelką wartość możliwym dodatnim wynikom tych poszukiwań. Z płyt żelatynowych, wylanych z tej ropy, wyosobniłem: *Staphylococcus pyogenes γ albus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus vulgaris Hauser*, *B. coli com.*, i *Bac. fluorescens liquefaciens*. Do wyosobnienia naszego prątka użyłem metody, podanej przez Kitasato do wykrycia i wyosobnienia prątka tężcowego z zanieczyszczonego materyału. Polega ona na ogrzewaniu materyału w wilgotnej parze o 80° C. przez godzinę, przez co bezzarodnikowe postacie zostają zabite, a tylko zarodniki się ostają; ten sam wynik otrzymałem również przez ogrzewanie do 100° C. przez 10 minut. Ogrzaną w ten sposób ropę zaszczepiłem w hodowli tlenowej na agar skośny skrzepły i do bulionu, a w beztlenowej — do używanych w tutejszej pracowni pożywek, tj. do stojącego agaru cukrowego (2%) (t. z. hodowla warstwowa, *Höhenschichtcultur)* i do bulionu cukrowego (2%) z parafiną, według met. Kasparecka. Hodowle tlenowe pozostały zupełnie jałowe, natomiast beztlenowe okazały już po 18 godz. bujny rozrost; 24-godzinne hodowle agarowe okazywały białawą smugę wzdłuż kanału szczepnego, ustającą na 1 ctm. od powierzchni, nadto liczne bańki gazu wzdłuż kanału szczepnego i po ścianach próbówki lub skośnemi szczelinami przerzynające pożywkę, którą następnie rozrywały i częściowo podnosiły. W bulionie po 18 godzinach powstało silne, jednostajne zmącenie, a wytworzone gazy podniosły zatyczkę parafinową aż do watowej; po 48 godz. drobno-kłaczkowata masa biaława bakteryj opadła na dno, zostawiając resztę bulionu zupełnie jasną. W hodowli żelatynowej kłótej rozwój rozpoczyna się na 1 ctm. od powierzchni i odbywa się powoli, tworząc odwrócone drzewko o pierzastych rozgałęzieniach, w którego wnętrzu żelatyna ulega zwolna rozpuszczeniu i wytwarzają się bańki gazu; w żelatynie szczepionej w stanie płynnym, a następnie skrzepłej, rozwijają się na 1 ctm. od powierzchni kuliste, obłoczkowate kolonie, w których zakresie żelatyna zwolna ulega rozpuszczeniu i tworzą się bańki gazu. W mleku (krytem parafiną, podobnie jak bulion według met. Kasparecka) po 5 dniach ścina się ser-

nik w drobnych delikatnych kłaczkach, które następnie nie ulegają peptonizacyi i wytwarzają się gazy. Co do innych cech badanych prątków w tych hodowlach nadmienię jeszcze, że są one żywo ruchliwe i zostają odbarwione met. Grama, natomiast barwią się zapomocą metody Grama, zmodyfikowanej przez Kutschera [30]), choć według własnych doświadczeń muszę uważać tę modyfikacyę w zastósowaniu do prątków obrzęku złośliwego za bardzo niepewną i zawodną. Zarodniki tworzą się tylko i to niestale w agarze cukrowym stojącym po 2—5 dniach, zaś w bulionie cukrowym i w żelatynie cukrowej wcale nie, a to z powodu zawartości cukru, jak to też stwierdzają Ukke [28]) i Hibler [29]). Również godnem jest uwagi, że wyhodowany przezemnie szczep tworzy prawie wyłącznie zarodniki końcowe; środkowych widziałem w licznych moich hodowlach zaledwie dwa egzemplarze. Wreszcie uzyskałem też czyste hodowle z ropy, branej za życia przez to, że w hodowli w bulionie cukrowym z parafiną *Staphylococcus pyogenes γ albus*, towarzyszący naszemu prątkowi, po 5 tygodniach obumarł tak, że po przeszczepieniu miałem do czynienia z czystą hodowlą o tych samych co poprzednio własnościach.

(Dokończenie nastąpi).

II. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego

Podał

Dr. Walenty Jeż

Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

Rozpoznanie duru brzusznego, jak zresztą innych chorób, jest bardzo łatwe, albo też prawie niemożliwe. W przypadkach mianowicie typowych, książkowo, że się tak wyrazimy przebiegających, daje się ono postawić z całą nieomylnością, podczas gdy w przypadkach z przebiegiem atypowym, nie przedstawiających zbioru znanych dobrze objawów duru brzusznego, poprzestać musimy na przypuszczeniu, które w przypadkach pomyślnie się kończących, lub też w tych, które drogą obdukcyi nie dały się wyjaśnić, pozostają na zawsze nierozstrzygnięte. A nawet w niewielkiej tylko liczbie przypadków, przebiegających typowo, udaje się nam po jednorazowem badaniu rozpoznanie duru zupełnie pewne postawić; to też i w takich razach zwlekamy ze stanowczem rozstrzygnięciem, nie chcąc wystawić się na następstwa, jakie skutkiem tego nie tylko dla chorego, jego otoczenia, lecz dla samego lekarza wyłonić się mogą. Wspomnę tu tylko o leczeniu dyetetycznem, które w razie nieodpowiedniego polecenia nie rzadko szkodę choremu przynieść może; również odosobnienie chorego, odkażenie mieszkania, zamknięcie przedsiębiorstwa i t. d. są to ważne czynniki, których lekarz nie powinien lekceważyć i lekkomyślnie nie przyprowadzać całej rodziny do ruiny. O następstwach, jakie ze złego rozpoznania choroby lekarz ponosi, wie najlepiej każdy praktyk i codzień może się o tem przekonać, że nawet u ludzi obeznanych, jak się to mówi, z medycyną, nie mówiąc już o laikach w całem słowa tego znaczeniu, po pierwszej wizycie u chorego gorączkującego, u którego bez zastanowienia się rozpoznaliśmy poważną i długą chorobę, a chory na drugi dzień obudził się bez gorączki, spotkamy się zapewne z bilecikiem, w którym za dalszą fatygę i ordynacyę bardzo czułą podziękę znajdujemy. To też w durze brzusznym potrzebną jest nadzwyczaj wielka rozwaga, bo rozpoznanie tej choroby należy do najtrudniejszych i najczęściej tylko przez wykluczenie chorób innych postawić się daje. Dur jest poniekąd zbiorem objawów, cechujących dla tej choroby. Nie znamy bowiem w przebiegu jego żadnego objawu, któryby sam dla siebie był rozstrzygającym i tylko dla niego charakterystycznym. Ani wynik badania moczu lub krwi, ani osutka, ani nawet odczyn Widala nie dają nam same przez się nic rozstrzygającego. Bez wątpienia najpewniejszem byłoby rozpoznanie, gdybyśmy potrafili odróżnić prątek Ebertha, w ten sposób, jak to czynimy w gruźlicy z prątkiem Kocha. Z jednej strony prątek Ebertha aczkolwiek ogólnie uznany za prątek, dur wywołujący, toć jednak ciągle tu i ówdzie dają się słyszeć pewne powątpiewania, tembardziej, że naprzykład Val de Grace, Remlingen i Schneider znajdowali zupełnie typowy prątek durowy u osób, u których dur brzuszny zupełnie był wykluczony, u chorych, dotkniętych innemi cierpieniami (białaczka, gruźlica bez zmian w jelitach, dysenterya, zimnica). Rozstrzygnięcie zaś zapomocą hodowli sztucznych i doświadczeń na zwierzętach, czy w danym przypadku mamy do czynienia z prątkiem Ebertha, czy też z pokrewnymi mu drobnoustrojami, a w szczególności z *bact. coli commune*, należy do rzeczy nadzwyczaj trudnych i tylko w odpowiednio urządzonych pracowniach i przez tęgich bakteryologów rozstrzygnąć się daje, przyczem także zapomnać nie należy, że i czas potrzebny do pewnego poznania prątka jest dość długi. To też co dzień prawie spotkać się możemy w piśmiennictwie z nowymi sposobami, które czy to przy pomocy odpowiednio dobranych pożywek, czy przy pomocy odpowiedniego barwienia, mają za cel w krótkim czasie, prostem przeprowadzeniem odróżnić prątki Ebertha od innych mu pokrewnych gatunków.

W styczniu b. r. na posiedzeniu Towarzystwa lekar. w Berlinie podał Dr. Piórkowski nowy sposób, nową pożywkę, przy pomocy której udało mu się w przeciągu krótkiego czasu, bo w 20 godzinach, za pomocą hodowli, prątek Ebertha odróżnić i rozpoznanie duru brzusznego bakteryologicznie stwierdzić*). Piórkowski przygotowuje sobie pozywkę w następujący sposób: mocz o ciężarze gatunkowym mniej więcej 1020 zbiera i pozostawia przez 2—3 dni, aż przybierze oddziaływanie alkaliczne, następnie dodaje do niego $^1/_2$% peptonu i 3·3% żelatyny, potem gotuje w łaźni wodnej, przesącza, rozlewa do probówek i wyjaławia w parze przy 100 C. przez 15 minut. Na drugi dzień powtarza wyjaławianie tylko raz, by pożywka na krzepliwości nie straciła. Do badania bierze dwa oczka podejrzanego kału dla pierwszego rozcieńczenia, z którego 4 oczka wystarczają od drugiego, ewentualnie 6—8 oczek dla rozcieńczenia trzeciego. Po wylaniu płyt należy je bezwarunkowo postawić w cieplocie 20—22 C., by prątki durowe typowo rozwinąć się mogły. Już po 20 godzinach przy słabem powiększeniu można było wyraźnie odróżnić kolonie *bact. coli* od kolonii prątka Ebertha. W dwu przypadkach mógł Piórkowski przy pomocy swej metody w krótkim czasie rozpoznanie bakteryologicznie postawić, w jednym przypadku jeszcze w czasie, kiedy próba Widala ujemnie wypadła. Własnych doświadczeń w tym kierunku nie mam, gdyby jednak metoda Piórkowskiego okazała się dobrą, mielibyśmy w ręku bardzo prostą, a ważną dla bakteryologicznego rozpoznania duru brzusznego, metodę, któraby nam pozwoliła w początkowym okresie duru, w którym zazwyczaj próba Widala zawodzi, a pomięszanie rozpo-

*) Patrz *Przegląd lekar.* Nr. 12. b. r.

znawcze naprzykład z grypą tak łatwe, dur brzuszny pewnie rozpoznać. Metoda Piórkowskiego powinna być wypróbowaną tembardziej, że wykonanie jej jest nadzwyczaj proste, dla chorego nie połączone z żadnemi niebezpieczeństwami, jak n. p. nie potrzebujemy się uciekać do nakłócia śledziony, który to zabieg sam dla siebie jest niebezpiecznym, o ile że przy jego wykonaniu spostrzegano wypadki pęknięcia śledziony, krwotok i bezpośrednio zgon. Z innych metod, starających się wyróżnić hodowle prątka durowego wspomnieć, wypada metodę Elsnera, hodowanie na pożywce z dodatkiem 1°/₀ jodu, która w ciągu 48 godzin może w pewnych wypadkach dać rozstrzygające rozpoznanie. Prócz kału, krwi z śledziony, gdzie najczęściej znachodzono prątki durowe i które następnie zostają hodowlą stwierdzone, używa się do wyszukania prątka krwi z osutki, w której, według niektórych autorów, zawsze można prątek ten znaleść, jeżeli się taką krew w ciepłocie 37·5° przez dłuższy czas pozostawi, wreszcie mocz i to, według badań Levyego i Gisslera: mocz zawierający białko, zawsze cechują się znaczną zawartością prątków Ebertha.

Pozostawiając na sam koniec omówienie wartości odczynu Widala, widzimy z tego krótkiego zestawienia, że rozpoznanie bakteryologiczne duru brzusznego napotyka na bardzo znaczne trudności, że nie zawsze ono wykonać się daje i dla tego też w rozpoznaniu tej choroby uciekać się musimy do wskazówek klinicznych, do obserwacyi przypadku chorobowego i na tej drodze dojść do pewnego rozpoznania. Droga to najpewniejsza i najprędzej prowadząca do celu, a dla lekarzy praktycznych jedyna. Nie powinniśmy zapominać, że jeszcze w tak nowej gałęzi medycyny, jak bakteryologia, dużo rzeczy pozostaje do rozstrzygnięcia i że zgubną jest wprost rzeczą opierać się li tylko na badaniach bakteryologicznych. Badania te są nam tylko pomocnicze do wskazówek klinicznych, stanowią jeden więcej objaw, który w pewnych razach ostatecznie rozstrzygnąć może.

Obraz kliniczny duru brzusznego jest nadzwyczaj rozmaity; zacząwszy od przypadków poronnych, które usuwają się z pod naszego rozpoznania i tylko przypadkowo, skutkiem nagłego zejścia śmiertelnego i wyniku przeprowadzonej sekcy, jako dur brzuszny po śmierci są rozpoznane, aż do przypadków nadzwyczaj ciężkich, dla których niewątpliwie nazwa „dur" („odurzenie") całkiem dobrze jest dobrana, znajdujemy wszelkie możliwe przejścia. Odpowiednio temu zachowują się też i objawy chorobowe, które są zupełnie nie stałe.

Zazwyczaj już w wywiadach znajdziemy pewne wskazówki, które za durem brzusznym przemawiać by mogły. I tak pamiętać należy, że wśród grasowania epidemii duru brzusznego, przypadki podejrzane za takowe uważać będziemy; dalej, początek choroby jest zazwyczaj powolny, połączony z niewielkiemi dolegliwościami, raczej chorzy skarżą się na ogólne osłabienie i nieswojskość. Również często spotkać się możemy w tym okresie duru brzusznego z krwotokami nosowymi.

Z objawów, cechujących dla duru brzusznego, pierwsze miejsce zajmuje przebieg gorączki. Wzniesienie się ciepłoty ciała poprzedzać mogą dreszcze, co jednak do reguły nie należy. W rzadkich tylko przypadkach nie spotykamy gorączki (*typhus afebrilis*) tak, że brak gorączki poniekąd wyklucza dur brzuszny. Mówię tylko poniekąd, chcąc zwrócić uwagę na istnienie przypadków duru brzusznego bez gorączki, które zostały opisane przez Gerharda, a i ja je miałem sposobność widzieć; zauważyć zresztą należy, że inne objawy duru wybitnie zazwyczaj występują. Krzywe gorączki duru brzusznego przedstawiają, jak Jaccoud powiada: „semblable aux trois cotés supérieurs d'un trapèze": w pierwszym tygodniu choroby mamy schodkowate wznoszenie się ciepłoty ciała, w dwu zaś następnych tygodniach gorączka przybiera cechę gorączki stałej z niewielkiemi porannemi zwolnieniami; trzeci zaś okres choroby, a więc tydzień czwarty, prawidłowo przebiegającego duru brzusznego cechuje się mocno zwalniającym lub przepuszczającym torem gorączkowym. Taki typ gorączkowy spotyka się w przeważnej liczbie przypadków duru brzusznego, mniej więcej prawidłowo przebiegającego, jednak przypadki, w których nie tylko przebieg gorączki, ale co jeszcze częściej się zdarza, i pojedyńcze jej okresy, co do czasu, okazują nadzwyczajną różnorodność, nie należą do rzadkości, choć tor ten gorączki, nawet w nieprawidłowo przebiegających przypadkach, pochwycić się daje. Wyjątkowo tylko przybiera gorączka w pierwszych 3—4 dniach nasilenie, dochodzące do 39--40° C. tak, że u chorych, u których w pierwszych dniach choroby stwierdzamy 39—40°, dur brzuszny wykluczyć możemy, gdyż zwykle nie zaczyna się on wysokiemi gorączkami.

W okresie trzecim choroby, a więc w czasie opadania ciepłoty ciała, zdarzyć się mogą wysokie stopnie gorączki, dochodzące do 40—41° C, co odnieść należy do prawidłowego przebiegu gorączki durowej, a nie zaś składać na karb powikłania lub nawrotu choroby. Przebieg gorączki durowej jest dla lekarza rzeczą bardzo ważną i celem poznania toru gorączkowego mierzyć należy najmniej trzy razy dziennie ciepłotę ciała.

Nie mniej ważną rolę w rozpoznaniu duru brzusznego odgrywa zachowanie się właściwości tętna, a liczenie się z tym objawem oddaje nam bardzo ważne usługi nie tylko w rozpoznaniu, ale i w rokowaniu. Jak we wszystkich chorobach gorączkowych, tak też i w durze brzusznym znajdujemy tętno przyspieszone. Przyspieszenie to nigdy prawie nie jest tak znaczne, jakby temu odpowiadała zwiększona ciepłota ciała, tak, że śmiało powiedziećby można, że między liczbą tętna, a ciepłotą ciała nie znachodzimy wzajemnego stosunku. Tak n. p. 80—90 uderzeń na minutę przy wysokiej ciepłocie ciała (39—40°) należą do reguły, przyczem nadmienić wypada, że podobne zwolnienie tętna chyba że tylko w przebiegu zapalenia opon mózgowych spostrzegać można, co już samo przez się stanowi bardzo ważny różniczkowy objaw dla tych chorób, biorąc na uwagę czas i sposób, w jakich zwolnienie tętna w zapaleniu opon mózgowych występuje. Przy uwzględnieniu zachowania się ilości tętna zwrócić należy uwagę i na zachowanie się mięśnia sercowego, którego osłabienie powodować musi zwiększenie liczby tętna; zwolnienie tętna występuje mniej wyraźnie u dzieci, osób osłabionych i starych.

Drugą właściwością tętna, która w przebiegu duru brzusznego się spotyka, jest dwubitność. Już wcześnie, bo w pierwszych kilku dniach, tętno, które było silne i oporne, staje się małe i miękie; coraz bardziej utraca rytm regularny i powstaje wreszcie tętno dwubitne, które nie tylko graficznie wykazać łatwo, ale także przy badaniu bardzo dobrze wyczuć możemy. Tętno dwubitne nie jest objawem tylko w przebiegu duru brzusznego spostrzeganym; pojawia się ono i w innych chorobach gorączkowych, nigdy jednak tak często i tak wybitnie, jak w durze brzusznym. Względne zwolnienia tętna, obok bardzo wybitnej i wcześnie występującej jego dwubitności należą do charakterystycznych cech duru brzusznego. Ten stan tętna niewątpliwie jest wynikiem działania prątków duru brzusznego, a względnie ich jadu, które z jednej strony stanowią bodziec hamujący czynności ośrodków przyspieszających tętno, z drugiej zaś przez porażenie nerwów naczynioruchowych powodują wiotkość ścian naczyń, miękość i dwubitność tętna.

Dalszym, dość stałym objawem duru brzusznego jest powiększenie śledziony, które w 90°/₀ przypadków znajdujemy, a Taupein n. p. u 121 dzieci, durem dotkniętych, znalazł je 109 razy. Śledziona zaczyna już obrzmiewać w pierwszym tygodniu choroby tak, że przy końcu

pierwszego, lub też początku drugiego tygodnia, prawie zawsze powiększenie śledziony wybadać możemy. W drugim tygodniu obrzęk śledziony jest największy; w tygodniu trzecim, a jeszcze wybitniej w tygodniu czwartym, śledziona wraca do prawidłowego stanu. Tam, gdzie obrzęk śledziony długi czas się utrzymuje, jest to dla nas pewną wskazówką, że przypadek spostrzegany będzie się przeciągać i jak długo śledziona jest powiększona, tak długo sprawa chorobowa w ustroju się toczy, a Gerhard wykazał, że istnienie powiększenia śledziony w okresie bezgorączkowym wskazuje niewątpliwie na nawrót. Widzimy ztąd, jak wielkiej dla nas wagi jest stwierdzenie obrzęku śledziony i codzienne jej kontrolowanie. Przy badaniu śledziony nie należy zadowolnić się samym tylko wypukiem, który sam dla siebie nie pozwala nam ocenić, czy mamy powiększenie śledziony, lub nie. Dla pewnego rozpoznania obrzęku musimy śledzionę wyczuć. W tym celu kładziemy lekko rękę prawą w lewe podżebrze, każemy głęboko oddychać i uważamy, czy na szczycie wdechu nie uderza o nasze palce jakieś ciało, mogące odpowiadać śledzionie. Przy takiem badaniu unikać powinniśmy silnego ucisku, jako też uważać, by ręka badająca nie była zimną. W ten sposób uda się nam prawie zawsze wykazać powiększenie śledziony; w przypadkach silnego wzdęcia brzucha, zrostów około śledziony, nie da się czasem ani wypukiem, ani też obmacaniem granic jej oznaczyć. Śledziona powiększona wyczuwa się, jako narząd zbitości miękiej, o brzegu okrągłym, nieco przy dotyku bolesnym. Znaczna boleśność śledziony wskazuje na obecność zawałów krwotocznych, lub też ropni. Od czego właściwie zależy obrzęk śledziony w durze brzusznym, do dziś dnia ostatecznie nie jest rozstrzygnięte. Zważając jednak, że w śledzionie zawsze znajdowano prątki Ebertha, jak również, że punkcya śledziony prawie zawsze dodatnio pod tym względem wypadała, przyjąć możemy, że powiększenie śledziony stoi w ścisłym związku z prątkiem Ebertha i może być tak dobrze wynikiem mechanicznego nagromadzenia się większej ilości prątków, jako też i wynikiem działania jadu durowego.

W przebiegu duru brzusznego występują na skórze bardzo ważne zmiany, które dla duru stanowią bardzo ważny objaw, zmiany, pojawiające się nad postacią tak zwanej r ó ż y c z k i d u r o w e j *(reseola typhosa, tache rosée lenticulaire)*. Różyczka pojawia się w końcu pierwszego lub w początku drugiego tygodnia, rzadziej widzieć ją możemy wcześniej, 5 lub 3 dnia choroby. Występuje ona w postaci małych, okrągłych, ostro odgraniczonych plam, wielkości główki od szpilki lub wielkości soczewicy. Plamy te są nieco wyniosłe ponad powierzchnię skóry, przy ucisku w każdym okresie bledną i znikają, a po ustąpieniu ucisku znowu występują. Posuwając lekko palcem po skórze, czujemy różyczkę jako coś wyniosłego, co nam w drodze pod palcami zawadza. Plamy te są zazwyczaj odosobnione, rzadko tylko zlewają się po 2 lub 3 razem. Różyczka pojawia się najpierw na piersiach, brzuchu i tułowiu, choć i inne części ciała mogą być przez różyczkę zajęte. Twarz prawie, że z reguły jest od niej wolną. Różyczka durowa pojawia się zazwyczaj w bardzo skąpej ilości; trwa krótki czas 3—5 dni, poczem znika, a na jej miejsce pojawić się może nowa. W okresie bezgorączkowym różyczka nie pojawia się, a przeciąg czasu, w którym różyczka występuje, wynosić może mniej więcej do dwu i trzech tygodni. R ó ż y c z k a d u r o w a j e s t b a r d z o w a ż n y m z n a k i e m r o z p o z n a w c z y m d l a d u r u b r z u s z n e g o i b r a k t a k o w e j p r z e m a w i a p r a w i e z a w s z e p r z e c i w d u r o w i, p r z y n a j m n i e j p r z y p a d k i b e z r ó ż y c z k i n a l e ż ą d o n a d z w y c z a j r z a d k i c h. Różyczka znika, jak to wyżej powiedzieliśmy, po 3—5 dniach, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów. U w z g l ę d n i w s z y c z a s, w k t ó r y m n a j p i e r w r ó ż y c z k a w y s t ę p u j e, d a l e j j e j p r a w i e d l a d u r u b r z u s z n e g o c e c h u j ą c e i s w o i s t e w ł a s n o ś c i, d a l e j c z a s t r w a n i a i u s t ę p o w a n i a, o b o k p o j a w i a n i a s i ę n o w y c h p l a m, sądzimy, ż e j e s t o n a d l a d u r u b r z u s z n e g o s t a n o w c z o n a j s t a l s z y m o b j a w e m, b e z k t ó r e g o r o z p o z n a n i e d u r u b ę d z i e c o n a j m n i e j w ą t p l i w e.

Podobnie jak w innych chorobach gorączkowych, tak też i w durze brzusznym i l o ś ć d z i e n n a m o c z u j e s t m a ł a, 800—600 ctm.³, a nawet mniej, szczególnie w czasie, gdy wystąpi silne rozwolnienie. Oliguria ta utrzymuje się przez cały okres gorączkowy duru, w 4 tygodniu ustępuje miejsca polyurii, przyczem ilość dzienna moczu wynosić może 5—6 litrów. Często pojawia się w moczu białko. którego ilość jest nieznaczna, wyjąwszy przypadki, które pod postacią tak zw. „nephrotyphus“ przebiegają, gdzie już od samego początku ilość białka w moczu jest bardzo znaczna, i takowy zawiera składniki, cechujące zapalenie nerek (wałeczki, przybłonki, krew), obok zmiennej ilości bakteryj durowych. W ciągu kilku lat i całego szeregu doświadczeń przekonać się mogłem, że mocz durowy posiada tę własność. że za dodaniem odczynnika Friedenwald-Ehrlicha przybiera purpurowo-czerwone zabarwienie, czyli że w moczu durowym występuje o d c z y n d w u a z o t o w y *(Diazoreaktion)*. Odczynnik Friedenwald-Ehrlicha składa się z następujących dwu odczynników, które trzeba mieć w zapasie: 1) Rp.: *Paramidoacetophenon 1,0. Acidi hydrochl. concent. 50.0, Aquae destil. 1000,0*; 2) *Natrii nitrosi 0,5. Aqu. destil. 100.0.* Dwa te rozczyny przechować należy w ciemnem miejscu i utrzymywać w dobrym stanie 2—3 miesięcy. 40 części rozczynu pierwszego + jedna część rozczynu drugiego, daje gotowy odczynnik. Odczynnik ten trzeba zawsze świeżo przygotowywać. Próbę wykonujemy w ten sposób, że do równych części odczynnika i moczu dodajemy w nadmiarze amoniaku; zatkawszy palcem próbówkę, wstrząsamy kilkakrotnie, przyczem wytwarza się piana. Za dodatnią uważamy próbę wtedy, gdy nietylko mieszanina, ale, co ważniejsza, i piana przybrała barwę purpurowo-czerwoną, utrzymującą się przez kilka minut. O d c z y n d w u a z o t o w y w y s t ę p u j e s t a l e w d u r z e b r z u s z n y m, począwszy od 4 go do 7-go dnia choroby. Nie zależy on od gorączki, gdyż i w durze brzusznym bezgorączkowym mógł go Gerhard stwierdzić. U kobiet występuje on daleko wybitniej, aniżeli u mężczyzn. Jeżeli w przebiegu duru przystąpi jakie powikłanie (zapalenie płuc itd.), to odczyn dwuazotowy znika. Nawroty w durze dają jeszcze wyraźniejszy odczyn. Jeżeli w chorobie gorączkowej przez kilka dni stale odczynu diazowego w moczu nie znajdujemy, to możemy dur brzuszny wykluczyć. Dodatni wynik odczynu utraca dużo na swej różniczkowej wartości, gdyż w chorobach, które z durem najłatwiej pomięszane być mogą, jak zapalenie opon mózgowych gruźlicze, gruźlica prosówkowa, dur osutkowy, płonica, odra, a także i grypa, mocz również daje bardzo wybitny odczyn dwuazotowy. N a t o m i a s t w p r z y p a d k a c h, w k t ó r y c h r o z p o z n a n i e w a h a s i ę m i ę d z y o s t r y m n i e ż y t e m ż o ł ą d k o w o - j e l i t o w y m, z i m n i c ą, a d u r e m b r z u s z n y m, d o d a t n i w y n i k o d c z y n u p r z e m a w i a z a w s z e z a d u r e m b r z u s z n y m. Odczyn dwuazotowy w durze związany jest ściśle z wytworami wydzielniczymi bakteryj durowych, z ich jadami, które w ustroju ulegają nadto pewnej przemianie, przyczem i swoiste wytwory rozkładu białka ustroju w grę wchodzą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci.

Podał

Dr. Henryk Halban

Asystent kliniki.

(Według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. psych. i neur. w Wiedniu, w lipcu 1899 r.).

(Dokończenie).

Wymawianie pojedynczych zgłosek w uniesieniu u ludzi zupełnie bezmownych (cierpiących na afazyę) jest objawem już

nieraz stwierdzonym. Kussmaul tłómaczy ten objaw w sposób następujący: „Ponieważ pobudzenie, płynące ze wzruszenia, jest daleko silniejsze od towarzyszącego spokojnemu myśleniu i ponieważ rozprzestrzenia się na daleko rozleglejsze dziedziny układu nerwowego, przeto rozumie się, że można utracić zdolność wysławiania myśli, lub dobywania słowa wyłącznie jako takiego, gdy tymczasem trwać może mowa afektu, lub też zdolność wydobywania słów cechy wykrzyknikowej. Ostatnia pozostaje do pewnego stopnia niezależną od pierwszej". Zajmujące spostrzeżenia tego rodzaju opisali naprzód Hughlings Jackson, a po nim Broca, Trousseau, Gairdner, Broadbent[1]), Oppenheim i inni.

Na szczególną uwagę zasługuje w naszym przypadku ta okoliczność, że dziecko nawet nie spróbowało mówić. Zdarza się to w przypadkach porażeń opuszkowych i to w ostatnim okresie, jak n. p. w przypadkach, opisanych przez Karplusa, że chorzy wcale nie mówią, jednakże z łatwością można ich nakłonić do spróbowania wypowiedzenia słów pojedynczych, przyczem przychodzi jednak tylko do bezdźwięcznych wydechów. Różnicę tę możemy wytłómaczyć jedynie wiekiem, w którym porażenie powstało. W naszym przypadku wrzekomego porażenia opuszkowego wieku dziecięcego chora albo urodziła się już z porażeniami, albo powstały one w pierwszych tygodniach jej życia. Skłonność, popęd do mówienia z góry więc były osłabione wskutek przeszkody ruchowej i można przypuścić, że dziecko zaniechało bezskutecznych prób, jeżeli je wogóle kiedy podejmowało. Inaczej ma się rzecz u dorosłego, który choć już wcale nie jest w stanie mówić, obeznany dobrze z ruchami, potrzebnymi do mówienia, nigdy już ich nie zapomina. Potwierdzenie tego przypuszczenia, jakkolwiek nieznaczne, mamy, zdaje się nam, w przypadku Uchermanna, gdzie 19-letni mężczyzna wymawiał przed przyjęciem do zakładu dla głuchoniemych jedynie „ja" i „nein", po dwóch latach mozolnej nauki wzbogacił o wiele swój zasób słów. Ten pomyślny wynik był przyczyną, żeśmy oddali naszą chorą do podobnego zakładu. Rozwój umysłowy, który stanowi pierwszy warunek powstania mowy, jest w naszym przypadku, jak wspomnieliśmy, jeśli nie zupełnie prawidłowy, to w każdym razie nie jest on o tyle upośledzony, abyśmy go mogli uważać za powód afazyi.

Chora nauczyła się pisać bez trudności; gdy się jej dyktuje, pisze dość dobrze i odpowiada pisemnie na każde, naturalnie łatwiejsze pytanie.

Co do stanu umysłowego tej chorej, to należy nadmienić, że podczas badania spokojnie się zachowuje, zdradza odpowiednią swemu wiekowi inteligencyę i spełnia wszelkie polecenia, z wyjątkiem wchodzących w zakres ruchowych nerwów mózgowych. Zwraca jednak naszą uwagę niedowierzający i bojaźliwy wzrok tego dziecka. Wogóle zaś zachowuje się często niegrzecznie wobec posługaczek i innych chorych, jest upartą, bardzo drażliwą, złośliwą, bije starsze towarzyszki, które się w łóżku poruszyć nie mogą; jest podstępną i nieraz już przywłaszczała sobie nie dość dobrze strzeżone pieniądze i łakocie. Zgodnie z Treitlem[2]) uważamy upór i popędliwość chorej nie jako objaw umysłowego zaburzenia, albowiem brak mowy sam przez się wystarcza do wywołania zmian w usposobieniu, jakto zresztą nieraz widzimy u głuchoniemych. Miarodajne dla oceny postępów w nauce naszej chorej są bez wątpienia jej świadectwa szkolne (kazaliśmy je sobie przedłożyć, nie ufając podaniom rodziców, wychwalających zanadto jej inteligencyę) — które, jeśli nie są celujące, to przynajmniej wykazują, że dziecko poza innemi w tyle nie pozostało.

Od przyjęcia chorej do kliniki napady padaczkowe częściej się powtarzają, a mianowicie 3—4 razy na tydzień; trwają one $1\frac{1}{2}$—2 minut. O ile przez wypytywanie stwierdzić można, chora zawsze przed napadem doznaje zboczenia czucia w lewej kończynie górnej; posługaczki i inne chore spostrzegły, że dziecko to tuż przed napadem chwyta prawą ręką za lewą i stara się zbliżyć do łóżka swego. Zawsze przed napadem chora wydaje nieartykułowane głoski „hm, hm". Zapytana, dlaczego to czyni, podaje, że stara się zwrócić na siebie uwagę, rękę zaś dla tego chwyta, bo czuje w niej ból. Czasami zdarza się, że chora już do łóżka dojść nie może, a wtedy upada na ziemię, dostaje tężcowo-drgawkowych (toniczno-klonicznych) kurczów wszystkich czterech kończyn i twarzy, silniejszych po lewej jej stronie; przytem zwraca głowę na lewo. Po napadach dziecko to jest zwyczajnie bardzo znużone i osłabione przez $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ godz. i dobrowolnie pozostaje w łóżku. Ugryzienia języka nigdy nie stwierdzono.

Wywiady w naszym przypadku, z których wynika, że dziecko zaraz po urodzeniu wydawało się rodzicom nieprawidłowe, wystarczają do przypuszczenia, że uszkodzenie dotknęło mózg przed urodzeniem, a zatem, że mamy do czynienia z przypadkiem wrodzonym. Prawdopodobnie nie jest to postać dziecięcego porażenia mózgowego, powstała podczas porodu, gdyż poród nie był przedwczesny, a dziecko zaraz po urodzeniu już zachowywało się nieprawidłowo. Powodu tego uszkodzenia wewnątrzmacicznego znaleźć w tym przypadku nie możemy. Najczęstsze czynniki przyczynowe mogliśmy wykluczyć; obciążenia dziedzicznego nie było, podczas ciąży matka nie doznawała żadnych wstrząśnień umysłowych, ani urazów cielesnych, nie przechodziła również żadnych chorób; do pijaństwa rodzice nie przyznają się, również jak i do kiły, na podstawie czego oczywiście tej choroby jeszcze zupełnie wykluczyć nie możemy. Przy mózgowych porażeniach u dzieci nie możemy się spodziewać, abyśmy z klinicznych objawów mogli oznaczyć czas powstania choroby. Większa część autorów (Freud, Sach i inni) zgodnie podaje, że przypadki pochodzenia wewnątrzmacicznego prawie wszystkie wykazują uszkodzenia obu półkul mózgowych, co i w naszym przypadku przypuszczamy.

Co się zaś tyczy anatomii patologicznej wrzekomego porażenia opuszkowego u dzieci, to zapewne zmiany nie wiele się różnią od tych, jakie znajdujemy w przypadkach wrodzonych porażeń obustronnych, a polegają one po większej części na brakach w korze mózgowej, albo na niedorozwoju większych części obu półkul mózgowych. Za tem przemawia też jedyny wywód oględzin, podany przez Oppenheima, który w lewej półkuli znalazł braki w korze, połączone z niedorozwojem, a na prawej wyłącznie niedorozwój. Protokół sekcyjny brzmi: „Znajdujemy zagłębienie w środkowej części lewego rowka Rolanda; ztąd można zgłębnikiem dostać się aż do komory bocznej. Sam rowek zaś jest pogłębiony i rozszerzony; otaczające go zakręty zbiegają się ku niemu

[1]) podług Kussmaula.
[2]) Treitel str. 642.

promienisto. Przedewszystkiem zaś powierzchnia zakrętów samych jest zmieniona. Są one lekko pomarszczone i karbowane, jakby wysadzone listwami równoległemi, gęsto obok siebie leżącemi tak, że widok ich przypomina powierzchnię robaka móżdżkowego. Niedorozwój ogarnął zakręty środkowe, względnie zakręty przy rowku Rolanda na całym obszarze, a tylko najwyżej położona część ma wejrzenie prawidłowe; zraz ciemieniowy dolny i najdalej w tyle się znajdujący odcinek trzeciego zakrętu czołowego jest również zmieniony. Po stronie prawej zmienioną jest dolna część zakrętu środkowego i cała okolica rowka Sylwiusza, a mianowicie tylne części 2 i 3go zakrętu czołowego, górny zakręt skroniowy i część przylegającego zrazu ciemieniowego dolnego. Istota rdzeniowa na przekroju zwężona, szczególnie wypustki, wchodzące w korę, także spoidło największe było zanikłe.

W odnogach mózgowych, w moście i w rdzeniu przedłużonym nie ma nic nieprawidłowego; za to rdzeń pacierzowy o tyle jest nieumiarowy, że powrózek boczny po stronie prawej o wiele jest węższy, aniżeli po lewej".

Kliniczne różnice, zachodzące między przypadkiem naszym a Oppenheima, nie zmuszają nas do przypuszczenia wielkich różnic w obrazie anatomicznym.

Piśmiennictwo.

Freud, Die infantile Cerebrallähmung. Wien 1897. Freud, Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. Wien 1893. Freud, Ueber familiäre Formen von cerebralen Diplegien. Neurologisches Centralblatt. 1893, Nr. 15 und 16. Higier, Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten. 1896, IX. Hughlings Jackson, London Hospital Reports for 1864. Cit. podł. Kussmaula. Karplus, Zwei Fälle von Pseudobulbärparalyse. Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems. Herausgegeben von Prof. Obersteiner. 1896, Heft 4. W. König, Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse. (Nach einem in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 8. Juli 1895 gehaltenen Vortrage). Zeitschrift für klinische Medicin. Berlin 1896. Bd. XXX, pag. 284. W. König, Cerebrale Diplegie der Kinder, Friedreich'sche Krankheit und multiple Sklerose. Berliner klinische Wochenschrift. 1895, Nr. 33. Ref. w: Neurologisches Centralblatt. 1896, Nr. 12. Kussmaul, Die Störungen der Sprache. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Prof. v. Ziemssen. Leipzig 1874. Bd. XII, Heft 1. Little, On the influence of abnormal parturition . . . Transactions London Obstetrical Society 1862. przyt. wedł. Freuda. Naëf, Die spastische Spinalparalyse in Kindesalter. Dissertation. Zürich 1885. Oppenheim, Ueber Mikrogyrie und die infantile Form der cerebralen Glossopharyngolabialparalyse. Vortrag, gehalten in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 12 Januar 1895. Ref. w: Neurologisches Centralblatt. 1895, Nr. 3. Oppenheim, Ueber zwei Fälle von Diplegia spastica cerebralis oder doppelseitiger Athetose. Berliner klinische Wochenschrift. 1895, Nr. 34. Osler, The cerebral palsies of children. Medical news. 1888, Nr 2—5. Pelizaeus, Ueber eine eigenthümliche Form spastischer Lähmung mit Cerebralerscheinungen auf hereditärer Grundlage. Archiv für Psychiatrie. 1885, XVI. Sachs, Hirnlähmung der Kinder. Volkmann's Vorträge. 1892, Nr. 46 und 47. Sachs, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Deutsch, Dr. Onuf-Onufrowicz 1897. Treitel, Ueber Aphasie im Kindesalter. Sammlung klinischer Vorträge vom Volkmann. Neue Folge. 1890—1894. Nr. 64, 4. Heft der dritten Serie. Uchermann, Drei Fälle von Stummheit ohne Taubheit. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. 1891, Bd. XXI. Unger, Ueber multiple inselförmige Sklerose des Centralnervensystems im Kindesalter. Wien 1887. Waldenburg, Ein Fall von angeborener Aphasie. Berliner klinische Wochenschrift. 1873, Nr. 1. Wilde, przytocz. według Treitla.

IV. Wyciągi.

Vincent. **Badania bakteryologiczne zapaleń gardła, znamionujących się obecnością prątków wrzecionowatych.** *(Angine a bacilles fusiformes). (Annales de l'Institut Pasteur* 1899 Nr. 8). Praca ta jest zaokrągleniem badań V. nad pewnemi postaciami błonicowatych i wrzodliwych zapaleń gardła (i jamy ustnej), które V. dawniej już częściowo ogłosił w „Société des Hôpitaux" [1]), a które wkrótce potem liczni badacze w całej ich rozciągłości potwierdzili [2]). Ze względu na to, że sam V., jak i inni badacze, stawiają opisaną przez niego postać zapaleń gardła pod względem klinicznym dość blisko prawdziwej błonicy, a w jednym prawie rzędzie z (innemi etyologicznie) postaciami zapaleń rzekomobłoniczych czyli błonicowatych, godzi się streścić dokładniej obecne zapatrywania V., uzupełnione dalszem jego doświadczeniem klinicznem i bakteryologicznem. Okazało się mianowicie, że postać zapaleń gardła, opisywana przez V., i klinicznie dość znamienna na to, aby stanowić odrębną jednostkę chorobową, posiada dwie odmiany, z początku przebiegające jednakowo, lecz różniące się dalszym przebiegiem, odmiany, które także i pod względem bakteryologicznym dadzą się od siebie oddzielić. Z początkiem choroby pojawia się na migdałku błona rzekoma, cienka, biaława lub żółtawa, dająca się łatwo zetrzeć, lecz odnawiająca się potem nazajutrz; powierzchnia błony śluzowej po zdjęciu nalotu jest lekko nadżarta. Około 3—4 dnia choroby staje się ten nalot grubszym, lecz większym i od tej chwili właśnie może przebieg choroby przedstawiać jednę z dwu wyżej wspomnianych odmian. Rzadszą odmianą przebiegu jest tzw. postać błonicowata *(diphteroïde)*, w której nalot jest zbitszy i leży na płytkiem owrzodzeniu, od którego łatwo samoistnie się odrywa, ulegając wykrztuszeniu lub połknięciu, poczem znów wytwarza się nowy nalot, coraz stopniowo cieńszy i wreszcie zupełnie znikający. Gorączka w tej odmianie jest niewysoka, trwa 2—3 dni; gruczoły podszczękowe brzękną. Druga, znacznie częstszą odmianą, jest tzw. postać wrzodliwa, rozwijająca się z błonicowatej *(forme ulcéro — membraneuse)*. W postaci tej wcześnie już powstaje pod nalotem rodzaj wrzodu, mniej lub więcej głębokiego i łatwo bardzo broczącego. Sam nalot jest miękki, szarawy lub szarawożółty, silnie cuchnący. Sąsiednia błona śluzowa gardła jest obrzękła, zaczerwieniona, przyczem istnieje, zwłaszcza z początku choroby, wielka trudność połykania. Naloty mogą zajmować języczek i drugi migdałek. Obrzęk gruczołów podszczękowych bywa nieraz bardzo znaczny. Gorączka nie przekracza 38—39° C., trwa dni kilka, a przez ten czas chorzy skarżą się na ogólne osłabienie, brak apetytu i t. d. Około 8—10 dnia migdałek się oczyszcza, a owrzodzenie zabliźnia, co można poprzeć stósownem leczeniem miejscowem; niekiedy jednak sprawa się przedłuża tygodniami, przyczem zwykle niema gorączki. V. spostrzegał obie postacie choroby tylko u dorosłych; jednakże opisano także liczne jej przypadki u dzieci, u których przebieg może być nawet bardzo ciężki; u dorosłych rokowanie jest zawsze dobre. Rozpoznanie opiera się wyłącznie na badaniu mikroskopowem. Bakteryologicznie różni się forma błonicowata od wrzodliwej obecnością samych tylko prątków wrzecionowatych; w formie wrzodliwej oprócz nich występują jeszcze krętki (spirylle). Prątki wrzecionowate mierzą zwykle 10—12 μ. długości, bywają jednak i dłuższe, lub przeciwnie krótsze, mają postać bardzo charakterystyczną, gdyż są w środku grubsze, a ku końcom coraz cieńsze, i leżą w nalotach zwykle rozrzucone pojedynczo. Dość często spotyka się formy inwolucyjne, tj. prątki, barwiące się niejednostajnie, zawierające jasne przestrzenie (nie będące jednak zarodnikami). Do barwienia nadają się najlepiej barwiki anilinowe; V. zaleca szczególniej karbolową tioninę lub karbolową fuchsynę Ziehla, rozcieńczoną; nie barwią się prątki wrzecionowate wcale sposobem Grama. Najłatwiej wykazać prątki wrzecionowate w począt-

[1]) Obacz referenta »Listy z Paryża« Przegl. lek. 1898 Nr. 25.

[2]) np. Abel (por. sprawozd. w Przegl. lek. 1898, Nr. 41 str. 505). Bernheim, Lemoine, Stoecklin, Rispal, Nicolle, Lichtwitz i t. d. U nas zajął się tą sprawą Raczyński (»Przegl. lek.« 1898 str. 563 i 580), w którego pracy jest wyczerpująco zestawione odnośne piśmiennictwo i zebrane własne doświadczenia. P. spr.

kach choroby, wówczas bowiem znajdują się one w nalotach najobficiej, później zagłuszają je nieco rozmaite inne bakterye, bujające na powierzchni nalotów, jednak i wówczas w głębi nalotów można znaleźć prątki Vincenta w znacznej ilości. Wyhodować prątków tych na pożywkach dotąd nie zdołano. Krętki, występujące w wrzodliwej odmianie choroby obok prątków, barwią się wogóle gorzej, nie barwią się również sposobem Grama; posiadają one własne ruchy, a znajdują się obficiej na powierzchni, niż w głębi nalotów. Nie dają się one wyhodować, ale zdają się być bardzo zbliżone do krętków, żyjących u ludzi zdrowych w ślinie i osadzie zębowym. Również i prątki wrzecionowate są, jak się zdaje, prawie stałym mieszkańcem jamy ustnej, nabierającym dopiero w pewnych szczególnych warunkach własności chorobotwórczych. Na 18 zdrowych osobników znalazł je V. w jamie ustnej u 14, wprawdzie w skąpej ilości; podobnież zdarzają się one także, choć zrzadka, w nalotach błoniczych prawdziwych wśród prątków błoniczych. Jako chorobotwórcze znalazł je V. dotąd w 3 przypadkach odmiany błonicowatej i w połączeniu z krętkami w 15 przyp. odmiany wrzodliwej zapalenia gardła. — Być może, że odgrywają one niejaką rolę także w pewnych przypadkach ropienia w sąsiedztwie jamy ustnej. (Lichtwitz i Sabrazès znaleźli obficie prątki te w otoku jamy Highmora).

V. opisuje szczegółowo rozmieszczenie prątków wrzecionowatych wśród nalotów, powstających w zapaleniu błonicowatem gardła; z opisu tego najważniejszym szczegółem jest to, że prątki leżą, jako gęsty pokład, w środkowej warstwie nalotu, zaś w warstwie powierzchownej i głębokiej znajdują się w małej liczbie.

W końcu zwraca V. uwagę na podobieństwo bakteryologiczne i kliniczne między opisanemi przez siebie błonicowatemi zapaleniami gardła, a opracowaną już dawniej przez siebie zgorzelą szpitalną [1]); czy obie te sprawy wywołuje jeden i tensam gatunek prątków, V. nie rozstrzyga, zaznaczając tylko, że bakterye chorobotwórcze obu tych chorób zdają się być sobie bardzo blisko pokrewne.

Doc. Ciechanowski.

Malvoz: **O obecności swoistych substancyj zlepiających (aglutyninów) w hodowlach drobnoustrojów.** *(Annales de l'Inst. Pasteur.* 1899. Nr. 8). Przed 2 laty wykazał M., że zdolność zlepiania bakteryj posiadają nietylko swoiste surowicie, ale że podobne działanie na bakterye wywierać mogą także substancye chemiczne względnie prostego składu, jak formalina, sublimat, niektóre barwiki (safranina, wezuwina, fuchsyna), wreszcie kwas mleczny i kwas octowy. Własności zlepiające tego ostatniego wykrył M. przypadkowo, dzięki okoliczności, nakazującej obchodzić się wogóle bardzo ostrożnie z tak zw. serodyagnostyką. Mianowicie pewna próbka krwi, nadesłana M. w celu wykonania odczynu Widala, wywołała w hodowli prątka durowego zlepianie się aż do rozcieńczenia 1:5000! M., który na tej podstawie przypuszczał, że krew pochodzi z chorego na dur, z wielkiem zdziwieniem dowiedział się, iż była to krew zdrowego. Szukając przyczyny błędu, docieki M. nakoniec, że wysyłający krew, pragnąc oczyścić przeznaczoną na nią próbówkę, wymył ją octem. Od niejakiego czasu posługuje się M. w badaniach nad agglutynacyą osłabionym prątkiem wąglikowym, który do tego nadaje się o wiele lepiej od prątka durowego.

Według powszechnie panujących zapatrywań są swoiste substancye zlepiające, we krwi osobników zakażonych, wytworem samego zakażonego ustroju: mianowicie pod wpływem bakteryj lub ich jadów ma albo wzmagać się wytwarzanie substancyi, wyrabianych w ustroju już w warunkach fizyologicznych, lub też mają powstawać substancye nowe, obdarzone swoistą siłą zlepiającą. M. natomiast dochodzi na podstawie swoich badań do innych wniosków; sądzi on, że nie potrzeba odwoływać się do substancyj, wytwarzanych stale, czy czasowo, przez ustrój, aby wytłómaczyć zlepiające działanie surowic, gdyż można w samychże hodowlach drobnoustrojów wykazać obecność swoistych substancyj zlepiających (agglutyninów), przynajmniej w hodowlach osłabionego prątka wąglikowego.

Niektóre bakterye, hodowane w pożywkach płynnych, już samoistnie zlepiają się w grudki jak np. prątek błoniczy, prątek wąglikowy, posiadający pełną jadowitość (a nawet prątek durowy w zwykłym bulionie i z tego właśnie powodu zalecają do odczynu Widala używać hodowli w wodzie peptonowej). To samoistne zlepianie się nazywano „rzekomem“ i odróżniano, nie wiadomo dlaczego, od zlepiania się pod wpływem surowic. W rzeczywistości jest ono skutkiem wytwarzania się już w hodowlach swoistych substancyj zlepiających, których istnienia dowodzą następujące spostrzeżenia M. W hodowli osłabionego prątka wąglikowego powstaje zlepianie się po dodaniu zwykłego zasadowego bulionu, lub też 10% roztworu żelatyny (tej ostatniej w preparatach, ogrzanych do 37°). Najwybitniejsze jednak zlepianie się wywołuje bulion, w którym hodowano prątek wąglikowy, po usunięciu z niego prątków. Dodanie takiego bulionu do hodowli prątka durowego lub okrężnicowego nie wywołuje w nich zlepiania się. Urządzając jednak doświadczenie inaczej, mianowicie szczepiąc bakterye do wiszącej kropli takiego bulionu, można spostrzedz zlepianie się ich po dobie lub półtorej doby, jak gdyby pod wpływem surowicy swoistej, a to używając do szczepienia nietylko prątka wąglikowego osłabionego, ale także prątka okrężnicowego. Swoistość oddziaływania okazuje się dopiero po rozcieńczeniu 10-krotnem owego bulionu, w którym hodowano prątek wąglikowy; wówczas bowiem prątek wąglikowy osłabiony zlepia się jeszcze, prątek zaś okrężnicowy wcale się już nie zlepia. Nie ma więc wątpliwości, że hodowle prątka wąglikowego zawierają w pewnych warunkach swoiste substancye zlepiające, których część pozostaje w płynnej pożywce po usunięciu prątków, część jednak trzyma się samych prątków, objawiając swoje, poprzednio utajone własności, dopiero po dodaniu zwykłego bulionu, żelatyny 10% przy 37° i t. p. Przecież nie podobna przypuszczać, aby roztwór jakiegoś barwika np. fuchsyny, pod wpływem którego może pojawiać się agglutynacya, zawierał istotnie substancye zlepiające; on tylko wyzwala własności takich substancyi, zawartych w samej hodowli drobnoustroju. To samo, uwzględniając jednak cały szereg innych czynników, sprzyjających aglutynacyi, powiedzieć można i o zlepiających własnościach surowic. Czemże jednak tłómaczyć okoliczność, że surowice swoiste posiadają szczególnie wybitną siłę zlepiającą? Zdaniem M. pochodzi to stąd, że krew jest przeładowaną substancyami zlepiającemi, nie wytworzonemi przez ustrój, ale wcielonemi wraz z innymi wytworami zakażających bakteryj do ustroju; w przeciwieństwie do substancyi chroniących i antytoksycznych w ścisłem znaczeniu, które są niewątpliwie wyrabiane przez sam ustrój zakażony pod wpływem bakteryi lub ich jadów.

Ciechanowski.

Kunkel: **O wykryciu i ilościowem oznaczeniu pary rtęciowej w powietrzu.** *(Wiener klin. Rundschau,* Nr. 33, 1899). Do ilościowego oznaczenia pary rtęciowej używano dotychczas metody z listkami pozłótki. Metoda ta posiada ten błąd, iż na listku złota może osiąść choćby i mała ilość pary wodnej, przez co przybytek na wadze pozłótki jest większy od rzeczywistego, spowodowanego ilością rtęci, a co za tem idzie, błąd przy oznaczeniu może być dość znaczny. Drugi zarzut, jaki można zrobić wspomnianej metodzie, jest ten, iż nie cała ilość rtęci bywa pochłonięta na listkach złota, jak to autor próbami wykazał. Celem wykrycia, lub też ilościowego oznaczenia rtęci w powietrzu, zanieczyszczonem parą rtęci, przeprowadza autor przez rurki szklane (2—3 mm. szerokie), zawierające kilka kryształków jodu, bardzo wolnym strumieniem większe ilości (50—100 litr.) powietrza badanego. Reakcya jakościowa jest bardzo czułą, gdyż jeszcze $^{1}/_{100}$ mgr. rtęci sprawia czerwone zabarwienie

[1]) Por. ref. w »Przegl. lek.« 1896, Nr. 44, str. 585.

się kryształków jodu, skutkiem utworzenia się jodku rtęciowego (HgJ_2). Chcąc ilościowo oznaczyć Hg. popłókujemy rureczki (po skończonem przeprowadzaniu powietrza) rozczynem jodku potasu, nadmiar stałego jodu odsączamy, a w rozczynie będący jod wiążemy przez ostrożny dodatek rozczynu wodorotlenku sodowego. Następnie przeprowadzamy przez otrzymany rozczyn strumień siarkowodoru i porównywujemy zabarwienie tej cieczy kolorymetrycznie z wiadomym rozczynem sublimatu, przez który przeprowadziliśmy również siarkowodór. *Dr. J. L.*

R. O. Neumann: **O wartości wyskoku, jako pożywki, na podstawie badań w kierunku przemiany materyi u ludzi.** *(Wien. klin. Rundschau,* Nr. 33, 1899). Sprawa, jakim losom podlega wyskok, wprowadzony do ustroju, jak i fakt, iż upośledza wymianę gazów, została dostatecznie stwierdzoną doświadczalnie. Pytanie zaś, jak wyskok oddziaływa na przemianę białka w ustroju nie jest należycie wyświetlone, a wyniki badań są sprzeczne. Jedni autorowie, jak Riess, Jaksch, Strassmann twierdzą, iż wyskok zmniejsza wydzielanie się azotu, a więc oszczędza białka; inni znów, jak Romeyn, Keller, Ström, Miura i t. d. są zdania, iż zwiększa ilość wydzielanego azotu. Te sprzeczności spowodowały autora do podjęcia na nowo doświadczeń nad przemianą materyi przy spożywaniu wyskoku na samym sobie. Doświadczenie trwało dni 35, z których w 16 spożywał autor po 100 grm. wyskoku bezwodnego. W 70 dniach przed rozpoczęciem doświadczeń autor wyskoku nie spożywał. Całe doświadczenie podzielone było na sześć okresów: W okresie I, pięciodniowym, doprowadził siebie autor do równowagi azotowej przy dyecie, złożonej z 76 grm. białka, 224 grm. wodników węgla i 156 grm. tłuszczu, odpowiadającej 2681 kaloryom. W II-gim okresie, czterodniowym, opuścił z dyety 77 grm. tłuszczu, dyeta odpowiadała więc 1959 kaloryom, zatem była niedostateczną, a doprowadzenie N. musiało być zwiększonem. W III-cim okresie, dziesięciodniowym, zastąpił 77 grm. tłuszczu równoważną ilością (100 grm.) wyskoku, dyeta odpowiadała 2677 kal. i musiała być dostateczną, jeżeli wyskok był w stanie zastąpić tłuszcz; przez to musiała również wrócić równowaga azotowa. W okresie IV-tym, sześciodniowym, podawano pierwotną ilość tłuszczu (156 grm.), a nadto jeszcze 100 grm. wyskoku. Dyeta odpowiadała 3401 kal., była tedy nadmierną. Wobec tego wydalanie azotu musiało być zmniejszonem, jeżeli wyskok mógł zastąpić tłuszcz. W V-tym okresie, czterodniowym, nie podawano wyskoku, a tłuszczu o 77 grm. mniej. Dyeta odpowiadała teraz 1959 kal., była zatem niedostateczną. Należało się przeto znów spodziewać utraty azotu W VI-tym okresie ostatecznie, sześciodniowym, wrócono do dyety okresu pierwszego, wobec czego powinna była wrócić równowaga azotowa. Jak wykazują tablice, przedstawiające przemianę materyi, z całego doświadczenia widzimy, że w okresie przed i po doświadczalnym (I i VI) istniała równowaga azotowa. W okresie II-gim i V-tym znajdujemy utratę azotu (N wprowadzony 12, 16; wydalony 13, 79). W okresie III-cim znajdujemy od 5—10 dnia równowagę azotową, wobec czego wnosimy, iż dyeta była dostateczną. W okresie IV-tym, w którym dyeta była nadmierną, widzimy przyrost azotu w ustroju (N wprowadzony 12, 19, wydalony N 10, 84). W końcu w pierwszych pięciu dniach III-go okresu z ajdujemy utratę azotu (N wprowadzony 12, 16; wydalony 15, 21), którą sobie autor tłómaczy jako skutek ostrego zatrucia wyskokowego, spowodowanego przez wprowadzenie stosunkowo wielkich ilości wyskoku do ustroju, nie przyzwyczajonego do wyskoku (wystrzeganie się wyskoku przez 70 dni przed doświadczeniem), gdzie działanie wyskoku, jako trucizny pierwoszczy, spowodowało zwiększony rozpad ciał białkowatych. Rozpad ten był jednak czasowym i ustąpił, gdy się ustrój po 5-ciu dniach do wyskoku przyzwyczaił, kiedy więc jego niszczące działanie ustąpiło. Wskutek tego nastąpiła od 5 do 10 dnia równowaga azotowa, a na tej podstawie możemy twierdzić, iż wyskok w tych 5 dniach był w stanie zastąpić brakujący tłuszcz i zaoszczędzić białka. Że tak jest, mamy dalej dowód w IV-tym okresie, w którym, podobnie jak tłuszcz, działał wyskok oszczędzająco na białko, skutkiem czego wydzielanie się azotu w tym okresie było zmniejszonem (wprowadzony N 12, 16, wydalony 10, 84). Wyniki doświadczeń autora zgodne są zatem z wynikami, jakie otrzymali Miura i Schmidt w czterech pierwszych dniach okresu podawania wyskoku; niestety, autorowe przerwali w czwartym dniu doświadczenia swoje i w ten sposób doszli do wyników błędnych. Autor wyciąga w końcu ze swoich doświadczeń wniosek, iż wyskok należy uważać za pożywkę, która jednak z powodu swych trujących własności powinna być jak najmniej spożywaną. *Dr. J. L.*

Dr. Ludwik Seeligmann: **O sączkowaniu po laparotomiach z ciężkiemi powikłaniami.** *(Deutsch. med. Woch.,* Nr. 39, 1899). Autor uważa sączkowanie za wskazane po ciężkich zabiegach w miednicy małej, a zwłaszcza, gdy przy tych zabiegach albo istnieje obawa zakażenia otrzewnej, albo też obawa krwotoku następowego. Sączkowanie przeprowadza gazą, przez pochwę i zatokę Douglasa; jest przeciwnikiem sączkowania przez ranę w przetokach brzusznych, jakoteż użycia do sączkowania drenów. Według zdania autora sączkowanie należy ograniczyć tylko do bardzo ciężkich przypadków i to tam, gdzie albo wskutek silnych zrostów przy dużych otokach trąbkowych wśród zabiegu pęka guz, a ropa dostaje się do otrzewnej, albo gdzie przy oddzielaniu silnych zrostów naruszono całość ściany jelita, moczowodu lub też pęcherza. Usunięcia równoczesnego macicy i przydatków strony przeciwnej przy otokach trąbkowych autor nie uważa za koniecznie. Otwór po wyłuszczeniu guza, względnie po usunięciu macicy z przydatkami i po zaprowadzeniu sączka, który równocześnie może być po przeprowadzeniu go przez pochwę i tamponem, zmniejsza autor w ten sposób, że kikuty pozostałe więzów szerokich zeszywa z najbliższymi przydatkami tłuszczowymi *(appendices epiploicae)* tak by szwy przypadały od strony założonego sączka. Przy tem postępowaniu miał autor doskonałe wyniki operacyjne, nawet tam, gdzie ropa przy oddzielaniu guza dostała się do otrzewnej. Sączek już od drugiego dnia wysuwać należy powoli przez pochwę. *St. D.*

Šamberger. **Rokowanie w dusznicy bolesnej.** *(Sborník klinický* R. I. Z. 1, 1899). Na podstawie 73 przypadków dusznicy bolesnej, spostrzeganych w ciągu lat 3 w poliklinice czeskiej, oraz statystyki, zebranej z piśmiennictwa, dochodzi S. do następujących wniosków: Dusznica bolesna jest cierpieniem wcale nierzadkiem, zwłaszcza w praktyce przychodniej (poliklinicznej); częściej dotknięci są nią mężczyźni (64·4%), niż kobiety (35·6%); wiek starszy ma wpływ bardzo wybitny na częstość choroby (po 40 r. życia 72·6%). Znaczna część chorych zmuszoną jest udawać się o pomoc lekarską częściej w zimie, niż w lecie. Wbrew zapatrywaniu, że dusznica bolesna jest częstszą u ludzi zamożnych, żyjących dostatnio i nie pracujących fizycznie, sądzi autor, że cierpienie to nie jest przywilejem żadnej warstwy społecznej, ani żadnych oznaczonych zawodów, ponieważ prawie wszyscy jego chorzy należeli do klasy robotniczej. Również i w zapatrywaniach na rokowanie różni się Šamberger od większości klinicystów, utrzymujących, że prawdziwa, t. j. wywołana zmianami anatomicznemi dusznica bolesna kończy się prędzej lub później śmiercią nagłą, a że wyzdrowienie jest zgoła wyjątkowe. S. sądzi, że zapatrywanie to ma podstawę tylko w przypadkach, powikłanych niedomykalnością ujścia tętniczego lewego; natomiast z innych przypadków żaden nie zakończył się śmiercią nagłą w ciągu trzechletniego spostrzegania.

Co więcej, stosowne leczenie nietylko powróciło wielu chorym zdolność do pracy, ale nawet doprowadziło u kilku do zupełnego wyzdrowienia. Tylko u 3 chorych (na 73) stan wcale się nie poprawił, mianowicie u jednego nałogowego pijaka i palacza, u drugiego chorego, dotkniętego prócz dusznicy bolesnej także cierpieniem opłucnej i wreszcie u trze-

ciego, u którego postępująca miażdżyca tętnic sprowadziła w ciągu roku wytworzenie się niedomykalności zastawek t. głównej, a w parę miesięcy później śmierć nagłą.

Sekcya, wykonana w tym przypadku, potwierdziła dokładnie rozpoznanie kliniczne. *Z.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Philippson (Hamburg) uzyskał dobre wyniki w leczeniu liszaja żrącego, podając wewnętrzne fluorek sodowy w dawce 0·1 grm. 3 razy dziennie, wywołujący jednak czasami pewne objawy ze strony przewodu pokarm.: dlatego zaleca więcej do użycia *natrium fluorobenzoicum* Mercka w dawce 0·5 grm. 3 razy dziennie (*Derm. Ztsch.* T. II. 3). Należy nadmienić, że podobne wyniki omawiał Stepp na Zjeździe w Norymberdze, po używaniu wody fluoroformowej w ilości 100·0 dziennie, *F. K.*

W ostatnich czasach często polecaną bywa jodothyrina, w zastępstwie gruczołu tarczykowego. Jaquet ogłaszał w ostatnim roku nader pomyślne wyniki w obrzęku śluzakowym (myxoedema), wolu, wreszcie w różnych chorobach skórnych. Lancereaux i Paulesco użyli jej świeżo w cierpieniach gośćcowych, dnie i miażdżycy tętnic. Prawie wszyscy jednak skarżą się, że używanie tego przetworu wywołuje nierzadko zawroty, drżenie, bicie serca itp. Mabille ogłasza w ostatnich czasach, że stwierdził tak doświadczalnie na zwierzętach, jak i klinicznie na chorych brak tych ubocznych objawów, gdy podawał równocześnie z tym środkiem arszenik. *F. K.*

Powszechnie znanym jest ból przy owrzodzeniach w ustach, szczególnie u dzieci (*stomatitis ulcerosa, aphtosa*), przez co odżywianie jest nader utrudnionem. Kokainy nie można w tych razach używać całkiem bezpiecznie; dlatego Göpfert radzi używanie ortoformu, który wdmuchuje się na błonę śluz. ust na parę minut przed jedzeniem, przez co dziecko bez bólu jeść może. Przestrzega tylko przed dostaniem się tego środka do przełyku, dla jego nieprzyjemnego smaku. (*Jour. d. Med. d. Paris* 1899.31).

F. K.

Gautrelet omawiał na posiedzeniu Akademii nauk w Paryżu nowe środki przeciwpasorzytnicze, egole, powstające z fenolu, kresolu i tymolu przez dodanie rtęci. Przetwory te (fenegol, kresegol, tymegol) przedstawiają się w postaci proszku czerwono-brunatnego, rozpuszczalnego w wodzie, a nie dającego się rozpuścić w wyskoku. Roztwory wodne nie mają smaku, ni zapachu, są obojętne, niedrażniące, nie lotne i nie rozkładają się przy zetknięciu z istotami organicznemi. Nie działają trująco, bo potrzeba 2·0 tego przetworu na 1 klgr. zwierzęcia, aby sprowadzić śmierć. Wewnętrznie podane, działają wymiotnie; działanie ich przeciwpasorzytnicze jest silne, gdyż w roztworach 4:1000 tamują w hodowlach rozwój jakichkolwiek drobnoustrojów. *F. K.*

Lau zaleca do leczenia łuszczycy okłady z 2% roztworu kw. salicylowego w wyskoku (70°—90°), zmieniane co 12 godzin, poczem ma nastąpić zmywanie dokładne wodą i mydłem. Jeżeli powstanie podrażnienie skóry, dochodzące często aż do rozpadlin w przyskórku, stosuje nacieranie tych miejsc lanoliną. (*St. Peterb. med. Woch.* 1899. 34). *F. K.*

Przy ukąszeniach owadów radzą lekarze amerykańcy smarować miejsca wkłócia eterem mentolowym (1·0—2·0:10·0). (*Med. News* 1899, 6). *F. K.*

Salophen stósował Dr. Kenner w przypadkach gośćca stawowego ostrego z dobrym skutkiem, przyczem miał sposobność przekonać się, iż salofen nie drażni błony śluzowej żołądka; ból gośćcowy ustępuje szybko, również i obrzęk stawów; wogóle szkodliwych i jakichkolwiek działań ubocznych po podaniu salofenu autor nie zauważył. *J. L.*

Protargol. Bouvy (*Considerations bactériologiques, cliniques et therapeutiques sur la Blennorrhée vulvo-vaginale des enfants. Paris, 1899*) badał działanie protargolu w ślużotoku sromowo-pochwowym u niemowląt i porównywał je z działaniem nadmanganianu potasowego, wody utlenionej i ichtyolu w tych samych przypadkach. Z doświadczeń tych doszedł do wniosku, iż protargol jest w tych razach najpewniejszym i najszybciej działającym środkiem; z leków wspomnianych działa on najmniej boleśnie i drażniąco tak, iż autor może w zupełności potwierdzić własności protargolu, jakie mu przypisywali Neisser i Bernario.

J. L.

Europhen. Conoerse (*New Albany Medical Herald, May, 1899*) ogłasza wyniki stósowania eurofenu w *Rhinitis neonatorum*. Nos przepłókuje się najprzód wodą słoną lub też słabą wodą utlenioną, a następnie wdmuchuje się mięszaninę eurofenu z cukrem; tak postąpić należy 2—3 razy tygodniowo. Również w zapaleniach ucha zaleca autor wdmuchiwania eurofenu po poprzedniem wystrzykaniu ucha roztworem sublimatu (1:500). *J. L.*

VI. Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego, odbytego w czasie od 13—15 września w Norymberdze.

Podał

Dr. Jan Buszek

fizyk m. Krakowa.

Tegoroczny, 24 Zjazd niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego odbył się w czasie od 13—15 września b. r. w Norymberdze. Liczba uczestników wynosiła 371. Pomiędzy nimi było najwięcej lekarzy, następnie techników, burmistrzów i urzędników miejskich. Nie brakło na nim także miłośników higieny z państw obcych. Z Krakowa brali udział w Zjeździe Prof. Dr. Pareński, Dr. Bier i sprawozdawca.

Po zwykłych mowach powitalnych nastąpił referat Prof. Dra E. Erismana z Zurychu: *Higieniczne ocenienie rozmaitych sposobów sztucznego oświetlenia ze szczególnem uwzględnieniem rozdzielania światła.* Do oznaczenia ilości światła, potrzebnej do pracy, ustanowiono pewne zasady po wynalezieniu fotometrycznych przyrządów. Jeżeli 50 NS (normalnych świec) odpowiada pełnemu oświetleniu dziennemu, to ze stanowiska higienicznego potrzeba dla pracy dłuższej, jak np.: czytanie, pisanie, rysowanie itp. 20—30 NS. Zadowalniamy się najczęściej oświetleniem sztucznem już przy 12 NS, lecz pełna najwyższa bystrość wzroku nastąpi dopiero przy 100 NS. Musimy żądać od oświetlenia sztucznego więcej aniżeli 15 NS. Postępowa technika oświetlenia może dawać 20—30 NS. Oświetlenie elektryczne najmniej przyczynia się do psucia powietrza, ale też i Auerowskie światło niewiele go psuje. Tworzenie się kwasu węglowego nie może być tak znaczne, aby miało być zdrowiu szkodliwe. Doświadczenia ze świnkami morskiemi miały okazać objawy rozpoczynającego się zapalenia płuc pod wpływem wytworów chemicznych świecenia. Węgliki wodu, niedokwas węgla, kwas siarkowy i siarkawy wytwarzają się tylko w małych ilościach przy oświetleniu zapomocą gazu. Raczej kwas azotawy mógłby działać szkodliwie. Trujące działanie acetylenu zdaje się być nieznacznem, prócz tego krew szybko się go pozbywa. Niebezpieczeństwo wybuchu można nadzwyczaj zmniejszyć przez mięszanie go z gazami tłuszczowymi, około 30% z 70% gazów tłuszczowych.

Bardzo szczegółowo omawiał referent rozdzielanie światła. Najwięcej korzyści przedstawia światło rozproszone: umieszcza się źródło światła niezbyt wysoko pod sufitem, skąd ono odbija się od nieprzepuszczających reflektorów pod sufit, a ztamtąd rozchodzi się jednostajnie na wszystkie strony. Ponieważ przy tym sposobie oświetlenia można użyć bardzo mocnego światła (Auerowskie, łukowe), to mimo, że przez rozproszenie dużo się traci światła, zależnie od okoliczności, jest ono jednak tańsze, aniżeli oświetlenie wprost.

Referent przedłożył następujące twierdzenia: Ze względu na siłę oświetlenia, technika ma ze strony higienicznej następujące zadania:

1) Ilość światła padająca na każde miejsce pracy, tak zwana jasność (siła oświetlenia), jako też jasność powierzchni miejsca pracy (funkcya wskazanej jasności i zdolności odbijania światła oświetlonych powierzchni) musi być dostatecznie wielką. Dla grubszych robót na dobrze odbijających powierzchniach wystarcza 10 NS.; dla delikatniejszych robót i w warunkach nieprzychylnych dla odbijania światła potrzeba przynajmniej 20—30 NS. Kontrolować jasność należy zapomocą przyrządów fotometrycznych.

2) Zepsucie powietrza przez wytwory zupełnego albo niezupełnego spalania materyi świetlnych (przy sposobach oświetlenia wydających światło przez spalenie) powinno być jak najmniejsze. Tu należy używać jak najczystszego materyału palnego; a ponieważ z wielkością zużycia rośnie bezwzględna ilość wytworów spalenia, tedy wśród równych okoliczności zasługuje na pierwszeństwo ten sposób oświetlania, przy którym całe zużycie materyału palnego dla jednostki światła jest najmniejsze.

3) Sztuczne oświetlenie stanowczo nie powinno podnosić ciepłoty w oświetlonej przestrzeni, to jest

skutek ogrzania przez źródło światła powinien być jak najmniejszy. Przy sposobach oświetlania, wydających więcej gazów ze spalenia, należy je odprowadzać w sposób odpowiedni. Dla zmniejszenia utraty ciepła wraz z gorącymi gazami jest rzeczą ważną, aby jak największa część zapasu energii (wszystko ciepło), zamienić w światło, czyli, aby zużycie materyału palnego w stosunku do jasności płomienia było jak najmniejsze.

4) Ciemne promieniowanie źródła światła nie powinno być przykre. Przykrość tę może zmniejszyć większa odległość ciał świecących od osób zajętych pracą w danej przestrzeni. Gdy atoli przytem jasność szybko się zmniejsza, dlatego muszą być w samym sposobie oświetlenia dane warunki dla zmniejszenia promieniowania ciepła, to znaczy, że trzeba dać pierwszeństwo takim źródłom ciepła, przy których równoważnik cieplikowy części płomienia nieświecącej jest jak najmniejszy. Również konstrukcya palników, albo wogóle przyrządów użytych do wydawania światła, powinna być tego rodzaju, aby *caeteris paribus* dała się osiągnąć jak najmniejsza wartość promieniowania. Za najlepsze źródło światła należy zresztą przy równych stosunkach uważać to, przy którem przypadające na jedną świecę jasności promieniowanie ciepła jest najmniejsze. Promieniowanie idealnego źródła światła powinno być jak najmniejsze. Z tego stanowiska jest nie bez znaczenia barwa światła, gdyż światłu z wieloma promieniami czerwonym i odpowiada wysokie promieniowanie, zaś światłu z przeważną ilością barwy zielonej i niebieskiej małe.

5) Źródła światła z wielkim blaskiem, przy których więc na jednostkę świecącej powierzchni przypada wielka ilość światła, należy od oczu oddalać, albo w odpowiedni sposób je osłabiać.

6) Migotania źródła światła, oraz zmiennego wzmagania się i słabnięcia siły światła, należy przy oświetlaniu unikać. Trzeba wszędzie żądać światła jednostajnego, spokojnego: a głównie i bezwzględnie jest ono potrzebne tam, gdzie odbywa się praca, wymagająca wytężenia wzroku, przez czas dłuższy albo w większym stopniu (izby szkolne, pewne pracownie itp.).

7) Niebezpieczeństwa, jak zatrucie, wybuch, pożar, rażenie prądem elektrycznym, któreby konsumentom albo publiczności wogóle z powodu zakładów oświetlenia grozić mogły, powinny być jak najmniejsze.

8) Niemniej ważnem, a dla pewnych przestrzeni (osobliwie szkół) jeszcze ważniejszem, aniżeli dostarczanie jak największej ilości światła jest należyte rozdzielenie światła i osłabienie cieni. Zadanie to przy oświetleniu wprost może się spełnić tylko wśród szczególnych okoliczności (jeżeli się każdemu uczniowi da źródło światła opatrzone w odpowiednią przyciemniającą zasłonę). Cel ten najprościej i najpewniej osiągnąć można przez użycie światła rozprószonego. Dla izb szkolnych jest to jedyny, odpowiedni i wszelkie wymagania higieny zaspokajający sposób oświetlenia. Może on atoli i w lokalach biurowych, pracowniach itp. oddawać wielkie usługi. Uciążliwe promieniowanie źródeł światła da się zupełnie usunąć przez rozprószenie światła, ponieważ przy tem umieszcza się ciała świetlne wysoko ponad głowami. Skombinowanie światła przechodzącego wprost ze światłem rozprószonem zapomocą reflektorów ze szkła mlecznego nie zaleca się tam, gdzie są warunki dla przykrego tworzenia się cieni t. j. gdzie piszą, rysują i t. p. (Wtedy są lepsze nieprzeźroczyste metalowe umbry, jako reflektory, aniżeli umbry ze szkła mlecznego).

W rozprawie nad powyższemi twierdzeniami zauważył Prof. Dr. Praussnitz, że oświetlenie wprost nie wszędzie jest odpowiednie. Tak samo Mayer nie zaleca go przy rysunkach z modeli gipsowych. Peters zachwala światło gazowe żarowe. Schubert zwrócił uwagę na to, że światło wprost olśniewa i dlatego należy zaprowadzać światło rozprószone (C. d. n.).

VII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

10) Lange z Lipska (sprawozdawca): *O drgawkach w wieku dziecięcym.* Sprawozdawca ograniczył się w swem zdaniu sprawy do tak zw. *Eclampsia infantum,* określił bliżej najważniejsze objawy tego cierpienia i wskazał na trudności odgraniczenia tego, co w niem fizyologiczne, a co chorobowe. Różnica między drgawkami na podstawie anatomicznej, a drgawkami czynnościowemi, polega na tem, że w pierwszych znamy ich przyczynę, w drugich dotychczas jej nie znamy. Rozróżniamy drgawki czynnościowe sympatyczne i samoistne. Drgawki sympatyczne są prawie identyczne z symptomatycznemi, gdyż wszelkie drgawki są spowodowane zmianą patologiczną i dlatego należy nazwę „drgawki“ *(eclampsia),* jako określenie choroby, zupełnie usunąć, gdyż podobnie, jak n. p. wyrazy: gorączka, wymioty, ból głowy, nie określają rodzaju choroby. Co do patogenezy drgawek, to mogą one być spowodowane przez niedokrewność, czynne lub bierne przekrwienie, zaburzenia naczynioruchowe i przez zmiany ciśnienia krwi w mózgu. Dawniejsze zapatrywanie o istnieniu ośrodka dla kurczów nie da się obecnie utrzymać, a jako siedzibę kurczów należy uważać obszar ruchowy kory mózgowej. Prace Soltmana wyjaśniają skłonność do powstawania kurczów w wieku od 4—12 lat, nie wyjaśniają jednak przyczyn cierpienia i nie tłómaczą dlaczego z dwojga dzieci, znajdujących się w tych samych warunkach, jedno dostaje drgawek przy lekkiem podrażnieniu czuciowem, a drugie nie. Sprawozdawca zaprzecza istnieniu „drgawek z ząbkowania“, omawia napady drgawek w początku chorób zakaźnych i sądzi, że te powstają prawdopodobnie pod wpływem jadów, a nie jako następstwo gorączki. Co do wpływu samozatrucia na powstawanie drgawek, Lange, na podstawie dodatnich wyników w dwóch na jedenaście przypadków u zwierząt, nie chce wydawać stanowczego sądu. Głównego pytania co do powstawania drgawek L. nie rozstrzyga, jakkolwiek przyjęcie samozatrucia tłómaczyłoby wpływ krzywicy na powstawanie drgawek. Trudności rozpoznawcze nastręcza rozróżnienie drgawek od padaczki. Leczenie polega na stosowaniu w cięższych przypadkach uśpienia chloroformem i na podawaniu fosforu, bez względu na obecność lub nieobecność krzywicy.

Thiemich z Wrocławia, jako spółsprawozdawca również zajmował się tylko drgawkami u dzieci, t. j. czynnościowemi i w opisie obrazu klinicznego choroby rozróżnia dzieci z ciężkimi objawami żołądkowo-kiszkowymi, u których drgawki występują w towarzystwie ośrodkowych objawów podrażnienia i porażenia, a powtóre dzieci pozornie zdrowe. U tych ostatnich znajdują się zazwyczaj objawy tężyczki, albo też istnienie długotrwałego przeładowania pokarmem. Zupełnie zdrowe dzieci drgawek nie dostają. Następnie prelegent wspomina o niedostatecznych wynikach badań anatomopatologicznych i omawia teorye powstawania drgawek, zbijając teoryę odruchową Soltmanna, który przyjmuje istnienie fizyologicznego usposobienia „spasmophilia“ albo „wzmożonej skłonności odruchowej“ u osesków. Prelegent sądzi, że jeżeli istnieje *spasmofilia* u osesków, to musi być patologiczną i zdaje się być zależną od obecności stanu tężyczkowego, albo od nieprawidłowej przemiany materyi. Wreszcie wskazuje T. na nieopisaną dotychczas możliwość istnienia zaburzeń w polegającej na osmozie przemianie wody, soli i ciał białkowatych, znajdujących się we krwi i w tkankach (w mózgu), któreto zaburzenia mogą być powodem drgawek, jak to doświadczeniem na zwierzętach można wykazać. W niektórych przypadkach wyraźnie występuje przeładowanie krwi bezwodnikiem węglowym jako czynnik etyologiczny. Wreszcie odrzuca T. teoryę Kassowitza, który sądzi, że przewlekłe przekrwienie krzywicą zmienionych kości czaszki powoduje podrażnienie kory mózgowej, a w następstwie drgawki. Badania anatomiczne i kliniczne temu się sprzeciwiają.

11) Ganghofner (z Pragi): *O skurczu głośni (Spasmus glottidis) w przebiegu tężyczki u dzieci.* G. zwraca uwagę na trudności wykazania objawu Trousseau'a i wzmożonej pobudliwości elektrycznej, szczególnie w leczeniu ambulatoryjnem. Ze względu na wynik badań swych, wykazujących, że u dzieci w dwóch pierwszych latach życia nie znajduje się znacznego wzmożenia pobudliwości nerwów bez obecności tężyczki, sądzi G., że można postawić rozpoznanie tężyczki przy skurczu głośni, w razie obecności znacznego wzmożenia pobudliwości nerwów obwodowych, nawet przy braku objawu Trousseau'a.

Z pomiędzy 105 przypadków skurczu głośni, badanych przez prelegenta w ciągu ostatnich trzech lat, w 61 = 58% były wyraźne, lub przynajmniej tak zw. utajone objawy tężyczki (Trousseau), podczas gdy w 44 = 42% przypadków skurczu głośni w części napotykano tylko wzmożenie pobudliwości mechanicznej nerwów (w 38 = 36% przypadków), w części zaś nie znajdowano w czasie badania żadnych objawów tężyczki (w 6 = 5·7% wszystkich przypadków skurczów głośni). G. sądzi, że przypadki ze wzmożoną pobudliwością mechaniczną (38), należy zaliczyć do tężyczki tak, że z 105 przypadków skurczu głośni w 99 = 94% wykazano objawy tężyczki, że przeto należy je zaliczyć do tężyczki. Podobne wyniki otrzymał Loos

w Gracu. Nie można jednak twierdzić, jakoby u dzieci nie występował skurcz głośni bez tężyczki, albo jakoby skurcz głośni nie mógł być czem innem spowodowany; prelegent jednakże przypuszcza, że skurcz głośni zawsze równocześnie się pojawia z tężyczką, a do rzadkich wyjątków należy pojawienie się skurczu głośni bez objawów tężyczki. Naodwrót, w 150 przypadkach tężyczki znalazł G. 99 = 76% przypadków skurczu głośni; w dawniejszych latach 63—73%.

Wskazując na zjawisko, że drgawki często towarzyszą skurczowi głośni, zgadza się G. z Escherichem, że we wszystkich postaciach kurczów, należących do tężyczki, rzecz idzie o rozmaite stopnie tej samej choroby. U 96% dzieci ze skurczem głośni stwierdzono krzywicę, u większości odżywienie było dobre, skóra blada i *status lymphaticus*, a u 81% dzieci były mniej lub więcej wybitne zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Leczenie dyetetyczne często korzystnie wpływa na napady, a w innych przypadkach wcale nie działa. Przy równoczesnem podawaniu fosforu wyniki okazują się lepsze, a przy ponownem wystąpieniu rozwolnienia napady się znowu pojawiają, mimo podawania fosforu. Jakkolwiek zaburzenia żołądkowo-jelitowe powodują bezpośrednio napady, to przecież nie można ich uważać jako właściwą przyczynę choroby, lecz towarzyszą już istniejącej chorobie, której istotą jest pewien rodzaj zakażenia, będący w związku z nieprawidłową przemianą materyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

VI.

„Institution nationale des jeunes aveugles“ (56 Boulevard des Invalides) założony został przez Walentyna Hany w r. 1784. Przez pierwszych 60 lat swego istnienia tułał się podobnie, jak zakład dla głucho-niemych po rozlicznych miejscach, przez pewien nawet przeciąg czasu pozostawał razem z tym ostatnim pod jednym dachem, mianowicie w tak zw. *„Couvent des Célestins“*. Dopiero w roku 1843 przeniesiono go do umyślnie przez rząd wybudowanego gmachu i w nim też po dziś dzień się znajduje. W ogrodzie, mającym 12.000 m² powierzchni, wznosi się budynek dwupiętrowy, kształtu litery H. Boczne skrzydła przeznaczono: prawe dla chłopców, lewe dla dziewcząt, w środkowem zabudowaniu mieszczą się biura zarządu; do tego zabudowania przytykają od tyłu: kaplica i sala produkcyi publicznych. Prócz tego w głębi ogrodu znajdują się dwa osobne budynki z mieszkaniami profesorów; obszerne werandy na parterze tych dwu budynków służą w razie niepogody na zabawy wychowanków. Jeśli całość od zewnątrz robi dobre wrażenie, to przez rozejrzenie się w urządzeniu wewnętrznem sypialni, klas, pracowni, łaźni, kuchni itp., wrażenie to jeszcze się potęguje: wszędzie czystość, ład i porządek zadziwiające, jeśli się uwzględni kalectwo mieszkańców. Tu także wszędzie doprowadzone są gaz i woda, a zakład ogrzany jest kaloryferami.

Zakład pozostaje pod nadzorem ministerstwa spraw wewnętrznych, które mianuje: dyrektora, komisyę doradczą, urzędników i nauczycieli. Zakład mieści 150 ociemniałych chłopców i 80 dziewcząt, a przyjmuje na wychowanie dzieci w wieku od 10 do 13 lat, — wyjątkowo starsze, w razie, gdy ich wykształcenie i rozwój umysłowy odpowiadają wiekowi, a to za opłatą 1200 fr. rocznie i 320 fr. jednorazowo na ubranie i bieliznę wychowanka. Nauka trwa lat 8 dla kształcących się w muzyce, a lat 5 dla kształcących się w innych zawodach.

Wykształcenie elementarne obejmuje: czytanie i pisanie specyalnym alfabetem i sposobem dla ociemniałych (metoda wynaleziona przez twórcę zakładu, a następnie wydoskonalona), język francuski, literaturę, historyę powszechną i geografię, matematykę i nauki przyrodnicze. Wykształcenie zawodowe obejmuje dla chłopców: muzykę, strojenie fortepianów, tokarstwo, wyplatanie stołków, roboty siatkowe i roboty ze słomy; dla dziewcząt: muzykę, roboty siatkowe i inne roboty kobiece. Przedmioty, wychodzące z pracowni zakładu, odznaczają się bardzo starannem wykończeniem, a że i muzyka traktowana tu jest poważnie, można nabrać wyobrażenia, przysłuchawszy się od czasu do czasu koncertom, wykonanym przez orkiestrę ociemniałych wychowanków pod kierunkiem również ociemniałego nauczyciela. Zakład posiada własną drukarnię, w której zatrudnieni są przeważnie byli uczniowie, drukująca książki do użytku ociemniałych i bibliotekę, złożoną z 250 tomów drukiem dla ociemniałych i 1.600 tomów drukiem zwykłym. Grono nauczycielskie składa się wyłącznie z ociemniałych byłych uczniów zakładu, tak w dziale wykształcenia elementarnego, jak i zawodowego. Prócz tych nauczycieli nadzoruje oddział chłopców nauczyciel, a oddział dziewcząt nauczycielka ze wzrokiem prawidłowym. Zakład posiada wreszcie własnego kapelana, trzech lekarzy (internista, chirurg, okulista) i dentystę.

Zdaje mi się, że zbyteczną byłoby rzeczą rozprawiać o użyteczności opisanych zakładów. Pomijając wykształcenie, a przez nie względne uszczęśliwienie kalek, przyjść musimy do przekonania, że państwo, rozporządzając podobnymi zakładami, robi znakomity interes; kosztem bowiem 14.000 fr. (koszta utrzymania przez 8 lat dziecka głucho-niemego) nie tylko pozbywa się ciężaru, jakim zawsze jest kaleka niezdolny do pracy, ale równocześnie zyskuje użytecznego obywatela. Wyniki są tu nieraz zdumiewające: z zakładów dla głucho-niemych (jest ich we Francyi znaczna liczba) wychodzą rzemieślnicy, poszukiwani dla swego uzdolnienia, pracowitości i dobrych obyczajów; zakład dla ociemniałych wydaje również zdolnych rzemieślników, licznych organistów (w samym Paryżu było do niedawna zatrudnionych 17), a nawet do grona swych byłych uczniów zalicza kilku dość znanych muzyków (Gauthier, Roussel, Lebel), profesora matematyki w liceum w Angers: Montala i wielu innych ludzi, którzy mimo swego kalectwa niepoślednie w społeczeństwie zajęli stanowiska. Ale też przyznać trzeba, że kierownicy tych zakładów zdają sobie dokładnie sprawę z ich zadania, nie uważają ich za przytułki dla kalek, ale za zakłady wychowawcze i dla tego przyjmują tylko takie dzieci, których władze umysłowe i siły fizyczne pozwalają spodziewać się przynajmniej jakiego takiego skutku podjętych trudów.

„Hospice national des quinze-vingts“ jest to zakład bardzo ciekawy ze względu na swój ustrój i dla tego chcę mu słów parę poświęcić. Mieści się on w budynku, wzniesionym jeszcze w wieku XIV przez Ludwika świętego, a przeznaczonym przez niego na pomieszczenie 300 rycerzy, ociemniałych w wojnie z Maurami. Zadaniem zakładu jest udzielanie pomocy ubogim ociemniałym, płci obojga, dzielącym się na *Pensionnaires externes* i *internes*. Pensyonaryuszem *„externe“* może zostać każdy ubogi ociemniały Francus, ukończywszy 21 lat; zapomoga, udzielana przez ministerstwo spraw wewnętrznych, wynosi od 100—200 fr. rocznie. Żaden pensyonaryusz nie może przejść do wyższej klasy płacy, jeżeli nie pobierał przynajmniej przez jeden rok pensyi klasy poprzedzającej, a i to zależnie od funduszów, jakie pozostaną do rozporządzenia. Pensyonaryuszem *„interne“* może zostać tylko ekstern klasy III po ukończeniu 40 lat życia. Interni otrzymują tylko puste mieszkanie w zakładzie, o meble, odzież i bieliznę są obowiązani sami się starać. Ociemniali mężczyźni i kobiety mają prawo mieścić obok siebie swoją rodzinę, w takim razie otrzymują na mieszkanie dwa pokoje. Każdy pensyonaryusz otrzymuje dziennie 1 fr. 40 ct. na życie i 625 gramów chleba; żony ociemniałych otrzymują bez względu na wiek 30 ct. dziennie, toż samo mężowie ociemniałych kobiet, jeśli ukończyli 60 lat. Dla każdego dziecka poniżej lat 14 wypłaca zarząd 15 ct. dziennie. Chorzy pensyonaryusze i ich rodziny mają osobne pomieszczenie w infirmeryi, która ich wówczas także żywi. W gmachu przytułku znajdują się: restauracye, trafika i sklepiki, wydzierżawiane tylko ociemniałym, a zaspakajające po niskich cenach wszystkie potrzeby mieszkańców. Znajduje się tu

również szkoła dla dzieci ociemniałych rodziców i kościół. Pensyonaryusze używają tutaj zupełnej swobody, między 5 godziną rano a 10 wieczór wolno im się wydalać bez opowiedzenia z zakładu, a i dłuższe urlopy otrzymują bez żadnej trudności. Są oni obowiązani mieszkania swe sami utrzymywać w porządku, nad czem czuwają osobni inspektorowie, nakładając na opieszałych kary pieniężne. Zarząd ma prawo wydalać nieposłusznych i nałogowych pijaków. W pewnych oznaczonych porach dnia mogą mieszkańcy korzystać z czytelni zakładowej, w której lektorzy czytają mężczyznom gazety, a kobietom powieści. W lecie dwa razy na miesiąc grywa na dziedzińcu zakładu muzyka wojskowa, a muzykalni mieszkańcy ociemniali co dwa miesiące urządzają koncerta. Niektórzy pensyonaryusze robotami ręcznemi, strojeniem fortepianów itp. zarabiają poza zakładem na życie. — Z zakładem tym pozostaje w związku klinika i bezpłatne ambulatoryum okulistyczne. W klinice, infirmeryi, aptece i kuchni dla chorych funkcyonują siostry miłosierdzia.

Liczba przytułków dla starców, kalek, ozdrowieńców jest w Paryżu bardzo wielka, a wzrasta nieustannie dzięki ofiarności jednostek. Nie chcę nużyć czytelnika opisywaniem tych przytułków, gdyż szczegóły się tu powtarzają; znając jeden, można nabrać wyobrażenia o wszystkich innych, wyliczę tylko kolejno te, które najwięcej zasługują na uwagę: *Asiles de convalescence de Vincennes, du Vésinet* i *Vacassy*, wszystkie trzy liczą razem 876 łóżek, przeznaczonych dla rekonwalescentów. *Hospice d'Jvry*, 1200 przeszło łóżek dla nieuleczalnych chorych. *Maison de retraite de la Rochefoucauld*, 240 łóżek, przyjmuje byłych urzędników szpitalnych z ukończonym 60 tym rokiem życia. *Maison de retraite des m nages*, 1400 blisko łóżek, przeznaczony dla małżeństw, wdów i wdowców w tymże wieku. *Institution Sainte Térine, Fondation Alquier-Debrousse, Fondation Chardon-Lagache, Fondation Rossini, Hospice Saint-Michel, Hospice de la Reconnaissance, Fondation Galignani, Hospice de Brevannes* mają podobne przeznaczenie, t. j. przyjmują starców obu płci, jedne bezpłatnie, inne za opłatą stosunkowo nieznaczną i zapewniają im oprócz mieszkania i utrzymania, również w razie potrzeby opiekę lekarską.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski [1]).

Zjazd odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 roku. Biuro Zjazdu stanowią: prezes Lannelongue *(r. François I-er, 3)*, sekretarz Chauffard *(r. Saint Guillaume, 21)* i skarbnik Duflocq *(r. Miromesnil, 64)*.

Członkiem Zjazdu może być każdy zgłaszający się dyplomowany lekarz, oraz każdy mąż nauki, przedstawiony przez francuski Komitet wykonawczy, lub też przez Komitet narodowościowy.

Wpisowe wynosi 25 franków.

Inne tu odnoszące się szczegóły, oraz warunki, pod którymi lekarze Polacy wpisywac się będą mogli przez pośrednictwo Komitetu polskiego na członków XIII-go m. Zjazdu lek., ogłoszone zostaną wkrótce przez ten Komitet.

Program działalności naukowej dzieli prace Zjazdu na 5 części: biologiczną, lekarską, chirurgiczną, ginekologiczno-położniczą i medycyny publicznej. Każdy dział rozpada się na pewną liczbę sekcyj, o czem niżej szczegółowo będzie mowa.

Posiedzenia będą odbywać się codziennie, bądź jako posiedzenia ogólne, bądź też sekcyjne. Pierwsze z posiedzeń ogólnych odbędzie się w dniu otwarcia Zjazdu, drugie w jednym z następnych.

Wszystkie wnioski, które mają być poddane pod obrady Kongresu, mają być przysłane do Komitetu wykonawczego przed dn. 1 maja. Komitet orzeknie, czy przedstawione wnioski mają być i jak uwzględnione.

Każda sekcya ułoży program prac sekcyjnych.

Przemówienia na posiedzeniach ogólnych i referaty odczytane w sekcyach, zostaną ogłoszone w wydawnictwach Zjazdu. Komitet wykonawczy orzeknie, w jakiej mierze mają być uwzględnione odczyty i dyskusye w księdze zjazdowej. Jeden odczyt nie może trwać dłużej od 15 minut, a przemówienia w dyskusyi — od 5 minut.

Spisana treść referatu lub odczytu ma być w dniu posiedzenia doręczona sekretarzowi odpowiedniej sekcyi.

Językiem urzędowym Zjazdu będzie francuski. Na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych równouprawnione będą języki: angielski, francuski i niemiecki.

W sprawach naukowych, należących do prac sekcyjnych, należy porozumiewać się z przewodniczącym odpowiedniej sekcyi; organizacya i bieg spraw Kongresu należą do zakresu generalnego sekretarza. (C. d. n.).

[1]) Podając streszczenie programu Kongresu paryskiego, uwiadamiamy jednocześnie, że Komitet polski posiada kilkaset egzemplarzy tego programu i posyła go na zażądanie.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 listopada.

* Polski Komitet XIII Kongresu lekarskiego w Paryżu na pełnem posiedzeniu w dniu 1 listopada b. r. przyjął z uznaniem do wiadomości starania podjęte przez prezesa i sekretarza Komitetu w celu ustalenia prawnego stosunku z centralnym Komitetem paryskim. Komitet centralny przyznał bowiem Komitetowi polskiemu te wszystkie prawa i atrybucye, jakie posiadają inne Komitety narodowe. Do pomyślnego załatwienia sprawy tej przyczynił się wielce swoim osobistym wpływem Prof. Laskowski w Genewie.

Na posiedzeniu tem uchwalono także dalszy plan działania w tym kierunku, by zapewnić jaknajwiększy udział lekarzy polskich w Kongresie i zebrać pokaźną ilość odczytów. Sprawie tej wielką usługę oddać mogą delegaci Komitetu i dzienniki lekarskie krajowe.

Na posiedzeniu tem, dotychczasowy Prezes Komitetu polskiego, Prof. Dr. Korczyński zrzekł się godności prezesa, której tylko na usilne żądanie Komitetu przed rokiem się podjął. Komitet rezygnacyi tej jednak nie przyjął, lecz uwzględniając jego chwilowe nadmierne zajęcie budową nowej kliniki lekar., uchwalił. by aż do 1 maja 1900 sprawą udziału polskich lekarzy w Kongresie międzynarodowym w Paryżu kierował wiceprezes Komitetu polskiego, Prof. Dr. B. Wicherkiewicz.

Ze wszystkiemi sprawami, dotyczącemi udziału lekarzy polskich w XIII międzynarodowym Kongresie lek. w Paryżu, należy się zgłaszać do wiceprezesa Prof. Dr. B. Wicherkiewicza (ul. Wolska, 11) lub do sekretarza Dr. A. Kwaśnickiego (Basztowa, 4).

Sekretarz: *Dr. A. Kwaśnicki.* Prezes: *Dr. E. Korczyński*

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem jednomyślnie przyjęto do Towarzystwa Drów: Stanisława Drobę, Jana Gawlika, Juliana Majewskiego i Ryszarda Urbanika.

Po załatwieniu innych spraw administracyjnych kol. Dr. Borzęcki przedstawił chorego, cierpiącego na *mycosis fungoides*, poczem kol. Dr. Krzyształowicz miał zapowiedziany odczyt: »O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny«, demonstrując działanie tej metody na licznych chorych.

* Poniżej umieszczamy ogłoszenie grona docentów Uniw. Jagiell. którzy przystąpili do zorganizowania t. zw. kursów wakacyjnych.

Instytucya kursów wakacyjnych zdobyła już sobie za granicą ustalone prawo bytu i stała się znakomitym środkiem do rozszerzenia wśród ogółu lekarzy coraz narastających nabytków wiedzy lekarskiej. Szybko rozwijająca się pod wpływem nowych wynalazków technika lekarska wymaga zapoznania się lekarzy prowincyonalnych, zmuszonych do polegania tylko na własnych siłach, z nowymi przyrządami i sposobami ich zastósowywania przy łóżku chorego, w pracowni, przy spisywaniu orzeczenia sądowego itd. Najwięcej obrazowy opis i najlepiej narysowana rycina nie zastąpią osobistego, własnemi rękami wykonywanego wyćwiczenia.

Przekonani więc jesteśmy, że krakowskie kursa wakacyjne znajdą należne im poparcie u kolegów z prowincyi, oraz u lekarzy młodszych, mających się osiedlić po za miastami uniwersyteckiemi, a wypadnie to z największą dla nich samych korzyścią, ze względu na stratę czasu i znaczne wydatki, które pociąga za sobą wyjazd za granicę.

* Artykuł dr. Langiego »W sprawie polepszenia doli lekarzy« wywołał dalsze uwagi na ten piekący dla lekarzy temat. Zaliczając wszelkie ułatwienie w przeprowadzeniu tej ważnej dyskusyi do obowiązków Redakcyi naszego pisma, pragnęlibyśmy jednak zaprowadzić w rozprawach pewien system. W myśl uwag, wypowiedzianych w dopisku do artykułu dr. Langiego, Komisya redakcyjna uprasza naszych współpracowników, ażeby w dyskusyi postawili na pierwszy plan: 1) organizacyę stanu lekarskiego w celu ubezpieczenia bytu lekarzy na starość, oraz ich wdów i sieroty, oraz 2) organizacyę stanu lekarskiego w celu samoobrony przeciw wyzyskowi przez wszelkiego rodzaju instytucye. Tylko z tego zakresu prace na razie drukować będziemy. Natomiast stosunek lekarzy praktyków do profesorów Uniwewersytetu i zbiorowe zarządzenia w stosunku do publiczności odkładamy najpóźniej, nie dlatego, że sami nie wierzymy w skuteczność zbiorowych zarządzeń na tem polu, lecz z powodu, że sprawę organizacyi stanu lekarskiego uważamy za pierwszorzędną, ważniejszą i podstawową do dalszej działalności.

* Doc. dr. Julian Nowak i doc. dr. Włodzimierz Sieradzki mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi: pierwszy weterynaryi w Uniw krak., drugi — sądowej medycyny — w lwowskim.

* Namiestnik zamianował lekarza powiat. Dra H. Nycza i koncepistę sanitarn. dr. F. Stokłosińskiego lekarzami powiatowymi IX klasy rangi, a asystentów sanitarnych dr. M. Szaynowskiego, dr. C. Dolińskiego i dr. A. Jastrzębskiego — koncepistami sanitarnymi.

* Wydział krajowy zamianował dr. L. Bergera, dr. L. Doboszyńskiego i dr. E. Supińskiego sekundaryuszami szpitala św. Łazarza.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Filip Eisenberg.

* Zwracamy uwagę kolegów na zamieszczone w Nr. dzisiejszym ogłoszenie dr. Gwiazdomorskiego. Stosunki lekarskie w Krakowie tak się już ułożyły, że byłoby istną stratą dla obu stron, gdyby miasto nasze naraz pozbawione zostało Domu zdrowia. Wśród ogółu naszych lekarzy nie łatwo o jednostkę, posiadającą wystarczający kapitał na zakupno dobrze urządzonego i zaopatrzonego zakładu, należałoby zatem zawiązać konsorcyum, jak to się zwykle czyni w innych większych miastach.

* Zjazd niemieckich balneologów zbiera się w marcu 1900 r. w Frankfurcie n. M.

* Dentysta technik w Aussee został zaskarżony przez dwie pacyentki, którym podczas jakiejś operacyi ponadłamywał korony zębów. Sąd powiatowy uwolnił go od odpowiedzialności, lecz prokurator apelował do senatu, który ostatecznie skazał technika dentystę na 50 złr. albo 10 dni aresztu, a to głównie za to, że technik podjął się operacyi, wchodzącej już w zakres wykonawstwa lekarskiego.

* W stanie Kentucky powiła jedna kobieta 5-ro dzieci, które w ciągu miesiąca wymarły. Dr. Benheim, który był przy rozwiązaniu, zestawił statystykę porodów wielorakich; bliźnięta rodzą się raz na 89 porodów; trojaki raz na 7910; czworaki raz na 381.126.

* Dr. Strahl, specyalista w chorobach kończyn dolnych, znany z tego, że mu Izba lekarska berlińska odebrała prawo wyborcze, ogłasza się obecnie w rozkładzie jazdy linii kolejowej Berlin-Scharlottenburg; ogłoszenie ilustruje noga, ujęta w szyny. »Deutsche med. Wochenschrift zapytuje, »co to znaczy? czyby Towarzystwo wspomnianej kolei stało na słabych nogach«?«.

Mianowania i odznaczenia. Włoskie ministeryum oświaty poruczyło Pani Riva Monti katedrę anatomii porównawczej. Dr. Schaffer mianowany został prof. nadzw. neurologii, a dr. Rona — prof. nadzw. chorób skórnych i wener w Peszcie. Dr. Pešina mian. został nadzw. profesorem pedyatryi w Pradze. W Jenie mianowano profesorem Uniwers. polikliniki prof. Matthesa.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jan Oświecimski, znany specyalista ginekolog, autor kilku prac z zakresu swej specyalności, obrońca ludu szląskiego, bardzo wzięty lekarz w Katowicach i w okolicy, zakończył życie w Dreźnie d. 5 b. m. w 36 r. życia. Dr. Karol Fermer, lat 63, zmarł w Warszawie. Dr. Bazyli Wolan, członek Rady państwa, prof. w Uniw. czerniowieckim, zmarł w Wiedniu, licząc lat 69. Dr. Andrzej Montwill zmarł na Kaukazie, w 42 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polkich. W *Postępie Okulistycznym* (październik): Dr. Talki J.: Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych. Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok (dokoń.) Strzemińskiego J.: Cierpienia oczne w histeryi. Ośm przypadków własnych (c. d.). Dr. Bałłabana T.: Michał Borysiekiewicz (wspomnienie pośmiertne). W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 10: Dr. Stankiewicza Cz.: Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat 18. Dr. Tumpowskiego A.: Dwa przypadki porażenia nerwu strzałkowego. Dr. Grodeckiego F.: Rana darta podbrzusza; wypadnięcie kiszek. Wyzdrowienie. Dr. Lewkowicza St.: Warunki higieniczne w szkołach elementarnych miejskich, oraz w zakładach naukowych prywatnych Łodzi. Dr. Berensteina M.: O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi. Dr. Troczewskiego A.: Szpital S-go Walentego w Kutnie, oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincyi. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 44: Prof. Prusa J. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowego i wzgórka wzrokowego. Dr. Ołtuszewskiego: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy (c. d.). Pechkranza S.: Samoistne cierpienia serca. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 11: Dr. Radziwiłłowicza: Patogeneza syryngomyeli. Wisłockiego K.: Jeszcze w sprawie bytu lekarzy. Dr. Peszke: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. Polemika: prof. Browicz — Steinhaus. Z pamiętników Prof. Szokalskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

W roku bieżącym, w ciągu miesiąca grudnia, odbędzie się po raz pierwszy kurs wakacyjny dla lekarzy, urządzony przez docentów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiell., na wzór istniejących oddawna w Niemczech i cieszących się stałem powodzeniem „Fortbildungscurse“. Kurs ten trwać będzie 4 tygodnie — od 26-go listopada do 23-go grudnia i obejmie następujące, dotychczas zapowiedziane wykłady:

1. **Chirurgia** — doc. Dr. Kryński: Kurs operacyj chirurgicznych na trupach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej), 8 godzin tygodniowo. Opłata 30 złr.

2. **Dentystyka** — doc. Dr. Łepkowski: Kurs plombowania i wyjmowania zębów. Codziennie $1^1/_2$ godziny. Opłata 50 złr.

3. **Medycyna wewnętrzna** — doc. Dr. Korczyński: Metody ściślejszego badania klinicznego (mikroskopia i chemia kliniczna) z demonstracyą chorych. Codziennie $1^1/_2$ godziny. Opłata 20 złr.

4. **Okulistyka** — doc. Dr. Sroczyński: Kurs wziernikowy chorób oka, 4 godziny tygodniowo. Opłata 20 złr.

5. **Pedyatrya** — doc. Dr. Raczyński: Ćwiczenia w dyagnostyce chorób dzieci. Szczegółowo błonica i jej leczenie. Ćwiczenia w intubacyi. Codziennie 2 godziny w szpitalu św. Ludwika. Opłata 20 złr.

6. **Bakteryologia** — doc. Dr. Nowak: Kurs praktyczny bakteryologii. Codziennie 1 godzina. Opłata 20 złr.

7. **Histologia patologiczna** — docenci: Dr. Ciechanowski i Dr. Nowak, 3 godziny tygodniowo. Opłata 20 złr.

8. **Ćwiczenia w sekcyach patologicznych** — doc. Dr. Ciechanowski. Codziennie 1 godzina. Opłata 20 złr.

Każdy z tych kursów przyjdzie do skutku wówczas, jeżeli zapisze się przynajmniej pięciu uczestników.

Zgłoszenia, zarówno jak i opłatę za kursa, przyjmuje kwestor Uniwersytetu p. Sołtysek (*Collegium novum*), gdzie też znajduje się dokładne oznaczenie godzin i miejsca wykładów.

Mając zamiar zwinąć mój

„DOM ZDROWIA“

zawiadamiam o tem Kolegów, którzyby mieli chęć kupienia lub wydzierżawienia mej realności na ten sam cel wraz z całym inwentarzem i ogrodem, lub bez tegoż.

Kraków, 8-go listopada 1899.

192 *Dr. Jan Gwiazdomorski.*

KONKURSY.

L. 1453

Wydział powiatowy w Turce rozpisuje niniejszem na mocy §§. 4 i 5 ustawy z dnia 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i §§. 7 i 8 rozp. wykon. dz. ust. kraj. Nr. 82 z r. 1891 Konkurs na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Boryni dla 26 gmin na obszarze 482 kilometrów kwadratowych z ludnością 19.538 mieszkańców.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 400 złr. w. a.

Kandydaci muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego
2) doktorat wszech nauk lekarskich
3) nieskazitelny charakter
4) znajomość języka polskiego i ruskiego
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim
6) utrzymywanie apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego — lub świadectwem egzaminu fizykackiego. —

Podania udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce w terminie do 15 Listopada 1899.

Wydział powiatowy Turce.

Lwkr 64.976.

W myśl § 12 ustawy z dnia 28 lipca 1897 (Nr. 47 D. u. k.) Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. ks. Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę *pierwszego sekundaryusza* przy szpitalu powszechnym w Śniatynie z płacą 400 złr. rocznie.

Na razie posada ta z dniem 1 stycznia 1900 r. nadaną będzie prowizorycznie, po roku jednak pożytecznej dla szpitala służby, Kandydat będzie miał prawo prosić o stabilizacyę.

Pragnący otrzymać powyższą posadę, winni najpóźniej do dnia 10 grudnia 1899 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że konkurujący nie przekroczył 40-go roku życia;

b) dowodu, że posiada obywatelstwo monarchii austro-węgierskiej i

c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich, uzyskanego lub potwierdzonego na jednym z uniwersytetów państwa austro-węgierskiego. 190

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 16 Października 1899. *Grott.*

Wydział krajowy ogłasza konkurs na obsadzenie czterech posad prowizorycznych drugich sekundaryuszów przy szpitalach powszechnych:

a) w Rzeszowie z płacą 500 złr. rocznie
b) w Przemyślu „ 600 „ „
c) w Stanisławowie „ 600 „ „
d) w Tarnowie „ 600 „ „

Podania wnosić do dnia 10 grudnia 1899 do Wydziału kraj. z wymienieniem szpitala, przy którym posadę otrzymać pragną, i z dołączeniem dokumentów, że nie przekroczyli wieku lat 40 i że posiadają prawo obywatelstwa austryackiego, wreszcie, że otrzymali dyplom wszech nauk lekarskich, uzyskany lub potwierdzony na jednym z Uniwersytetów monarchii austro-węgierskiej. Posada wyżej wymieniona nadaną będzie prowizorycznie na lat dwa, począwszy od 1 stycznia 1900 r.



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Listopada 1899. Nr. 46.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowiez 137. Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Listopada 1899. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek rany kłótej klatki piersiowej w okolicy serca; wypadnięcie płuca, wybroczyna piersiowa *(haemothorax)*, odma osierdzia *(pneumopericardium)*, wyleczenie.

Podał

Dr. R. Barącz.

Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Dnia 8 go maja 1894 r., przywieziono mi o godzinie 7 rano chorego T. R. z oznajmieniem, że człowiek ten przed godziną został zraniony w pojedynku pałaszem w okolicę sercową.

Chory miernie zbudowany, średniego wzrostu, bardzo blady, oblany zimnym potem, był w stanie omdlenia; tętno wynosiło 100 uderzeń n. m. i było zaledwie wyczuwalne, liczba oddechów 30 n. m. Posłałem natychmiast po asystenta i przygotowałem odpowiednie narzędzia. Ponieważ jednak chory był coraz bledszym, uskarżał się na silne kłócie w lewym boku i duszność, a przytem omdlewał i tętno słabło, nie mogłem dłużej czekać na asystenta i przystąpiłem do zbadania rany przy pomocy obecnych sekundantów.

Po zdjęciu prowizorycznego opatrunku z wilgotnego ręcznika znalazłem na klatce piersiowej w 4-tym przestworze międzyżebrowym po stronie lewej ranę, rozpoczynającą się tuż na lewym brzegu mostka, — 4 ctm. długą, przebiegającą nieco ukośnie od góry i wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz, a kończącą się tuż poniżej sutka, zlepioną świeżymi skrzepami krwi. Powyżej i poniżej rany stwierdziłem znaczną odmę podskórną, sięgającą do obojczyka, przechodzącą na całą lewą połowę klatki piersiowej i sięgającą blizko kręgosłupa.

Sąsiedztwo rany i ranę samą obmyłem rozczynem sublimatu 1:1000, następnie rozwarłem ranę, z której głębi natychmiast zaczął się wylewać podczas każdego wydechu strumień ciemnej krwi, a podczas każdego wdechu słychać było syczenie, cechujące dla zranienia opłucnej; rana przeszywała mięsień piersiowy większy i przebiegała ukośnie wgłąb w kierunku od dołu i zewnątrz ku górze i wewnątrz tak, że górna jej warga stanowiła rodzaj klapy. Po dokładnem rozwarciu rany wypadało płuco na przestrzeni kilku ctm., osobliwie podczas każdego wydechu, a podczas wdechu dawało się słyszeć wyżej opisane syczenie. Rana zwężała się lejkowato wgłąb, a w głębokości około 4 ctm. stwierdziłem ranę w opłucnej na 1 ctm. długą. Ponieważ ani w ranie opłucnowej, ani w ranie części miękich nie znalazłem wyraźnie strzykającego naczynia, odprowadziłem płuco, wytamponowałem prowizorycznie otwór w opłucnej wacikiem sublimatowym i zamknąłem ranę dwoma głębokimi szwami materacowymi z gazy jodofomorwej, obejmującymi mięsień piersiowy większy, oraz kilku powierzchownymi węzełkowymi i założyłem opatrunek uciskowy z gazy jodoformowej.

W tylnej lewej stronie klatki piersiowej stwierdziłem równocześnie stłumienie w dole na szerokości 3 palców i osłabienie szmerów oddechowych. Tętno po operacyi podniosło się do 100 uderzeń n. m. i było pełniejsze, chory czuł nieco ulgi, jednak duszność i kłócie w lewym boku utrzymywały się. Chory miał prócz tego długą ranę płatową na prawem ramieniu (w okolicy m. dwugłowego), którą również natychmiast zaszyłem. Zaleciłem bezwzględny spokój, worek lodowy na okolicę serca. Chorego ostrożnie przewieziono do domu.

Podczas dnia mierna duszność i kłócie w lewym boku utrzymywały się; tętno 100, dość pełne, liczba oddechów 24. Ciepłota ciała podniosła się o godz. 11 w południe do 37·4°, wieczorem wynosiła 37·0°, tętno 88 uderzeń n. m. Wypukiem nie stwierdzono powiększenia się wybroczenia krwi.

Dnia 9/5 rano. W nocy chory spał mało, kłócie i duszność mniejsze. Rano tętno 88 uderzeń n. m., ciepłota 38.0°, oddechów 24, wieczorem o godz. 8 tętno 88, ciepł. 37·3°. Stłumienie w tylnej części klatki piersiowej po stronie lewej utrzymuje się, odma piersiowa zmniejszyła się i jest tylko wybitna na przestrzeni dłoni powyżej rany.

Dnia 10. maja: Chory w nocy spał; tętno 64, najwyższa ciepłota 37·0°. Od południa chory zaczął doświadczać uczucia, jak gdyby bańka powietrza poruszała się rytmicznie z uderzeniami serca w lewej stronie klatki piersiowej. Bańka ta ma zmieniać swoje położenie; raz czuje ją chory więcej ku wewnątrz, drugi raz więcej na zewnątrz, to znowu wyżej, to niżej. Badanie o godzinie 7 wieczór wykazuje rzeczywiście w okolicy serca szmer opisany przez chorego, jednoczesny ze skurczem serca, czasami słyszalny z odległości $^1/_2$—1 metra od chorego, czasami głośniej, czasami słabiej; szmer ten jest wybitniej słyszalny podczas osłuchiwania okolicy serca; występuje on albo podczas kilku skurczów, następujących bezpośrednio po sobie, albo też brak jego podczas kilku a nawet kilkunastu skurczów. Szmer ten porównać się daje najlepiej do szmeru, powstającego przy wstrząsaniu balonika gruszkowatego, niezupełnie wypełnionego wodą, albo do chlupnięcia, powstającego po wrzuceniu małego kamyka w wodę.

Dnia 11. maja rano: Chory podaje, że wyżej opisany szmer słyszał tylko do północy, poczem szmer ten znikł zupełnie. Przy osłuchiwaniu nie można było rzeczywiście stwierdzić go więcej. Odma podskórna utrzymuje się jeszcze na przedniej, bocznej i tylnej powierzchni klatki piersiowej. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej stwierdza się znaczne przemieszczenie serca ku stronie prawej klatki piersiowej; tony serca są wyraźniej słyszalne po stronie prawej mostka; stłumienie serca nie daje się oznaczyć z powodu założonego opatrunku, stan bezgorączkowy. Zalecono leżenie dalej, worek lodowy na okolicę serca.

Dnia 15. maja przy zmienianiu opatrunku na ramieniu stwierdzono rychłozrost.

Dnia 16. maja uskarża się chory na kłócie w boku prawym i duszność. Oddech przyspieszony; chory porusza nozdrzami przy oddychaniu. Badaniem stwierdzono wysięk opłucnowy po stronie prawej, sięgający na szerokość 3 palców poniżej dolnego kąta łopatki. Stan bezgorączkowy.

Wysięk ten sięgał dnia 17 maja do kąta łopatki; zalecono bańki suche na tylną ścianę klatki piersiowej po stronie prawej.

Dnia 18. maja zmieniono opatrunek rany na klatce piersiowej, usunięto szwy głębokie; stwierdzono rychłozrost; brak zupełny odmy podskórnej.

Dnia 19. maja: Wysięk opłucnowy po stronie prawej utrzymuje się równomiernie; polecono wewnętrznie salicylan sodowy po 0·25, 2 razy dziennie.

Dnia 20. maja stwierdzono wyraźne zmiejszenie się wysięku. Ciepłota ciała nigdy nie przekracza 37·0°, a czasami wieczorna ciepłota wynosi tylko 36·8°. Zalecono dalej salicylan sodowy, bańki suche, bezwzględny spokój.

Dnia 21. maja usunięto szwy powierzchowne z klatki piersiowej. Stłumienie serca przypada właśnie w zakres rany; wewnętrzna granica stłumienia serca przebiega wzdłuż prawego brzegu mostka; na zewnątrz sięga to stłumienie do linii sutkowej lewej, ku górze do 4-go żebra, ku dołowi do 6 przestworu między-żebrowego; górna granica stłumienia przesuwa się nieco przy zmianie położenia chorego; jest więc wybroczyna osierdziowa (*haemopericardium*).

Dnia 22. maja: Wieczorem po silniejszym ruchu i silnem natężeniu głosu (pomimo zakazu) wystąpiło znowu kłócie przy oddechaniu po stronie lewej klatki piersiowej i większa duszność.

Badanie dnia 23. maja rano wspólnie z Dr. Lesławem Gluzińskim wykazało: chory rusza nozdrzami przy każdym wdechu, liczba oddechów n. m. 24, tętno 80, ciepłota 36·5.

Klatka piersiowa po stronie lewej w dole szersza i więcej wypuklona, niż po prawej, przewodnictwo głosu z tyłu w dole zniesione na przestrzeni 7 palców, powyżej utrzymane, jednak słabsze, niż po stronie prawej. Po stronie prawej w dole przewodnictwo zniesione na małej przestrzeni (na wysokość 3 palców). Odgłos wypukowy w dole z tyłu na szerokość 7 palców przytłumiony, jednak przy silniejszem pukaniu przebija odgłos bębenkowy; odgłos ten jawnieje ku górze, jednak przy silniejszem pukaniu i tu przebija odgłos bębenkowy. Przy nachylaniu chorego ku tyłowi stłumienie to przesuwa się na 2 palce. Po stronie prawej w dole odgłos wypukowy stłumiony, powyżej jawny. Wdech i wydech w dole z lewej strony oskrzelowy, z głębi wydobywający się, jakby uciskowy. Na granicy stłumienia górnej wdech przybiera charakter nieoznaczony, wydech przechodzi w oskrzelowy. Rzężeń nigdzie niema. Po stronie prawej w dole szmery oddechowe są zniesione, powyżej nieoznaczone; od kąta łopatki ku górze szmer oddechowy pęcherzykowy, zaostrzony, szczególnie w szczycie. W pasze lewej stłumienie schodzi skośnie ku dołowi i przechodzi w stłumienie serca, które sięga ku prawej stronie do połowy mostka, ku górze do górnego brzegu 4-go żebra. Powyżej tego stłumienia, idąc od lewej strony ku górze, odgłos wypukowy jest przytłumiono-bębenkowy, jawnieje idąc ku górze, zawsze ma jednak charakter bębenkowego. Przewodnictwo głosu jest w dolnych częściach po stronie lewej z przodu zniesione, w górnych zaś utrzymane, ale słabsze, niż po stronie prawej. Szmery oddechowe w pasze i w dole z przodu są zniesione, w górze nieoznaczone, zbliżone do szmeru pęcherzykowego. Z prawej strony wypuk jawny na całej przestrzeni, w dole przytłumiony, granica dolna nieruchoma; szmery oddechowe zaostrzone, głównie w górze. Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne i niemacalne, tony serca czyste, ale głuche. Granica górna stłumienia sercowego nie zmienia się. Rozpoznanie: *Haemothorax sin., pleuritis exsud. dex.* Nakłócie próbne, wykonane w tyle po stronie lewej, wykazuje czystą krew płynną. Postanowiliśmy zastosować leczenie wyczekujące i tylko w razie bardzo znacznej duszności wykonać nakłócie.

Dnia 23/5 wieczorem stwierdzono zwiększenie się duszności, ciepłota 36·8°. Wstrzyknięto podskórnie 0·01 morfiny, wewnętrznie polecono *Extractum fluid. hydrastis canad.*

Dnia 24/5 stan ten sam. Wstrzyknięto morfinę podskórnie.

Dnia 25/5 to samo.

Dnia 27/5 stwierdzono z przodu w dole, w linii pachowej, odgłos wypukowy bębenkowy, mniej stłumiony. Ciepł. 37°, tęt. 84. Odtąd zaczyna stłumienie się zmniejszać osobliwie w liniach pachowych obustronnie.

W początku czerwca sięga stłumienie po str. lewej tylko na 3 palce; po stronie prawej wykazać się nie daje.

Stłumienie zmniejszało się z dnia na dzień, szmery oddechowe zbliżały się coraz bardziej do prawidłowych; dnia 26/6 uważać można było chorego za wyleczonego. Chory ten cieszy się obecnie zupełnem zdrowiem.

Przypadek powyżej opisany jest z kilku względów pouczający.

1) Dowodzi on przedewszystkiem, że większa tętnica w opłucnej (w naszym przypadku prawdopodobnie tętnica międzyżebrowa) może być zraniona, pomimo że tryskania z niej widzieć nie możemy; prawdopodobnie końce przeciętej tętnicy cofają się, albo też zapad, towarzyszący podobnemu uszkodzeniu, jest powodem, że tryskania tego nie widzimy.

2) W przypadkach ran kłótych klatki piersiowej, w których przeciętej tętnicy międzyżebrowej nie podwiązano, może jeszcze po 2 tygodniach od czasu zranienia, — pomimo powstałego zakrzepu i częściowego wessania wynaczynionej krwi, — wystąpić krwotok następowy, wskutek wzmożonej akcyi serca i rozluźnienia się zakrzepu; stąd wskazanie do długiego trzymania takich chorych w łóżku i zachowania największego spokoju.

3) Objawy skaleczenia worka sercowego (*pneumohaemopericardium*) mogą wystąpić dopiero w kilka dni po zranieniu, co daje się wytłómaczyć tem, że z początku obfita ilość wylanej krwi do worka opłucnowego i przesunięcie się serca ku prawej stronie klatki piersiowej mogą zatkać mały otwór w osierdziu i przeszkodzić dostaniu się powietrza do jamy osierdziowej; dopiero po zmniejszeniu się wylewu krwawego w opłucnej, wskutek częściowego wessania, otwór ten rozwiera się na nowo i występuje objaw charakterystyczny.

4) Wprawdzie w naszym przypadku, pomimo niepodwiązania tętnicy międzyżebrowej, wynik ostateczny był dobry, to jednak, wobec tego, że krwotok powtórzył się i to po kilkunastu dniach i do tego był znaczny, — należy w przypadkach ran kłótych przeszywających klatki piersiowej ze znaczną wybroczyną krwi, mimo braku tryskania z tętnicy międzyżebrowej, zaraz po zranieniu przystąpić do rozszerzenia rany, względnie do utorowania sobie dostępu do przeciętych końców tętnicy zapomocą resekcyi powyżej i poniżej położonego żebra i tętnicę (*a. intercostalis* lub *a. mammaria interna*) podwójnie podwiązać. Za zranieniem tętnicy międzyżebrowej w naszym przypadku przemawia położenie anatomiczne rany opłucnowej i obfitość krwotoku pierwotnego i następowego. Że krwotok w naszym przypadku nie pochodził z serca, za tem przemawia brak znacznej, wzmagającej się wybroczyny osierdziowej (*haemopericardium*), przeciw zaś krwotokowi z płuca — brak plwocin krwawych. Mając odpowiednią pomoc i w innych warunkach, byłbym pewnie przystąpił i w swoim przypadku do rozszerzenia rany, celem zbadania przyczyny tak obfitego wylewu krwi; przez podwiązanie krwawiącej tętnicy byłbym zapobiegł krwotokowi następowemu.

5) Wobec krwotoku następowego w naszym przypadku zachowaliśmy się wyczekująco, gdyż objawy duszności nie były tak groźne, ażeby stanowić wskazanie do wypuszczenia płynu (Riedinger) i wobec zmniejszania się stłumienia po kilku dniach.

Riedinger[1]) radzi w krwotoku opłucnowym (*haemothorax*), uciskającym i wywołującym duszność, wykonywać nakłócie; wypróżnienie, prócz usunięcia objawów uciskowych, działa także korzystnie przez rozwinięcie się uciśniętego płuca, przez przywrócenie prawidłowych stosunków krążenia i zdolności wchłaniania powierzchni opłucnej, oraz przez uwolnienie od ucisku otworów naczyń chłonnych (*Lymphstomata*). Riedinger nie radzi jednak wykonywać nakłócia wcześnie, a tylko dopiero wtedy, kiedy przypuścić wolno, że nastąpiło już zaczopowanie zranionych naczyń; objawy uciskowe stanowią tu najważniejsze wskazanie.

6) Bardzo uwagi godnym jest objaw zranienia worka sercowego, występujący w naszym przypadku późno, bo 3-go dnia po zranieniu, tak zw. szmer koła wodnego (*Geräusch des hydraulischen Rades, bruit de roue hydraulique*), na który poraz pierwszy zwrócił uwagę Morel-Lavallé[2]).

[1]) Riedinger. Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Thorax und seines Inhaltes. (*Deutsche Chirurgie Lief. 42, 1888, str. 166 i 167*).

[2]) *Gazette des hôpitaux 1860 Nr. 19.* porównaj Georg Fischer. Die Wunden des Herzens und Herzbeutels. (*Archiv für klin. Chirurgie IX tom, 1868, str. 710, 712, 882, 890 i 893*).

Autor ten uważa szmer wspomniany, jako patognomoniczny dla zranienia worka sercowego i opłucnej jednocześnie. Charakterystyczny szmer ten powstaje, zdaniem jego, przez zmięszanie się powietrza z krwią wskutek ruchów serca i ma przypominać szmer koła wodnego, którego sprychy biją równocześnie wodę i powietrze; różni się on znacznie od zwykłych szmerów serca i osierdzia, nie pochodzi od złamań żeber, ponieważ te mogą nie mieć miejsca, tony serca są przytem prawidłowe. Szmer ten, raz słyszany, nie da się zapomnieć, a słyszy go także sam chory i słychać go na większą odległość od chorego.

Morel-Lavallé zauważył szmer ten trzy razy w przebiegu 3 lat: dwa razy szło o spadnięcie ze znacznej wysokości, w jednym zaś o przejechanie kołem od wozu; 2 razy sprawdzono rozpoznanie sekcyą (chorzy doznali przytem i innych ciężkich obrażeń); jeden chory wyzdrowiał. Szmer ten był w przypadkach jego albo przerywany i występował podczas skurczów serca (co 7—15—20 uderzenie, przyczem powtarzał się czasami 4—5 razy), albo też występował podczas każdego skurczu. Szmer ten był słyszalny już na pewną odległość od chorego, najsilniej nad okolicą serca i tylko w położeniu chorego na grzbiecie; przy siadaniu chorego szmer znikał. W jednym przypadku utrzymywał się przez kilkanaście godzin, następnego dnia zmniejszył się i ustał, w innym przypadku utrzymywał się przez 5 dni. We wszystkich 3 przypadkach, o ile ze sprawozdań wnosić można, wystąpił szmer ten prawdopodobnie już w dniu uszkodzenia. W naszym przypadku występuje on 3. dnia po zranieniu [3]), jest tylko przez jeden dzień słyszalny i ustępuje potem trwale. Charakter szmeru w swoim przypadku podałem już w historyi choroby. Spostrzeżenie moje zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami M. Lavalléa i dowodzi, że objaw ten może powstać nie tylko po uszkodzeniach wewnętrznych wskutek spadnięcia z wysokości lub wskutek przejechania, ale także przy ranach kłótych worka sercowego.

Objaw ten był dotychczas rzadko bardzo spostrzegany, gdyż Fischer [4]) w swojej kazuistyce, obejmującej 452 przypadków zranień serca i worka sercowego, wspomina jedynie o owych 3 przypadkach M. Lavalléa; innego przypadku, w którymby była wzmianka o tym objawie, nie znalazłem w przystępnej mi literaturze [5]). Sądzę jednak, że objaw ten, właśnie wobec ran kłótych worka sercowego, musi występować częściej, ponieważ tu warunki fizykalne, wywołujące go, są korzystniejsze, tj. powietrze od zewnątrz może dostać się do worka sercowego, podczas gdy w obrażeniach wewnętrznych, prócz komunikacyi worka sercowego z opłucną, płuco musi być również zranione; przyczyny, z powodu których objawu tego nie spostrzegano w podobnych obrażeniach, muszą być następujące: liczne i ciężkie powikłania towarzyszące, nałożenie opatrunku znacznego na ranę, nie zwracanie uwagi samych chorych mniej inteligentnych na ten objaw i krótkie trwanie tego objawu.

7) Na podstawie przeglądnięcia przystępnej mi literatury należą rany kłóte w 4-tym przestworze międzyżebrowym do bardzo ciężkich obrażeń i bardzo często serce bywa przytem także uszkodzone; wykluczyć też nie da się, czy i w naszym przypadku serce nie było także nakłóte.

[3]) Wytłómaczenie tego objawu podałem wyżej.

[4]) L. c.

[5]) Por. także: E. Loison. Des blessures du péricarde et du coeur et de leur traitement (*Revue de Chirurgie, 19-me année, 1899*).

II. **Z Zakładu Higieny Prof. O. Bujwida w Krakowie.**

Przypadek obrzęku złośliwego (*Oedema malignum*)

opisał

Filip Eisenberg.

(Dokończenie).

W dalszym ciągu należało stwierdzić doświadczeniem na zwierzętach jadowitość badanego prątka i obraz zmian, przezeń wywołanych. Przedewszystkiem zastrzyknąłem podskórnie ropę, uzyskaną przy sekcyi, i to myszy szarej 0·25 ctm ^{3}, morskiej śwince 7 ctm. ^{3}, te bowiem zwierzęta uchodzą za najwrażliwsze na obrzęk złośliwy. Mysz padła po 15 godz.; sekcya nie okazała zmian w narządach wewnętrznych; nieznaczny obrzęk podskórny; we krwi ze serca i w narządach wewnętrznych preparat i hodowla wykazały *B. oedematis mal.*, *Proteus vulg.* i *B. coli com.* Morska świnka padła po 20 godz.; sekcya wykazała obszerny obrzęk surowiczy z bańkami gazu w tkance podskórnej, zwłaszcza na brzuchu, mięśnie fuksynowo-czerwone, brak zmian w narządach wewnętrznych; preparat i hodowla wykazały w płynie obrzękowym i w śledzionie *B. oedematis mal*, *Proteus vulg.* i *B. coli com.* Następnie użyłem do doświadczeń czystych hodowli bulionowych; okazało się zgodnie z wynikami innych autorów, że potrzeba bardzo znacznych dawek, ażeby przy zastósowaniu podskórnem zabić zwierzę, a mian. około 2 ctm. ^{3}) 6-dniowej hodowli bulionowej dla morskiej świnki, a 4 ctm. ^{3} dla królika. Zwierzęta takie siedzą po pewnym czasie osowiałe, najeżone, mniej oddziałują na podniety zewnętrzne, potem widać lekki niedowład kończyn tylnych, który się coraz wzmaga, występują drgawki kończyn, poziewanie, aż wreszcie, w 18—36 godzin po zakażeniu, padają. Ciepłota (jak pokazały moje doświadczenia, zgodnie z badaniami Cornevina nad jadem obrzęku złośliwego, a wbrew twierdzeniu Novyego [31]) okazuje odrazu od wystąpienia pierwszych objawów zakażenia cechujący spadek, wzmagający się wraz z postępem objawów; oto przykład charakterystycznego przebiegu ciepłoty u świnki: 5. VII. 5 w. zastrzyknięcie 38·2° C. 6. VII 10 r. 37·7°, 12 p. 38·1°, 2·30 p. 37·2°, 8 w. 35·9°, 7. VII. 8 r. 33·0°, 9·30 r. 33·0°, 12 p. *Exitus*. Sekcya typowych przypadków przedstawiała następujący obraz: w tkance podskórnej nieznaczny obrzęk surowiczy z nielicznemi bańkami gazu, mięśnie fuksynowo-czerwone, worek osierdziowy pusty, serce w rozkurczu, zawiera krew płynną, żyły na niem porozszerzane; opłucne czasem wolne, czasem zawierają pewną ilość wysięku surowiczego; płuca blade, zapadłe; w jamie brzusznej większa lub mniejsza ilość wysięku surowiczego; otrzewna gładka, lśniąca; śledziona prawidłowa; wątroba przekrwiona; przewód pokarmowy prawidłowy. Krew okazuje się jałową, o ile sekcya odbywa się zaraz po śmierci; dopiero w miarę pochłonienia tlenu przez tkanki prątki badane poczynają się w niej rozmnażać; natomiast znajduje się je w niewielkiej ilości w płynie obrzękowym, dość liczne w śledzionie i wysięku otrzewnowym, szczególnie w tym ostatnim tworzą one nici po kilkadziesiąt μ. długości,

(co jest właśnie cechującem dla prątków obrzęku złośliwego), leżąc przytem zawsze poza ciałkami białemi. Jeżeli do zakażenia używałem nie hodowli czystych, lecz mięszanych tlenowych z *Proteus vulg.*, *M. prodigiosus* lub *Staphylococcus pyogenes*, wystarczało już 0·3 ctm.³ do zabicia morskiej świnki, a obraz choroby i wynik sekcyi był ten sam, co poprzedni. Wreszcie udało mi się wykazać nasze prątki w skrawkach wyciętych tkanek ze sekcyi, a składających się ze skóry, tkanki podskórnej i powierzchownych warstw mięśni. Skrawki te, sporządzone w zwykły sposób, barwiłem met. Pfeiffera (fuksyną karbolową rozc. z następowem odbarwieniem zapomocą wyskoku słabo zakwaszonego), błękitem Loefflerowskim, gencyaną anilinową, przyczem każda z tych metod dała mi dobre wyniki, o ile tylko dość ostrożnie odbarwiałem skrawki ze względu na łatwość, z jaką prątki oddają barwnik. Skrawki te okazują następujący obraz: w powierzchownych warstwach obumarłych znajduje się całe mnóstwo gronkowców, paciorkowców, laseczek i nieliczne tylko laski, odpowiadające kształtem naszym prątkom, natomiast w głębi tkanki wyłącznie nasze prątki w bardzo wielkiej ilości, często w skupieniach po 2—3 osobniki, towarzyszące smugom tkanki łącznej międzymięśniowej, która poza tem nie okazuje żadnych zmian chorobowych w postaci nacieku drobno-komórkowego lub ropnego. Próba barwienia skrawków zapomocą met. Kutschera udała się tylko częściowo, o ile że prątki nasze barwiły się tylko po brzegach skrawka, środek zaś pozostawał niezabarwiony.

Widzimy tedy, że mamy do czynienia z niewątpliwym przypadkiem prawdziwego obrzęku złośliwego, ponieważ prątki, wyosobnione przezemnie za życia chorego i po śmierci, okazują co do kształtu, hodowli i jadowitości wszystkie cechy prątków Pasteura-Kocha. Co do rozpoznania ich różniczkowego wchodzi w rachubę tylko *Bac. pseudooedematis mal. Fluegge-Liborius,* ten jednak w przeciwieństwie do naszego prątka rośnie w ciepłocie pokojowej i przedstawia się jako laseczka dość gruba, często po dwa zarodniki zawierająca, i nie tworzy dłuższych nici. Wreszcie prątki, znalezione w skrawkach, okazują znowu te same cechy morfologiczne i to samo zachowanie się wobec barwików, przez co łańcuch dowodowy staje się zupełnym.

A teraz jeszcze kilka uwag, dotyczących naszego przypadku: ze względu na swą etyologię przedstawia się on jako zupełnie typowy, albowiem rany miażdżone dają najlepszą sposobność do zakażenia przyrannego prątkiem Pasteura-Kocha. Badania Bessona [19]) wykazały, że wszystkie czynniki, uszkadzające tkankę, lub doprowadzające ją do obumarcia, zmniejszając lub znosząc jej odporność, ułatwiają w wysokim stopniu to zakażenie. I tak, gdy do zabicia morskiej świnki średniej wagi potrzeba zastrzyknięcia podskórnego 2 ctm.³ czystej hodowli, wystarcza już 0·3 ctm.³, gdy dodamy do niej małą ilość kw. fosforowego lub mlekowego, które sprowadzają obumarcie tkanki. W podobny sposób działają urazy mechaniczne; króliki i świnki morskie padają po zastrzyknięciu małej dawki hodowli czystej w otwartą ranę powikłanego złamania uda, lub w zmiażdżone podskórnie przez uraz mięśnie udowe. Rany miażdżone jednak nietylko upośledzają odporność miejscową dotkniętych tkanek, ale nadto brak dostępu powietrza i brak dopływu tlenu, wskutek zaburzeń w krążeniu miejscowem, umożliwia rozwój beztlenowców. W naszym przypadku otwarta rana w okolicy stawu nadgarstkowego odegrała, co prawda, poważną rolę, umożliwiając zakażenie ropne; jednak zakażenie to miało tylko znaczenie wtórorzędne, gdyż, mimo dłuższego przebiegu i znacznego upadku sił, nie przyszło do uogólnienia sprawy ropnej. Natomiast zakażenie to sprzyja bardzo rozwojowi obrzęku złośliwego, jak tego dowodzą doświadczenia Penzo [20]) i Bessona, którzy znaleźli, że mięszane hodowle *B. oedematis mal. z Proteus vulg., M. prodigiosus i Staphylococcus pyogenes* zabijają zwierzęta w daleko mniejszych dawkach, niż hodowle czyste.

Co się tyczy przebiegu ciepłoty, to z początku przedstawia ona obraz gorączki gnilnej (septycznej) i dopiero w ostatnich dniach uwidacznia się wpływ swoistego zakażenia w ciepłotach podgorączkowych, a wreszcie w przedostatnim dniu występuje hipotermia, według moich doświadczeń cechująca zakażenie obrzękiem złośliwym. Że i inne zakażenia pokrywają obraz zakażenia, o którem mówimy, tego dowodzi też przypadek L. Briegera i P. Ehrlicha, gdzie gorączka durowa, wskutek tego powikłania, żadnej nie uległa zmianie.

Ze względu na natężenie sprawy chorobowej przypadek nasz przedstawia się, jako przypadek o niewielkiem stosunkowo natężeniu i wybitnie przewlocznym przebiegu. Po 2—3-dniowym czasie wylęgania, który znajdujemy też w innych historyach chorób, sprawa trwa jeszcze dni 12, gdy w innych przypadkach śmiertelnych zgon następował po 2—3 dniach. Gdy jednak w tamtych przypadkach zakażenie dotknęło raz chorego durowego, drugi raz dotkniętego zapaleniem płuc włóknikowem, trzeci raz porażonego, a więc osobniki o zmniejszonej odporności, tutaj ustrój osobnika młodego i zdrowego długo stawiał opór zgubnym skutkom zakażenia.

Co się tyczy objawów tego zakażenia, zasługuje na uwagę przedewszystkiem odma tkanki podskórnej, zawierająca gazy gnilne, cuchnące siarkowodorem; szczegół ten znajdujemy również zaznaczony w opisie Braatza i Bremera, a polega on na wytwarzaniu H_2S, zaprzeczanem dawniej przez Liboriusa [22]), a niedawno wykazanem przez Hiblera [23]) dla wszystkich beztlenowców. Cechujący jest również szybko zgorzelinowy charakter sprawy, gdyż już w 6 dni po urazie okazała się potrzeba wyłuszczenia ręki w stawie nadgarstkowym; podobnie Bremer znalazł w swoim przypadku mięśnie piersiowe i ramieniowe zamienione w miękką, rozpływającą się miazgę, złożoną z rozpadłych włókien mięsnych, kulek tłuszczu i mnóstwa laseczek.

Z objawów ogólnych, wymioty, o których wspomina historya choroby w dniu 24. VI., znajdujemy też zaznaczone i w historyi przypadku Bremera.

Co się tyczy obrazu pośmiertnego, to zgodnie z doświadczeniami na zwierzętach i z innymi przypadkami, brak tu obrzęku śledziony i zwyrodnień narządów wewnętrznych, cechujących inne ostre zakażenia; brak też jednak wysięku otrzewnowego, tak często znajdowanego u zwierząt, a opisanego również w przypadku Mencreula, gdzie może punkt wyjścia sprawy z przewodu pokarmowego przyczynił się do jego powstania. Natomiast zadziwić musi brak fuksynowo-czerwonego zabarwienia mięśni, zwykle spotykanego u zwierząt, a stwierdzonego też w przypadku Briegera-Ehrlicha. Być może, że zmiany gnilne przez przeciąg 26

godzin od śmierci do sekcyi, zdołały zmienić charakterystyczny obraz.

Leczenie przypadku było i tylko takie być mogło, wyłącznie objawowe; wobec śmiertelnego najczęściej przebiegu tych zakażeń i wobec przeważających w nich objawów zatrucia nad objawami miejscowymi, (co je zbliża do zakażenia tężcowego i błoniczego), leczenie przyczynowe zapomocą surowicy zwierząt uodpornionych byłoby prawdopodobnie możliwem, a z pewnością pożądanem; praca Roux-Chamberlanda [24]) mogłaby w tym kierunku posłużyć za podstawę.

Wreszcie niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć gorące podziękowanie WP. Prof. O. Bujwidowi za życzliwe zajęcie się moją pracą i za cenne wskazówki, jakich mi zawsze chętnie użyczał, a WP. Prof. T. Browiczowi za pozwolenie zużytkowania materyału sekcyjnego.

Piśmiennictwo:

1) Compt. rend. T. LXXXV. 1877. p. 104. — 2) Mitth. a. d. Kais. Ges. B. I. 1881. — 3) Amer. Journ. of the med. sc. June 1888, — 4) Arch. f. path. Anat. B. CXXV. 1891. p. 75. — 5) Cbl. f. Bakter. B. XIII. 1893. p. 13—16. — 6) Virch. Arch. B. CXXXIII. 1893. H. 2. — 7) Charité-Ann. B. XX. p. 275. — 8) Soc. de Biol. 5 Nov. 1898. Sem. méd. 1898. N. 56. p. 454. — 9) Prager med. Woch. 1893. N. 1. — 10) Policlinico 1895. 1. marzo. — 11) Münch. med. Woch. 1893. Nr. 40. 12) Arch. per le scienze med. V. 20. Fasc. 4. p. 357. — 13) Berl. klin. Woch. 1882. N. 44. p. 661—665. — 14) Petersb. med. Woch. 1887. N. 51. — 15) Sem. méd. J. X. 1890. N. 43. — 16) Militär. med. Journ. St. Petersburg. 1898. p. 323. Ref. w Cbl. f. Bakter. B. XXV. 1899. p. 253. — 17) Magyar Orvosi Archivum 1892. Nr. 4. — 18) Ann. de l'Inst. Pasteur. T. IX. 1895. N. 7. — 19) ibid. N. 3. — 20) Cbl. f. Bakter. B. X. 1890. — 21) Journ. de méd. vét. 1888. p. 393. — 22) Ztsch. f. Hyg. u. Inf. B. I. 1886. — 23) Cbl. f. Bakter. B. XXV. 1899. N. 15—19. p. 606. — 24) Ann. de l'Inst. Pasteur. T. I. 1887. p. 561. — 25) l. c. p. 601. — 26) Ztsch. f. Hyg. u. Inf. B. VII. 1889. — 27) Cbl. f. Bakter. B. XVIII. 1898. p. 697. — 28) l. c. p. 600. — 29) Ztsch. f. Hyg. u. Inf. B. XVIII. 1894. p. 339. — 30) ibid. B. XVII. 1894.

III. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż

Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Ciąg dalszy).

Odczyn Widala. Pierwszą podwalinę dla odczynu Widala rzucili Pfeifer i Kolle. Badając własności surowic uodporniających, znaleźli wspomnieni badacze, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciw durowi brzusznemu i cholerze, po wstrzyknięciu do jamy brzusznej zwierząt zdrowych nietylko je ochrania przed następowem zakażeniem, ale nadto działa w ten sposób na prątki do zakażenia użyte, że te ulegają rozpadowi ziarnistemu. Dalsze badania, w tym kierunku wykonane, wykazały, że owe własności rozpuszczające bakterye surowic zwierząt uodpornionych odnoszą się tylko do swoistych bakteryj, a więc, że surowica przeciwdurowa powoduje rozpad tylko bakteryj durowych. Następstwem tego odkrycia było, że owe własności surowic zwierząt uodpornionych zużytkowane zostały celem rozpoznania bakteryj. I tak n. p. łatwo rozróżnić było można przy pomocy surowicy przeciwdurowej, czy mamy do czynienia z prątkiem durowym lub nie, tem bardziej, że wobec *bact. coli* owych własności rozpuszczających (lysogene) surowica przeciwdurowa nie posiadała, i że własności owe, jak w ustroju zwierzęcym tak i w pracowni, na hodowlach sztucznych, dobrze uwidocznić się dały. Podobnie jak surowica zwierząt, uodpornionych przeciw bakteryom durowym, działa i surowica ludzi, którzy dur brzuszny przebyli; a mianowicie, jak to pierwszy Gruber, a prawie równocześnie z nim Pfeifer, wykazali, surowica osób po przebytym durze działa w ten sposób na bakterye durowe w hodowli bulionowej, że te utracają swoją ruchomość, w hodowlach bulionowych zbijają się w mniejsze lub większe grudki, i opadają na dno, pozostawiając w górze bulion zupełnie jasny. Naturalnie, własność tę surowic zużytkowano w badaniach klinicznych, o ile chodziło o stwierdzenie, czy dany osobnik przebył dur lub nie. Ciała, powodujące powyższe zachowanie się prątków, nie są istotami uodporniającemi, ani też bakteryobójczemi, ale, jak Gruber przypuszcza, są to tak zw. istoty aglutynujące (Aglutinine lub Globrinine), podczas gdy Pfeifer uważa je za ciała rozpuszczające (Paralysine).

Opierając się na wynikach przez wspomnianych badaczy uzyskanych, starał się Widal owe własności aglutynujące surowicy wykorzystać celem rozpoznania duru brzusznego, znajdującego się w pełnym rozkwicie. Badania, przeprowadzone przez Widala, rzeczywiście wykazały, że nietylko surowica ozdrowieńców, ale i surowica osób durem dotkniętych, posiada owe aglutynujące własności, i że, działając na prątki durowe surowicą osób podejrzanych na dur, można będzie, na podstawie zachowania się prątków durowych, rozpoznanie duru brzusznego w każdym przypadku rozstrzygnąć. — Widal podał w tym celu dwie metody — mikro- i makroskopową, które do dziś dnia są w użyciu. Próbę Widala wykonujemy w następujący sposób: Według przypadku, albo przez nacięcie żyły, lub też przez głębsze nakłócie opuszki palca lub ucha, otrzymujemy łatwo kilka sześciennych mm. krwi, którą zbiera się do wązkich rurek szklanych, poprzednio wyjałowionych i zapomocą centryfugi łatwo i prędko otrzymujemy potrzebną ilość surowicy. Tam, gdzie niema centryfugi, kilkogodzinne pozostawienie krwi w spokoju wystarczy do oddzielenia surowicy od ciałek morfotycznych krwi. Do pipety szklanej, opatrzonej podziałką, naciągamy surowicy i takową dodajemy do hodowli bulionowej prątka durowego, hodowli młodej, 6—12 godzinnej, a nie starszej nad jeden dzień. Dla dokładności przygotowujemy sobie co najmniej dwie mięszaniny, a mianowicie, mięszaninę, składającą się z jednej części surowicy i 10 części hodowli (1 : 10), oraz mięszaninę z jednej części surowicy i pięćdziesięciu części hodowli (1 : 50). Mięszaniny te pozostają w ciepłocie 37° C. Już po kilku godzinach widać, że hodowle stają się coraz to czyściejsze, a na dno opadają grudki żółtawe, — aglutynacya w toku. Po 24 godzinach aglutynacya jest zupełnie ukończona — i w przypadkach dodatnich bulion hodowli jest zupełnie jasny, czysty, a na spodzie probówki znajdujemy osad żółtawy, który, jak się pod drobnowidem przekonać możemy, składa się z obumarłych prątków, ze sobą pozlepianych.

Drugi sposób wykonujemy przy pomocy drobnowidu, który to sposób, z powodu łatwego i nader szybkiego wykonania, w celach klinicznych jest obecnie powszechnie używany. Jest on następujący: z mięszaniny 1 : 50 bierzemy jedno oczko i oglądamy w kropli wiszącej, przyczem w przypadku dodatnim już po kilku minutach widzimy, jak bakterye durowe utracają swoje ruchy i zlepiają się w mniejsze lub większe kupki. W preparatach, służących do kontroli, a więc bez dodatku surowicy, prątki zachowują swoje wybitne ruchy i nie zlepiają się ze sobą.

Badania dalsze nad próbą Widala wykazały, że wynik jej zależy od jakości mięszaniny i od czasu potrzebnego do wystąpienia aglutynacyi. Dodając bowiem do hodowli durowej większe ilości różnych surowic, możemy się przekonać, że i surowice osób zdrowych lub też surowice osób, dotkniętych innemi chorobami, a w szczególności chorobami zakaźnemi, mogą dawać wyraźny odczyn Widala. I tak, może pojawić się on bardzo wyraźnie w mięszaninach 1 : 1 surowicy i hodowli, 1 : 10, a nawet 1 : 40, przy różnych chorobach. Dla duru brzusznego dopiero mięszanina 1 : 50 jest rozstrzygającą. Wypadnie w mięszaninie 1 : 50 wyraźna aglutynacya, to rozpoznanie prze-

chylić się musi na stronę duru brzusznego. Im mniej surowicy potrzeba do wywołania aglutynacyi, a więc im słabsza mięszanina i im krótszego czasu do tego potrzeba, tem rozpoznanie pewniejsze. Wartość więc rozpoznawcza próby Gruber-Widala polega na stosunku mięszaniny, surowicy i hodowli bulionowej prątków durowych, (dla celów rozpoznawczych tylko mięszanina 1:50 surowicy i hodowli może być rozstrzygającą) i na czasie, w którym aglutynacya występuje. Odczyn Widala ma tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze dla duru brzusznego, jeżeli wyraźnie wystąpi w mięszaninie 1:50, tak w próbie makro, — jak w mikroskopowej. Szkoda tylko, że próba ta nie dość wcześnie występuje i nieraz nawet w przypadkach wybitnych dopiero w późnym okresie choroby się pojawia, czasem dopiero w okresie uzdrowienia. Ujemny więc wynik nie wyklucza duru i celem uzyskania pewnego wyniku należy próbę kilkakrotnie powtórzyć.

Dla lekarzy praktycznych próba ta ma wiele niedogodności, — dla tego też Widal, chcąc takowe choćby w części usunąć, polecił w ostatnim czasie zamiast hodowli żyjących, używać hodowli prątków obumarłych, które w metodzie makroskopowej zupełnie tak jak hodowle żyjące się zachowują. Widal polecił hodowle bulionowe z dodatkiem formolu (6 formolu na 150 części hodowli) — te mogą być do prób użyte nawet po trzech miesiącach.

Zmiany we krwi. Prócz małoznaczących zmian w ciałkach czerwonych, w zachowaniu się hemoglobiny i t. d., najważniejsze zmiany we krwi, jakie w przebiegu duru brzusznego spotykamy, odnoszą się do ilości ciałek białych. Jak wiadomo, chorobom zakaźnym towarzyszy stale zwiększenie się liczby ciałek białych we krwi, czyli pojawia się t. zw. leukocytoza. Dur brzuszny stanowi pod tym względem wyjątek ważny o tyle, że przebiega on wśród zmniejszenia się ilości ciałek białych *(leukopenia)*, przyczem ilość limfocytów jednojądrzastych stosunkowo do innych ciałek białych stale się zwiększa tak, że dochodzić może 57% wszystkich ciałek białych. W pierwszym tygodniu duru jest leukopenia najmniej wyraźna, a ilość ciałek białych nie wiele różni się od ilości prawidłowej; w dalszym okresie leukopenia występuje coraz to wyraźniej tak, że liczba ciałek białych wynosić może zaledwie 2,000 w 1 mm. ^{3} i nawet mniej. Curschmann widział w jednym przypadku 1400 w 1 mm.^{3} Prawie we wszystkich przypadkach zauważyć się daje, że z pogorszeniem się choroby ilość ciałek białych jeszcze więcej się zmniejsza, ciałka eozynochłonne już w początkach choroby znikają, a pojawiają się znów po ukończeniu sprawy chorobowej. Zmiany, jakie we krwi osób durowych napotykamy, a w szczególności zmniejszenie się liczby ciałek białych, są wyrazem działania jadu prątków durowych, który z jednej strony działa niszcząco na ciałka białe, z drugiej zaś narządy krwiotwórcze zostają w swej czynności przez te jady sparaliżowane tak, że ilość leukocytów mniej się wytwarzać może. Takie tłómaczenie zmian we krwi znachodzonych w przebiegu duru brzusznego wypowiedziałem w mej monografii o „durze brzusznym“, a doświadczenia Bohlanda rzeczywiście potwierdziły je i wykazały, że rzeczywiście jady prątków durowych należą do istot ujemnie chemotaktycznie na ciałka białe działających. Leukopenia we krwi durowych jest bardzo ważnym objawem rozpoznawczym, który sam dla siebie w pewnych warunkach umożebnia rozpoznanie duru brzusznego.

Zachowanie się i własności stolców. W przeważnej liczbie przypadków dur brzuszny rozpoczyna się zaparciem stolca, trwającem kilka pierwszych dni, poczem następuje rozwolnienie, które występuje bądź dobrowolnie po zaparciu, bądź też po zażyciu środka przeczyszczającego. Ilość dzienna stolców jest nie stała i zupełnie nie jest zawisłą od ilości wrzodów durowych i stopnia zajęcia jelit. Zdaje się raczej, że rozwolnienie zależy od większego lub mniejszego oddziaływania nerwów na jady durowe, i jest objawem nerwowo-toksycznym. Wejrzenie stolców w durze brzusznym jest bardzo cechujące. Są one płynne, barwy jasno-żółtej, która nadaje im pozór zupy grochowej, i ztąd nazwa „stolce grochowe“. Stolce te oddziaływują alkalicznie, zapach mają nadzwyczaj ostry, śmierdzący, amoniakalny. Po dłuższem staniu stolce durowe przedstawiają dwie warstwy, górna mętna, — płynna, barwy brudno-żółtej, dolna złożona przeważnie z części stałych, nieprzeźroczysta, zmięszana, z grudkami i strzępkami. W osadzie tym znajdujemy pod drobnowidem prócz ciał rozpadowych, żółto zabarwnione przybłonki jelitowe, białe i czerwone ciałka krwi, kulki tłuszczu, igiełki kwasów tłuszczowych, liczne kryształki trójfosforenów i niezliczoną ilość bakteryj. W późniejszym okresie choroby można w stolcach napotkać całe płaty, oddzielone z wrzodów; w razie krwotoków stolce przybierają barwę ciemną aż do czarnej, i dają obraz stolców krwawych (odczyn Teichmana).

W trzecim tygodniu choroby rozwolnienia ustępują, stolce stają się coraz to więcej zbite, aż wreszcie przybierają wejrzenie stolców prawidłowych. Pojawienie się stolców zbitych zwiastuje pomyślny zwrot choroby. W ciężkich przypadkach rozwolnienie utrzymuje się przez cały przebieg choroby, liczba stolców jest nadzwyczaj wielka; czasem chorzy co chwila je oddawać muszą i to nawet bezwiednie. Stolce płynne mają dla duru brzusznego znacznie rozpoznawcze, — pojawienie się stolców t. zw. „grochowych“ przemawia za durem brzusznym.

Mniejsze znaczenie rozpoznawcze ma kruczenie nad jelitem ślepem, które już w pierwszym tygodniu choroby się pojawia. Możemy je stwierdzić i przy innych cierpieniach, w szczególności przy schorzeniach jelit, w których nagromadzone gazy i płynne stolce dają powód do kruczenia; w każdym razie objaw ten w durze brzusznym znachodzi się dość często i wybadać się daje wcześnie tak, że przy istnieniu innych znamion i na ten objaw zwrócić należy uwagę.

Nieżyt oskrzeli *(Bronchitis)* w durze brzusznym pojawia się bardzo wcześnie. W większości przypadków już w pierwszym tygodniu choroby można go stwierdzić tak, że uważać go należy nie za powikłanie, lecz za objaw swoisty. Naturalnie, że tak jak wszystkie inne objawy, nieżyt oskrzeli może być rozmaitego natężenia, począwszy od zaostrzenia szmerów oddechowych, aż do słyszalnych świstów, gwizdów i niedźwięcznych rzężeń, które szczególnie w dolnych płatach płuc wybitnie wysłuchać się dają. Często zdarzyć się może, że chorzy zgłaszają się do lekarza o radę z powodu suchego kaszlu i bólu w piersiach, u których przy dokładnem badaniu znachodzimy obrzęk śledziony, różyczkę, gorączkę i inne objawy, które bez wątpienia za durem brzusznym przemawiają, co też i dalszy przebieg choroby potwierdza.

Z postępem choroby nieżyt oskrzeli staje się coraz to wybitniejszy, co nas dziwić nie będzie, jeżeli zważymy, że w trzecim i czwartym tygodniu duru siły chorego są coraz to słabsze, wyniszczenie coraz to większe, chorzy zazwyczaj leżą w jednem ułożeniu, zwyczajnie na grzbiecie, co w następstwie pociąga za sobą niemożność odkrztuszania i dać może powód do wytwarzania się opadowego zapalenia płuc, zdradzającego się mniej lub więcej przytłumiono-bębenkowym wypukiem i obecnością dźwięcznych rzężeń. Przy rozległem zajęciu płuc znajdujemy przyspieszenie oddechów, sinicę, obok tętna przyspieszonego i małego. Często dosyć wpływa to na podwyższenie ciepłoty ciała.

Stwierdzenie nieżytu oskrzeli ma dla duru brzusznego ważne znaczenie rozpoznawcze, co mianowicie w tych przypadkach jest prawie miarodajne, gdzie chodzi o choroby jelit i o ostre nieżyty kiszek. W tych ostatnich nigdy prawie nie znachodzimy nieżytu oskrzelowego tak, że obecność jego przy nieżycie kiszek każe spodziewać się obecności cięższego schorzenia, np. duru brzusznego. Natężenie nieżytu oskrzelowego nie zależy od natężenia choroby, a przyczyny jego

szukać musimy w działaniu jadów durowych na błonę śluzową oskrzeli.

Wejrzenie języka. Już wcześnie znajdujemy w durze brzusznym język, obłożony cienką, białą warstwą i wilgotny. Warstwa ta staje się coraz grubszą i przybiera barwę szarą lub szaro-żółtą. Przy końcu pierwszego tygodnia język staje się suchym, przyczem brzegi jego są zupełnie czyste i okazują barwę żywo-czerwoną. Suchość języka utrzymuje się dłuższy czas, a przyczyna jej leży w kilku czynnikach, do których zaliczyć należy: oddechanie przy otwartych ustach, zmniejszenie się wydzielania śliny, niedostateczne zwilżanie języka skutkiem nieprzytomnego stanu chorych i wreszcie gorączka, zazwyczaj wysoka. W drugim tygodniu warstwa namułu z języka prawie zupełnie znika, natomiast jest on suchy, czerwony, przy dotyku twardy, jak kawał deski i robi wrażenie zasuszonego kawałka surowego mięsa. Czasami język bywa pokryty masami zeschłemi, czarnemi i jest porozpadany. Oczyszczenie języka jest bardzo dla duru cechujące. Rozpoczyna się ono od brzegów języka, które wtedy przedstawiają czerwony wał, otaczający znajdujący się w środku brudno-żółty namuł. Koniec języka oczyszcza się w postaci trójkąta, swą podstawę ku podstawie jezyka zwróconego (*Typhusdreieck der Zunge*), Przy wystawianiu języka z trudnością tylko mogą go chorzy wysuwać z jamy ustnej, przyczem język wyraźnie się trzęsie.

Objawy nerwowe. Jak już sama nazwa wskazuje, dur brzuszny cechuje się pewnem zamgleniem, odurzeniem umysłu, czyli t. zw. stanem durowym (tyfoidalnym). Objawy takowego mogą w durze brzusnym przybrać najrozmaitszą cechę i są one zazwyczaj niestałe. Jedne przypadki cechują się tak małem zaburzeniem ze strony sfery nerwowej, że chorzy małą różnicę okazują od stanu prawidłowego, w drugich natomiast spotykamy wybitne zboczenia pod tym względem, bądź że chorzy są jakby pozbawieni władzy umysłowej, zupełnie obojętnie zachowując się na bodźce zewnętrzne, leżą jakby kawał drzewa (stupor), bądź też okazują stany podrażnienia, rozmaicie na zewnątrz objawiające się (deliria). Zaburzenia te w czynności sfery umysłowej pojawiać się mogą w każdym okresie choroby, a nawet i w okresie ozdrowienia, o czem zapominać nie należy, by takich ozdrowieńców nigdy samym sobie nie pozostawiać.

Podnieść tu należy ból głowy, który do codziennych objawów duru brzusznego należy i stanowi w pierwszym okresie choroby prawie że najstalszy objaw. Bóle głowy występują bardzo wcześnie, już w okresie wylęgania choroby, i nieraz są one tak gwałtowne, że same dla siebie zmuszają chorego do szukania porady lekarskiej. Rzadko rozprzestrzeniają się one na całą głowę, najczęściej natomiast zajmują okolicę skroniową lub czołową i część potyliczną. Najcięzej dają się one uczuć choremu w pierwszym okresie choroby, później tracą na sile tak, że w trzecim tygodniu zupełnie prawie znikają. Rodzaj bólu jest rozmaity: tępy, przeszywający, kłójący i t. d.

Również bóle w stawach i mięśniach, dalej bóle wzdłuż przebiegu nerwów mogą występować w ciągu całego przebiegu choroby i w okresie ozdrowienia, a polegać się zdają na sprawach zapalnych w mięśniach i nerwach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Hermann: **Przyczynek do obrazu klinicznego i rozpoznania pierwotnego raka płuc.** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* T. 63, 1899). Objawy miejscowe w płucach wypukowe i przysłuchowe, nie mają nic cechującego dla nowotworu złośliwego; uderzającem jest nieraz jak przy małych zmianach w płucach występuje ciężkie schorzenie ustroju, ogólna chera. Dlatego też pilną należy zwrócić uwagę na zachowanie się wagi ciała; uwzględnić nadto zachowanie się ciepłoty, która z chwilą rozpadu ogniska nowotworowego wykazuje stany gorączkowe.

W miarę wzrostu guza i tworzenia przerzutów występują zastoje żylne. Przez ucisk na żyłę główną górną, albo grubszej jej gałęzi, uwidoczniają się porozszerzane żyły górnej połowy ciała po jednej lub obydwu stronach. Czasami wśród spostrzegania zmniejsza się zastój, gdy żyła nieparzysta (*v. azygos*) lub półnieparzysta (*hemiazygos*) objęły czynność zastępczą, albo gdy wytworzy się połączenie pomiędzy żyłą sutkową wewnętrzną a nadbrzuszną (*v. mamaria interna et epigastrica*). Często do obrazu żylnego dołącza się obrzęk odpowiedniej części ciała (np. na głowie, kończynie górnej) lub też obrzęk i pokręcenie naczyń siatkówki. Zastój naczyń płucnych zaznacza się dusznością, przerostem komory prawej serca, zaostrzeniem 2 go tonu nad tętnicą płucną. W dalszym następstwie występują objawy ucisku połyku, n. błędnego i spółczulnego, ztąd trudność w połykaniu, chrypka, nierówność źrenic. Ucisk na splot barkowy (*plexus brachialis*) wywołuje przez przerzuty w gruczołach zaburzenia w mięśniach kończyn górnych. W żebrach wytworzyć się mogą ubytki, nawet przebicie.

Badanie drobnowidowe wysięku opłucnowego, który często towarzyszy nowotworowi płuc, może dać pewne wskazówki rozpoznawcze; znaleźć bowiem można w nim czasem strzępy nowotworowe, oraz gromady komórek, mających podobieństwo do nowotworowych, zawierające znaczne ilości tłuszczu (Japha); te ostatnie znachodzić się jednak mogą i w wysiękach gruźliczych. Ilość wysięku i jakość jest zmienną i nie jest cechującą dla nowotworu; tylko obecność limfy w wysięku zdarza się częściej w nowotworach. (A. Fränkel). Grube zrosty opłucnowe powodują zapadnięcie odpowiedniej strony klatki piersiowej, pomimo obecności płynu; na objaw ten „rétrécissement thoracique“, jako ważny szczegół rozpoznawczy zwrócił uwagę A. Fränkel. Ważniejsze wskazówki rozpoznawcze dać może plwocina, która bywa zwykle krwawa, a zabarwieniem przypomina polewkę ze śliwek, obficie śluzowa, a ciągnąca się tak, że z naczynia trudno wylać się daje. Drobnowidowe badanie wykazuje obok stłuszczonych komórek nabłonkowych z oskrzeli, pęcherzyków płucnych i jamy ustnej, czasami duże o nieregularnych kształtach komórki, ułożone w skupieniach dachówkowato na sobie, które wewnątrz zawierają większą lub mniejszą ilość barwika. Występują one zazwyczaj obok dobrze utrzymanych lub rozpadłych czerwonych ciałek krwi. Twory te mają być charakterystyczne dla nowotworu. W rzadkich przypadkach wykrztusza chory kawałki nowotworowe. —

Należy często badać i śledzić za przerzutami w gruczołach szyjnych, podszczękowych, podpachowych i pachwinowych, gdyż nieraz stwierdzić można jak na pozór drobne gruczoły wśród spostrzegania, powiększając się, tworzą później całe pakiety. Rodzaj nowotworu złośliwego wyjaśnić może tylko badanie strzępów nowotworowych lub wyciętego gruczołu.

Dobrotliwe nowotwory, jak tłuszczaki, włókniaki, chrzęstniaki, kostniaki nie dają wyraźnych klinicznych objawów. Opisywane torbiele skórzakowe cechują się obecnością włosów w plwocinie. Nowotwory te nie wywołują oczywiście chery i nie tworzą przerzutów.

Trudno nieraz odróżnić nowotwór złośliwy płuc od gruźlicy, gdyż brak prątków jeszcze nie rozstrzyga; należy badać wysięk, a przeważnie śledzić za gruczołami i badać plwocinę. Badanie plwociny i dokładne wywiady pozwolą rozróżnić zgorzel płuc od gruźlicy.

Bąblowiec rzadziej zajmuje płuca, a w plwocinie cechuje się obecnością haczyków; promienicę również wykaże mikroskop. By odróżnić tętniaka tętnicy głównej, należy zwrócić uwagę na objaw Olivera i uciec się do prześwietlenia promieniami Röntgena.

Szczegółowe wywiady i zmiany kiłowe w innych narządach ułatwią rozpoznanie kiły. *Dr. Rencki.*

Dr. Juwaczew. **Leczenie rzeżączki cewki moczowej przepłókiwaniami zapomocą nowego cewnika z wstecznym prądem.** *(Wracz* 1899 Nr. 36 i 37). Znany powszechnie sposób Janeta leczenia rzeżączki ma tę wadę, iż bez potrzeby jesteśmy zmuszeni przepłókiwać pęcherz moczowy, co, zdaniem autora, daje powód do powstawania różnych powikłań tak ze strony samego pęcherza, jakoteż gruczołu krokowego i przyjądrza. Chcąc usunąć tę wadę autor obmyślił i zrobił nowy cewnik żłobkowany, mający długości 12 ctm., — a grubością odpowiadający Nr. 16—18 skali Charrierowskiej. Zakończa się ten cewnik lekko zgiętym dziobem. Wzdłuż zewnętrznej powierzchni cewnika biegną 4 rowki, na końcach których znajdują się niewielkie okienka dla odpływu wstrzykiwanego płynu; na poprzecznym przekroju cewnik ma kształt krzyża z zaokrąglonymi końcami.

Autor wprowadza cewnik aż do szyjki pęcherza moczowego, a wtedy spływający z wysokości płyn przez światło cewnika dochodzi do okienek, tędy wydostaje się do rowków cewnika, którymi wypływa na zewnątrz, przepłókując po drodze całą cewkę moczową i nie dostając się do pęcherza. Cewnika tego używał autor w 100 przypadkach rzeżączki ostrej i przewlekłej, zawsze z b. dobrym wynikiem: bóle przy oddawaniu moczu rychło ustępowały, wypływ z cewki zmniejszał się i po 2 tygodniach znikał całkowicie, nitki rzeżączkowe znikały z moczu w końcu 3-go tygodnia od początku leczenia. Przepłókiwania cewki moczowej zapomocą swego cewnika stósował autor codziennie; dla wyleczenia rzeżączki ostrej potrzeba było przeciętnie 24 przepłókiwań, w przypadkach zaś przewlekłych — 27; powikłań żadnych autor nigdy nie zauważył; we wszystkich przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie (przez zupełne wyleczenie pojmuje autor: 1⁰ brak wszelkiego wypływu z cewki, nawet przeźroczystej kropli z rana; 2⁰ zupełną przeźroczystość moczu; 3⁰ zupełny brak nitek w moczu i 4⁰ ujemny wynik badania drobnowidowego po wstrzykiwaniu drażniących rozczynów azotanu srebrowego). Płyn użyty do przepłókiwania tylko w jednym przypadku dostał się do pęcherza; przypadek ten jednak daje się wytłomaczyć tem, iż pod wpływem długotrwałej (6 lat) rzeżączki nastąpiło osłabienie zwieracza pęcherza. Do przepłókiwań cewki używał autor rozmaitych rozczynów (sublimatu, azotanu srebrowego, soli kuchennej); najbardziej jednak dodatnie wyniki i bez żadnych powikłań otrzymywał przy stósowaniu nadmanganianu potasowego (1:4000). W 16 wreszcie przypadkach stósował autor nadmanganian potasowy ogrzany do 46⁰ C. iwe wszystkich przypadkach otrzymał zupełne wyleczenie bez żadnych powikłań, przyczem potrzebna ilość codziennych przepłókiwań wynosiła przeciętnie 17. Wobec tych wyników poleca autor gorąco w rzeżączce ostrej i przewlekłej przepłókiwanie cewki moczowej ogrzanym do 46⁰ C. rozczynem (1:4000) nadmanganianu potasowego zapomocą nowego cewnika. (Podobny cewnik, lecz o 5 rowkach i o 5 okienkach, tudzież bez końcowego zagięcia przedstawił Dr. Schütze na Zjeździe balneologicznym w Berlinie, w r. 1895. Przyp. spraw). *Dr. Gliński.*

Katzenstein. **Badania doświadczalne w sprawie łączenia jelit.** *(Deutsche med. Wochens.* 1899, Nr. 41). K. poszukiwał sposobu łączenia jelit, szybszego, niż zwykle używane szwy, a pewniejszego, niż guzik Murphyego, który bywał już przyczyną nader niekorzystnych wyników. W tym celu próbował K. wywołać sztucznie produktywne zapalenie otrzewnej w miejscu połączenia pętli jelitowych, aby osiągnąć szybsze zlepienie się powierzchni surowiczych i silniejsze zrosty. Przydatną do tego okazała się glutenkazeina. U psów wywołuje ona w miejscu swego zastósowania szybko silne zrosty otrzewnowe. Po poprzecznem przecięciu jelita cienkiego, posypaniu brzegów rany tym środkiem i połączeniu obu odcinków kilku szwami, zrastało się jelito nadspodziewanie szybko i silnie; w żadnem z doświadczeń nie wydostała się treść jelita do otrzewnej, co tem więcej zastanawiało, że jelita nie były przed operacyą opróżniane. Dobroć użytego sposobu sprawdzał K. zapomocą pomiarów hydrostatycznych wytrzymałości jelita po operacyi; z pomiarów tych wynikało, że przy zwykłym szwie wytrzymałość jelita w linii połączenia przez cztery dni po operacyi statecznie opada, tymczasem po użyciu glutenkazeiny, pomimo zrzadka założonych szwów tymczasowych, stale i szybko wzrasta. Podobnie korzystne wyniki, jak na psach, dało użycie glutenkazeiny w 20 doświadczeniach na królikach. Wreszcie sprawdzał jeszcze K. wyniki te zapomocą doświadczeń z przecinaniem i zespajaniem jelit u psów i królików, używając tejsamej ilości szwów, ale nie używając glutenkazeiny. Wszystkie doświadczenia te skończyły się śmiercią zwierząt z powodu zapalenia otrzewnej, wywołanego przez nieszczelność zespojenia. *Z.*

Elmassian. **O pewnym prątku, spotykanym w drogach oddechowych i jego stosunku do prątka grypy Pfeiffera.** *(Annales de l Inst. Pasteur* 1899, Z. 8). E. napotkał w plwocinach dzieci i dorosłych w przebiegu rozmaitych chorób narządu oddechowego (krztusiec, gruźlica, zapalenie płuc) prątki małych rozmiarów, które znalazł również w 3 na 6 przypadków grypy, okazujących typowe cechy kliniczne tej choroby. Prątki, znalezione przez E., posiadają wiele wspólnego z prątkami grypy, opisanymi przez Pfeiffera, a różnią się tylko tem, że rozwijają się równie dobrze na agarze z krwią, jak i na agarze z surowicą, nie zawierającym hemoglobiny, na którym prątek grypy, według Pfeiffera, nie rośnie. Prątek E. znajduje się w plwocinach rozmaitych chorych niestale i w bardzo zmiennej ilości, niekiedy bardzo skąpo, niekiedy zaś tak obficie, że możnaby mu bez wahania przypisać jakieś znaczenie chorobotwórcze. Wobec tego nasuwa się pytanie, czy prątek E. jest pospolitym saprofitem, czy też może niekiedy bywa saprofitem, a kiedyindziej zdolnym się staje wywołać jakąś sprawę chorobową, podobnie jak dwoinki zapalenia płuc *(pneumococcus).* Stwierdzono bowiem, że dwoinki zapalenia płuc mogą znajdować się w charakterze saprofitów w jamie ustnej lub nosowej zdrowych osobników, że jednak mogą one także być przyczyną zakaźnych zapaleń płuc i opon mózgowych. Sposoby badania bakteryologicznego, dotychczas znane, nie wystarczają jednak na to, aby rozróżnić można napewno pneumokoki jadowite od niejadowitych; nawet doświadczenia na zwierzętach wydają wyniki niedostateczne w takich przypadkach, gdzie kliniczne objawy biegunowo się od siebie różnią. Wobec tego wszystkiego dochodzi E. w końcu do następujących wniosków: różnica między wykrytym przez niego prątkiem, a prątkiem grypy Pfeiffera jest zbyt drobną, aby prątki te od siebie można oddzielać, temwięcej, że E. wykazał swój prątek także w 3 przypadkach typowej grypy. Zdaje się zatem, że prątek Pfeiffera, którego przyczynowe znaczenie w powstawaniu grypy nie wychodzi poza prawdopodobieństwo i nie jest dotychczas stanowczo udowodnione, — jest jednym z tych drobnoustrojów, które mogą znajdować się, jako saprofity, na błonach śluzowych dróg oddechowych, a które mnożą się i nabierają własności chorobotwórczych w przebiegu innych zakażeń narządu oddechowego (krztusiec, zapalenie płuc itd.). *Doc. Ciechanowski.*

Czerny. **Wodogłowie a niedokształt nadnerczy.** *(Centralbl. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie* T. 10, Z. 7). Wstrzykując szczurom białym do komórek mózgowych rozczyn błękitu berlińskiego, spostrzegł C., że barwik ten daje się potem wykazać najwcześniej w naczyniu limfatycznem, zdążającem ku gruczołom limfatycznym miednicy, a rozgałęziającem się przedtem ku nadnerczu, co zdawało się C. wskazywać na jakiś związek wodogłowia z czynnością nadnercza. Badanie drobnowidowe nadnerczy w 5 przypadkach wodogłowia u osesków wykazało zupełny brak istoty rdzennej; braku tego nie było u 20 osesków, nie dotkniętych wodogłowiem. Z tego wnosi C., że niedokształt nadnerczy pozostaje w związku przyczynowym z powstawaniem wodogłowia. *C.*

Lehmann. **Zawartość kwasu węglowego w powietrzu wdechanem w pokoju i w wolnej przestrzeni.** *(Archiv. f. Hygiene.* T. 34. Z. 4). Wbrew dotychczasowym zapatry-

waniom wykazuje L. doświadczalnie, że różnica zawartości CO_2 w powietrzu, wdechanem w pokoju i w miejscach otwartych jest znacznie większa, niż się przypuszcza. Nawet w pokojach dobrze przewietrzanych, zachowując zupełny spokój (siedząc lub stojąc), wykazywali badani w powietrzu wdechanem 2·5 do 3·5‰ CO_2, a w pewnych razach, chociaż powietrze nie było jeszcze do najwyższego stopnia zanieczyszczone — aż 6—7‰. W otwartej przestrzeni ilość CO_2 w powietrzu wdechanem wynosi natomiast średnio 0.4‰.

S.

Dr. Max Nassauer: **Przczynek do leczenia krwawień z części rodnych kobiecych.** (Dalsze doświadczenia nad działaniem styptycyny). *(Mont. f. Geburtsh. u. Gynaek. T. IX. Sptab.).*

Autor stósował w roku 1895. styptycynę przeciw krwawieniom z części rodnych; w poprzednich publikacyach uwzględnił jej działanie w 150 przypadkach, gdzie leczono nią bez względu na przyczynę, wywołującą krwawienie. W niniejszej publikacyi opiera swe wywody autor na 30 przypadkach, dobieranych stosownie do poprzedniego doświadczenia klinicznego. Styptycynę, która jest przetworem narkotyny, stósował autor drogą wstrzykiwań wśródmiąższowych po 0·20, dokonywanych w okolicę pośladkową i często już po jednorazowem wstrzyknięciu otrzymywał zupełne ustanie krwawień. Doświadczenie kliniczne przekonało autora, że styptycyna nie działa zupełnie w przypadkach, gdzie powodem krwawień jest złe zwinięcie się macicy; działa zaś bardzo niepewnie w krwawieniach z powodu zmian przerostowych zapalnych błony śluzowej macicy. Działanie dobre i bardzo szybkie zauważył autor przy włókniakach, gdzie jeszcze nie było zmian następowych w błonie śluzowej, przy miesiączkowaniu boleśnem i krwawieniach, w których tło anatomiczne nie jest jasne, jakoteż, co najważniejsze, w schorzeniach przydatków i tkanek okalających macicę. Krwawienie, towarzyszące rakowi, czasami styptycyna chwilowo wstrzymuje. Działań ubocznych styptycyna nie wywołuje. Jeżeli są przeszkody do stósowania jej drogą wstrzykiwań, to można ją podawać wewnętrznie w postaci pastylek po 0·05 do 12 pastylek w ciągu dnia. *St. D.*

Dr. E. Wertheim (Wiedeń): **Referat o 52 wykonanych operacyach mięśniaków macicy.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* Nr. 21, 1899). Zgodnie z wielu innymi twierdzi Wertheim, że w każdym pojedynczym przypadku zastanowić się należy, czy trzeba operować i w każdym nadającym się do operacyi przypadku należy dokładnie wyszukać wskazanie, jakiej metody powinno się użyć. W 34 przypadkach operował od strony pochwy, z których w 25-ciu musiał uciec się do rozkawałkowania. Tym sposobem można operować tam, gdzie guz nie sięga powyżej pępka, a chora nie jest bardzo niedokrewna i wyniszczoną.

Przy większych włókniakach operacya tym sposobem trwałaby daleko dłużej, niż przez laparotomię i upływ krwi byłby znaczniejszy. U osób niedokrewnych lub z wadami organicznemi serca nie powinno się tą drogą operować guzów większych od głowy dziecka. W operacyach przez pochwę notuje W. jeden przypadek śmierci w 8 godzin po operacyi z powodu zapadu. W innych przypadkach operuje przez laparotomię, lecz szyjkę macicy o ile możności pozostawia, żeby utrzymać jeszcze część błony śluzowej, zdolnej do czynności fizyologicznej. Szypułę opatruje śródotrzewnowo. Całą macicę, wraz ze szyjką, usuwa tylko 1) w przypadkach podejrzanych o złośliwą przyrodę guzów; 2) gdy sama szyjka jest zajętą; 3) przy zakażeniu jamy macicznej; 4) przy ropieniach w miednicy.

W tej seryi miał jeden przypadek zejścia śmiertelnego wskutek wylania się ropy ze zropiałej trąbki macicznej do jamy otrzewnowej w czasie operacyi.

Dr. E. Karchesy.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tannopinum, połączenie taniny z sześciometylowo-tetraminem, jest środkiem przeciwbiegunkowym, o tyle cenniejszym od od innych, iż łączy dwa działania: ściągające kwasu garbnikowego i przeciwgnilne urotropiny, które to działania objawiają się w jelicie cienkim. Fröhlich *(Münch. med. Wochensch., Nr. 29, 1899)* stósował ten przetwór w przypadkach ostrego i przewlekłego nieżytu jelitowego, a działanie tego leku było zadowalniające. Dawka wynosiła dla dzieci 0·25—0·5 trzy do pięciu razy dziennie, dla dorosłych 0·5—1·00 3—4 razie dziennie. Działania ubocznego autor nie zauważył nawet u osesków. *J. L.*

Sirolinum jest to 10% rozczyn tiokolu w syrupie pomarańczowym, a zaleca go Bockes. Przy podaniu tego środka w gruźlicy płucnej w przypadkach początkowych zauważył on znaczne polepszenie; kaszel, połączony z częstem krwioplucіem, stawał się rzadszy, ilość plwocin zmniejszała się, a podobnie i zmiany miejscowe. To samo zauważył autor przy leczeniu przypadków daleko posuniętych gruźlicy. Chorzy zażywają sirolinę chętnie. *(Klin. therapeutische Wochenschrift, Nr. 35 i 36, 1899).* *J. L.*

Tannigen został wypróbowany przez Cronkhitea *(Medical Review May. 1899)* przy sposobności nagminnie panującej czerwonki; działanie tanigenu, który podawał w 23 przypadkach (przeważnie dzieciom) bez dodatków albo też z dodatkiem kalomelu, we wszystkich, z wyjątkiem dwóch, okazało się szybkie i pewne. Autor zaleca tanigen bardzo gorąco.

Również Cioja *(Il. Morgagno Nr. 22, 1899)* stósował tanigen w czerwonce z bardzo dobrym skutkiem. *J. L.*

Griwcow *(Aerztl. Rundschau; Nr. 22, 1899)* stósował europhen w wrzodzie miękim z dobrym skutkiem, także w takich przypadkach, w których jodoform i inne środki nie skutkowały.

J. L.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 października 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 38.

Przewodniczący wita kol. prof. Kadera, pierwszy raz uczestniczącego w posiedzeniu. Następnie zawiadamia, że zabiegi. mające na celu wprowadzenie lekarza do Komisyi podatku zarobkowego, zupełnie spełzły na niczem.

I. Kol. prezes przedstawia dwa przypadki gruźlicy krtani, które były przeznaczone do przedstawienia na poprzedniem posiedzeniu. Wykonano u tych chorych z powodu duszności tracheotomię, a następnie później laryngofisusę z usunięciem utworów gruźliczych. Chociaż usunięcie złogów nie mogło w tych przypadkach być doszczętne, jednak można było następnie usunąć kaniulę tracheotomijną i umożliwić oddychanie drogami naturalnemi. Głos jednej z chorych poprawił się znacznie.

II. Kol. prof. Browicz wygłasza wykład: »O wchłanianiu krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i obrazach, ztąd powstać mogących, jakoteż o drogach odżywczych w komórce wątrobnej«. Wykład połączony jest z projekcyą elektryczną obrazów.

Prelegent zdaje sprawę z badań wątroby psa, któremu wstrzykiwał do krwi rozczyn hemoglobiny Mercka. Znalazł on, iż komórki wątrobne mogą pochłaniać nie tylko pojedyncze krwinki czerwone, o czem podał wiadomość w pracy p. t. »Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobne hemoglobinę« (Rozprawy Wydz. matem.-przyr. Akademii Umiejętności w Krakowie t. 34, 1897), ale znaczniejszą ich ilość. Gromadki krwinek leżą wtedy w ściśle odgraniczonych przestworach wśród cytoplazmy komórki. Krwinki czerwone ulegać mogą przemianom, skupiają się w jednolite masy i tworzyć mogą bezbarwne, kuliste twory, w niezabarwionych preparatach szklistego wejrzenia. Te kule barwią się eozyną, kwasem pikrynowym, fuksyną. Ponieważ mikroskopowe obrazy badanych komórek wogóle są obrazami jednego tylko okresu czynności i stanu komórki, przeto nie można oznaczyć, co w razie trwania życia komórki wątrobnej, a więc w późniejszych okresach, z temi kulami się dzieje. Prawdopodobnie substancya z krwi-

nek powstała dalej przez komórkę przerobioną być może. Kule te przypominają twory, jakie się dostrzega także w komórkach mięsaków, raków, jako twory wewnątrzkomórkowe, ciałka fuksynowe Rüssla itp. Szereg obrazów przejściowych, które prelegent podaje, wskazują, iż twory wewnątrz-komórkowe także z krwinek czerwonych powstawać mogą. Następnie podaje prelegent, iż na podstawie szeregu obrazów komórki wątrobnej w wątrobach muszkatołowych człowieka, jakoteż w wątrobach psów, którym wstrzyknięto do krwi rozczyn hemoglobiny Mercka, doszedł do wniosku, iż w komórce wątrobnej prócz stałych dróg, kanalików wywozowych, którymi żółć z komórki dostaje się do przewodów międzykomórkowych, o których donosił w r. 1897, istnieją jeszcze stałe drogi dowozowe, będące w ścisłym związku z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, któremi substancye odżywcze i czynnościowe wnikają ze krwi aż w jądra komórki wątrobnej. Prelegent nazywa je drogami a względnie kanalikami odżywczymi.

Następnie zestawia prelegent wyniki swych badań nad komórką wątrobną, od r. 1897 w publikacyach Akademii ogłaszanych (Rozprawy Wydz. matem.-przyr. Akademii Umiejętności t. 34, 37 i 38) w następujących punktach:

1) Wśród substancyi jądra komórki wątrobnej poczynają się drogi czy kanaliki żółciowe, które łączą się bezpośrednio z takiemiż drogami czy kanalikami wśród cytoplazmy komórki wykazanymi, te zaś łączą się znowu bezpośrednio z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi.

2) Prócz wewnątrzkanalikowych drog żółciowych istnieją odrębne, stałe drogi, będące w ścisłym związku z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi, które prelegent drogami czy kanalikami odżywczymi nazywa, którymi komórka wątrobna substancye odżywcze i czynnościowe otrzymuje.

3) W komórkę wątrobną wnikają temi drogami prócz płynnych substancyj także krwinki czerwone, które dostają się wreszcie do jądra komórki i tworzą materyał przerabiany przez substancyą jądra na żółć a względnie barwiki żółciowe.

4) Jądro komórki wątrobnej spełnia czynność wydzielniczą.

5) Komórki wątrobne mogą w pewnych warunkach pochłaniać znaczną ilość krwinek czerwonych, które gromadzą się w ściśle odgraniczonych przestworach, wakuolach.

6) Ze skupionych, zmienionych i zlewających się ze sobą krwinek czerwonych powstać mogą jednolite, kuliste twory, które figurują jako twory wewnątrzkomórkowe, barwią się kwasem pikrynowym, eozyną, fuksyną.

7) Powstawanie wakuol w komórce wątrobnej tak w cytoplazmie jakoteż w jądrze, wypełnionych różną treścią, zależy tak od istnienia stałych dróg, kanalików dowozowych, jakoteż wywozowych. Wakuole są tylko wyrazem przekrojów rozszerzonych, fizyologicznych kanalików.

Kol. Docent Nowak podnosi, że jak dla patologii ważnem było odkrycie komórki i utworzenie patologii celularnej, tak i zapatrywania prof. Browicza są w stanie zapłodnić naukę. W komórkach bowiem znajdujemy zmiany, ale nie znamy ostatecznych przyczyn tych zmian. Być może w przyszłości będziemy oznaczać zmiany poszczególnych »narządów komórki«, jeżeli się można tak wyrazić. Nie znamy np. pochodzenia odporności (imunizacyi), prawdopodobnie jednak siedziby tych zmian nale...oby szukać nie w płynach, limfie, lecz w komórkach. Otóż zmiany takie łatwiej poznamy, gdy znaną nam będzie delikatniejsza budowa komórek, uzdolniająca je do czynności najróżnorodniejszych.

Prelegent zwraca uwagę, że obecnie nie trudnem jest wytłómaczenie tych przypadków żółtaczki, gdzie czynników mechanicznych — ani w miąższu wątroby, ani poza wątrobą wykazać nie można. Przyczyna musi leżeć w schorzeniu samej komórki. Myśl ta rzucona była już dawno przez Liebermeistra i Minkowskiego. Drogi dowozowe i żółciowe leżą w komórce blisko siebie i może nastąpić przebicie z jednych do drugich. Toteż, jak wykazali Wertheimer i Meyer (Francuzi) — w pewnych stanach chorobowych żółć może zawierać hemoglobinę, jako taką.

Kol. prof. Hoyer oświadcza, że nie może się zgodzić z prelegentem w wielu punktach. Choćby się nawet przyznało istnienie dróg wyprowadzających żółciowych, to wyniki nastrzykiwań do udowodnienia dróg doprowadzających są niewystarczające. Sam prof. Hoyer robił dużo nastrzykiwań, nigdy jednak masa użyta nie przechodziła poza naczynia włosowate, jeżeli te nie zostały przedarte. Przytem Kupffer i Ranvier udowodnili, że naczynia włosowate wątroby nie składają się z komórek śródbłonkowych, lecz tworzą jednolitą rurę. Prędzej możnaby przypuścić, że istnieje fagocytoza, która pośredniczy w przechodzeniu ciałek czerwonych przez naczynia włosowate. Niekoniecznie także jest przypuszczać, że wszystkie komórki wszystko wytwarzają, może istnieć podział pracy. Jedne komórki wytwarzać mogą żółć, inne zaś inne substancye. W śliniankach mamy fakt analogiczny, *lunlae Gianuzzi* są to komórki w stanie spoczynku.

Kol. Nowak twierdzi, że przenikanie komórek przez »syncytium« nie ulega najmniejszej wątpliwości. Prof. Hoyer zgadza się na przenikanie ciałek białych, przeczy jednak przenikaniu ciałek czerwonych. Na istnienie kanalików będzie się można zgodzić, gdy się okaże, że są to drogi stałe.

Kol. prof. Klecki oświadcza, że demonstrowane obrazy nie zmuszają, mianowicie co do dróg odżywczych, do przyjęcia, iż są to drogi preformowane. Jeżeli taką przestrzeń widzimy w sąsiedztwie ciałka czerwonego, znajdującego się w komórce wątrobowej, to może być ona wynikiem tego, co się już stało, a więc przesunięcia się ciałka. Byłoby to zatem dowodem własności przeprowadzania pewnych tworów drogami niejako dowolnemi.

Kol. Prof. Browicz odpowiada na uwagi prof. Hoyera, że przechodzenie części rozpuszczonych przez naczynia włosowate nie ulega najmniejszej wątpliwości, inaczej niemożliwem byłoby odżywianie. Ale tak samo niewątpliwem jest przechodzenie ciałek białych i przedostawanie się ciałek czerwonych do prawidłowych komórek wątrobowych psa. Wobec tych faktów odpowiedź na pytanie, jaką jest budowa naczyń włosowatych w wątrobie, jest rzeczą względnie obojętną. Słuszną jest uwaga, że między komórkami wątrobowemi może istnieć podział pracy, jednak to pewna, że wszystkie komórki wytwarzają żółć, gdyż wszystkie zawierają przewody. Co do drugich dróg wywozowych, to można to tylko uważać za prawdopodobne. Co do wyników nastrzykiwań, to należy zaznaczyć, że jeden fakt niewątpliwy więcej znaczy, niż setki ujemnych. Wyniki te bowiem zależą od rozmaitych czynników i często napotykamy całe partye naczyń włosowatych nie nastrzykane. Kol. Kleckiemu odpowiada prelegent, że kładł nacisk, iż hemoglobina w cytoplazmie lub jądrze komórki gromadzi się w przestworach ściśle odgraniczonych, a nie wsiąka w całą komórkę. Tworzenie dróg dowolnych jest nieprawdopodobne, gdyż przez ciągle się powtarzające rozdzieranie protoplazmy musiałoby prowadzić do zniszczenia komórki. Także i tłuszcz w komórkach gromadzi się prawdopodobnie w przestworach preformowanych.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

VII. Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego, odbytego w czasie od 13—15 września w Norymberdze.

Podał

Dr. Jan Buszek

fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy).

Następnie mówił prof. Dr. Heim: *O potrzebie większej schludności przy drobnej sprzedaży artykułów żywności.* W słowach drastycznych przedstawiał referent rażące niedostatki przy sporządzaniu, przechowywaniu i przewożeniu najniezbędniejszych artykułów żywności. Bijącą w oczy jest niechlujność przy wyrabianiu chleba. Badania, dokonywane w tym kierunku w Londynie i Berlinie, wykazały straszny stan. Ale także przy dobywaniu i sprzedaży mleka, mięsa, wędlin, piwa i t. p. bywa niechlujstwo rażące. „Tylko P. Bóg może jeść kiełbasę", mówi Jean Paul, „bo tylko P. Bóg wie, co w niej jest". Mogą one nietylko budzić odrazę, ale także szkodzić zdrowiu i przyczyniać się do szerzenia chorób zaraźliwych. W handlach artykułów spożywczych nie należy trzymać kotów, psów i t. d. Zwykle sypialnie znajdują się w połączeniu z kuchniami.

W koszarach powstają często endemie wskutek niechlujstwa. Temu złemu mniej potrafią zaradzić ustawy i rozporządzenia, jak raczej wychowanie i przyzwyczajenie ludności do większej czystości;

stósowne pouczenie w szkołach, z uwzględnieniem głównie gospodarstwa domowego, zaopatrzenie miejscowości w dobrą wodę itp. Zakłady dla badań artykułów spożywczych należy znacznie pomnożyć i obsadzić odpowiednio wykształconymi ludźmi. Na prowadzenie handlów potrzeba ustanowić zupełnie odrębne warunki. Handle takie należy regularnie nadzorować. Wnioski swoje streszcza referent w następujący sposób:

1) Wielka jest niechlujność przy wyrabianiu chleba, przy sprzedaży wędlin, mięsa, piwa i innych środków spożywczych, jak nie mniej środków użytku codziennego w wielu sklepikach, handlach i kuchniach.

2) Jako następstwo tego niechlujstwa jest nietylko nieapetyczność środków wymienionych, ale mogą być one zdrowiu szkodliwe i szerzyć choroby zaraźliwe.

3) Zapobiedz temu można mniej drogą szczegółowych przepisów, aniżeli:

a) przez rozporządzenia, dotyczące warunków przy udzielaniu pozwoleń na prowadzenie właściwych przedsiębiorstw;

b) przez pomnożenie zakładów dla badania artykułów spożywczych, jakoteż pomnożenie funkcyonaryuszów, mających objeżdżać większe obwody;

c) przez pouczanie i przyzwyczajanie ludności do większej schludności: w szkołach zapomocą stósownego pouczania, w życiu publicznem przez: zaopatrzenie miast, w ogóle gmin, w dobrą wodę, usuwanie nieczystości kloacznych w sposób odpowiedni, nadanie sposobności dla każdego, aby mógł schludność zachować, przez urządzenie kąpieli ludowych.

W rozprawach uskarża się Dr. Jäger, że nasze gospodynie okazują za mało interesu dla tej sprawy. One powinny być pionierkami skutecznej policyi targowej. Brudny kramarz nie obawia się małej grzywny, tylko utraty klienta, który od niego kupuje. Dr. Lent nie spodziewa się wiele osiągnąć przez ustawy i rozporządzenia. Stowarzyszenie do'no-reńskie dla higieny publicznej wiele zrobiło przez krótkie popularne pouczenie w książkach szkolnych. Zwraca głównie uwagę na dziennikarstwo, w pierwszym rzędzie na literaturę niedzielną. Tu jest droga do działania na szerokie masy ludu. Dr. Weil tłomaczy, jak w wielkich miastach brak miejsca obraca w niwecz najlepsze zamiary. Radzi zaprowadzić na wzór angielski inspektorów przemysłowych sanitarnych. Prof. Erismann i Dr. Braun zalecają poparcie ze strony stowarzyszeń konsumcyjnych, bo te potrafią najłatwiej dopilnować należytej schludności.

Trzeci i najważniejszy przedmiot obrad stanowiło: *Znaczenie i zadanie lekarza szkolnego*. Dla ważności przedmiotu było dwu referentów, tajny radca szkolny Dr. Schiller i Dr. med. Paweł Schubert. Pierwszy traktował przedmiot więcej ze stanowiska pedagogicznego. Wielkie postępy nauk lekarskich, osobliwie higieny, jeszcze niedostatecznie do szkół zastósowano. Lecz lekarz szkolny nie jest jeszcze szczytem higieny szkolnej. O wiele ważniejsze jest higieniczne wykształcenie nauczycieli. Tak np. nadzwyczaj ważnym punktem higieny szkolnej jest czystość izb i sprzętów szkolnych. O to się starać jest zadaniem nauczyciela. Ale jak można uzasadnione żądanie wielkiej czystości spełnić, jeżeli dla utrzymania jej w całej szkole ustanowiony jest tylko jeden stróż, który musi żonę i dzieci zaciągać do roboty, by módz zadaniu temu jako tako podołać? Niezawodnie pożądany jest lekarz szkolny dla wszystkich szkół, lecz w pierwszym rzędzie potrzebny on jest dla szkół ludowych. Uczniowie wyższych szkół rekrutują się przecież najwięcej z lepszych stanów, które wogóle posiadają lepsze zrozumienie dla potrzeb higieny i do nich zastosować się mogą. Potrzebę specyalnych lekarzy szkolnych referent uznaje za rzecz słuszną, lecz ufa, że wkrótce będą ustanowione specyalne kursa higieny szkolnej, aby lekarz szkolny dla poszczególnych działów zajęcia szkolno-lekarskiego nabył należytego zrozumienia.

Wielki opór przeciw lekarzom szkolnym, stwierdzony u wielu nauczycieli, budowniczych itp. ustanie niezawodnie, jeżeli wszyscy interesowani dojdą do przekonania, że się muszą nawzajem pouczać i uzupełniać. Lecz najczęściej wywołują ten opór przesadne żądania lekarzy.

Koreferent zgodził się w ogóle z referentem, tylko zaznaczył wybitniej niektóre żądania ze strony lekarskiej. Jest on tego mniemania, że lekarz szkolny jest potrzebny dla wszystkich szkół, także i dla wyższych, bo stany lepsze grzeszą także przeciwko higienie i w szkołach wyższych pojawiają się choroby zakaźne, a niektóre nieprawidłowości można stwierdzić głównie w szkołach wyższych np. krótkowidzenie. Nie powinien tedy lekarz szkolny ograniczyć swego zadania tylko do szkół niższych. Żądanie lekarzy, aby przy nauce także z nimi współdziałać, narobiło wiele złej krwi u nauczycieli; lecz niesłusznie, gdyż nauka i używanie środków naukowych przynosi nieraz niebezpieczeństwo dla dzieci szkolnych, które lekarz może usuwać albo łagodzić, n. p. niehigieniczne tabliczki, źle drukowane książki szkolne i t. p. Również dla celów naukowych nie jest opinia lekarska bez znaczenia. Przy układaniu planu nauki, przy podziale nauki zdarzają się często błędy: dlatego i tu rada lekarska jest pożądaną. Lecz najwięcej jest lekarz potrzebny przy fizycznem kształceniu. Już sama zdolność do służby wojskowej wymaga silniejszego rozwoju fizycznego u młodzieży i rozwój fizyczny jest dla siebie celem tak samo, jak wykształcenie umysłowe. (C. d. n.)

VIII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

12) Hochsinger z Wiednia: *O tężyczce i podobnych do tężyczki stanach u dzieci w pierwszych tygodniach życia* H. uważa trwałe tężcowe kurcze kończyn w przebiegu tężyczki, jako najsilniejsze wzmożenie już w stanie fizyologicznym u noworodków się znajdującego stężenia mięśni zginaczy (Flexorenhypertonie). U noworodków i młodszych osesków istnieje pewna skłonność do tężcowych kurczów zginania, które już przy zwykłych podrażnieniach psychicznych się pojawiają i stanowią przejście do patologicznej *myotonii* noworodków, uważanej przez H. za chorobę odrębną. Ta myotonia patologiczna charakteryzuje się tak zw. objawem pięściowym, podobnym do objawu Trousseaua przy tężyczce, dającym się wywołać przez ucisk na rowek wewnętrzny mięśnia dwugłowego. Objaw pięściowy znajduje się najczęściej u dzieci w pierwszych tygodniach życia przy obecności zaburzeń żołądkowo-jelitowych, długotrwających zapaleń skóry i w kile wrodzonej. Dzieci te już w stanie spokoju mają silniejsze stężenie mięśni zginaczy, niekiedy trwałe spastyczne ustawienie kończyn, a ręka układa się w pięść, podobnie jak w tężyczce.

Tężec rzekomy *(Pseudotetanus)* Eschericha zalicza H. bezwarunkowo do tak zw. *myotonii*. Nie jest to cierpienie pierwotne, ale jest wyrazem wzmożonej wrażliwości rdzenia pacierzowego a powstanie cierpienia jest ułatwione przez wrodzone stężenie mięśni i skłonność do kurczów u noworodków; przykurczenia te są trwałe, niebolesne, nie występują napadowo, ale rozwijają się stopniowo. Choroba ta nie ma związku z krzywicą, jak tężyczka prawdziwa, nie pojawia się głównie na wiosnę, lecz najczęściej podczas upałów, odpowiednio do najczęstszego pojawiania się nieżytów kiszkowych w tej porze.

Objaw pięściowy, który występuje w rozmaitym stopniu, od utworzenia lekkiego zagięcia pięści naokoło palca grubego aż do zupełnego tężcowego skrzczenia pięści nie pojawia się nigdy u zupełnie prawidłowych noworodków lub osesków, lecz zauważono go u 60% dzieci chorych w pierwszym kwartale życia, nigdy nie występuje u starszych osesków, nie jest związany z porą roku i nie jest przywiązany do zmian krzywiczych.

U dzieci tych nie było objawu twarzowego, ani też zbytniej pobudliwości mechanicznej lub galwanicznej, jakoteż brak skurczu głośni i drgawek. Odruchy tylko w ciężkich przypadkach były osłabione. Pewien stopień myotonii patologicznej i łatwe pojawianie się objawu pięściowego towarzyszą prawie zawsze dziedzicznej wczesnej kile noworodków i tych osesków, które nie przekroczyły trzeciego miesiąca życia. Bezpośrednią zależność myotonii od kiły udowadnia korzystne działanie leczenia przeciwkiłowego.

Podstawą anatomiczną myotonii jest prawdopodobnie zwyrodnienie (Marchiego i Nissela) rdzenia pacierzowego osesków, opisane przez Zapperta, dotyczące korzeni przednich i komórek rogów przednich, a powstałe zapewne skutkiem zaburzeń toksycznych lub odżywczych tkanki nerwowej w przebiegu ciężkich chorób. Obraz anatomiczny zgadza się z opisanym przez H. obrazem klinicznym. Myotonie Hochsingera podzielić możemy na 4 gromady: I) *Myotonia physiologica neonatorum:* lekka sztywność mięśni zginaczy kończyn, skłonność do zgięcia palców rąk i nóg. Stan ogólny oseska zupełnie dobry. II) *Myotonia pathologica I gradus:* pobudliwość objawu pięściowego, nadmierne stężenie mięśni zginaczy. III) *Myotonia II gradus (M. spastica perstans):* objaw pięściowy, stałe kurczowe zgięcie rąk i nóg *(Arthrogryposis, Spasmus carpopedalis perstans)*, stężenie rozmaitych mięśni zginaczy koń-

czyn. Pojawia się przy ciężkich chorobach jelit i skóry w przebiegu kiły dziedzicznej i przy oparzeniach. IV) *Pseudotetanus:* przejście sprawy myotonicznej na mięśnie tułowia, względnie twarzy. Zresztą jak pod III).

Nad odczytami: 10, 11 i 12-tym odbyła się wspólna rozprawa, którą rozpoczął Escherich z Gracu: W niejasnym obrazie chorobowym drgawek jest gromada z objawami tężyczki. Na klinice swej zalecił badanie w kierunku tężyczki w każdym przypadku drgawek i sprawdził, że często znajdowano tężyczkę. Przypady drgawkowe występują często naprzemian z napadami skurczu głośni i występują bardzo często w pewnych okresach czasu. Co do etyologii, sądzi E., że przyczyną cierpienia są zaburzenia w przemianie materyi i wskazuje na częstą obecność tak zw. *status thymicus,* którego podstawą jest także nieprawidłowa przemiana materyi.

Soltmann (z Lipska) obstaje przy udowodnionej przez siebie wzmożonej skłonności odruchowej przy braku ośrodków korowych i fizyologicznej „spasmophilii"; nazywa to: *causa physiologica interna.* Do powstania jednak drgawek przystąpić jeszcze musi *causa pathologica.* Jeżeli ze skurczu głośni powstaje tężyczka, to należy to pojmować, jako wzmożenie kurczów pod wpływem bezdechu (apnoë) z powodu zamkniętej głośni, przez zastój w krążeniu płućnem i w mózgu i jako efekt nagromadzenia bezwodnika węglowego, jak to wykazały doświadczenia Landoisa, Hermanna, Nassego i innych.

Pott (z Halli) zwraca uwagę na obciążenie dziedziczne, jako na przyczynę kurczów w wieku dziecięcym. Według jego spostrzeżeń dzieci z tężyczką pochodzą dosyć często z rodziców, obarczonych chorobami umysłowemi, padaczką i nadużywających alkoholu.

Baginsky (z Berlina) zaznacza, że z pewnością pojawia się skurcz głośni bez tężyczki. Nie zgadza się z Escherichem, aby objaw twarzowy w przebiegu kurczów rozstrzygał w rozróżnianiu tężyczki od zapalenia opon mózgowych o obecności tężyczki, gdyż objaw twarzowy pojawia się również w zapaleniu opon mózgowych. Nie można w ten sposób tłómaczyć związku między skurczem głośni a drgawkami, jak się to dzieje fizyologicznie, mianowicie; że przez zamknięcie głośni powstaje bezdech, następnie rozstrzeń serca z zaburzeniami w krążeniu mózgowem. Co do działania fosforu, to nie działa on na krzywicę, jako przyczynę drgawek, lecz jako *nervinum.*

Fischl (z Pragi) zwraca uwagę, że szybkie opadnięcie ciepłoty może wywołać drgawki. Pewnem jest, że pojawia się skurcz głośni bez tężyczki. Działanie fosforu jest ograniczone, gdyż F. widział często wybitny wpływ fosforu na skurcz głośni, podczas gdy inne objawy chorobowe nie ulegały zmianie.

Ganghofner podnosi ważność wykazania tężyczki przy drgawkach ogólnych, szczególnie ze względu na rokowanie w przypadkach wątpliwych (zapalenie opon mózgowych). G. przyznaje Soltmanowi możliwość powstawania napadu drgawkowego z napadu skurczu głośni, zdarzają się jednak przypadki drgawek bez skurczu głośni. Zdarza się również skurcz głośni bez tężyczki.

Hochsinger (z Wiednia) spodziewa się, że pojęcie tężyczki, po odjęciu trwałych przykurczeń, obecnie będzie jaśniejsze. Zupełny brak wszelkiej przeczulicy układu nerwowego i ciągłe trwanie tężcowych przykurczeń nie zdarza się przy tężyczce. Nazwę *myotonia* obrał Hochsinger, jako odpowiadającą rzeczywistym stosunkom, a badania jego co do napięcia mięśni u noworodków zgadzają się z teoryą Soltmana. Skurcz głośni i drgawki znajdujemy często bez śladu tężyczki. H. przemawia za skutecznością leczenia fosforem, jakkolwiek jest różnica zdań co do sposobu działania fosforu.

Sonnenberger (z Wormacyi) wspomina o samozakażeniu, jako czynniku etyologicznym.

Heubner (z Berlina) zgadza się w sprawie padaczki z Henochem, gdyż widział przypadki pozornych drgawek, które się potem zamieniły w padaczkę. Co do skurczu głośni, to H. nie uznaje go za pojęcie patologiczne.

Lange w przemówieniu końcowem zaznacza jednomyślność z Tiemichem kładąc nacisk na samozakażenie. Nie zaprzecza, ażeby dziedziczność nie miała wpływu na powstanie choroby; dotychczas jednak dowód na pewno nie jest przeprowadzony. Jeszcze raz L. kładzie nacisk na szybkie działanie lecznicze fosforu nawet u dzieci, niedotkniętych krzywicą. Nie zaprzecza L., jakoby podniesienie się lub opadnięcie ciepłoty nie mało wpływu na powstawanie kurczów; udowodnionem to jednak dotychczas nie jest.

Tiemich kładzie nacisk na obecność *causa pathologica interna* (Soltmann) i zapowiada, że wkrótce ogłosi także wyniki badań nad przemianą materyi. (C. d. n.).

• • •

IX. Korespondencye.

Lwów, 11 listopada 1899 roku.

Wpadłem! Za korespondencyę w Nrze 43 *Przeglądu lekar.* pociągnięto mnie aż z dwu stron do odpowiedzialności.

Szanownemu Prezesowi Sekcyi lwowskiej na jego cztery nieprawda i piąte prawda — nie odpowiadam. Nie mogę.

Tem twardsza przeto konieczność zmusza mnie do odpowiedzi Szanownemu Inspektorowi szpitali [1]), boć nie mogę dopuścić, by legenda przekazała mnię potomności, jako uosobienie przewrotności i kłamstwa.

Otóż: Pan Inspektor, tak domyślny, że z notatki o „pewnym" szpitalu, domyślił się zaraz, że o „lwowskim" mowa, mógł łatwo choćby od odźwiernego dowiedzieć się, że mnię pewno sala 116 informowała, a indagując tych, co bułek dostarczali, wypadało popytać też i tych, którzy je jedli, a raczej jeść mieli.

Aby rozszerzenie śledztwa w tym kierunku Szanownemu Inspektorowi ułatwić, zeznaję co następuje:

Z początkiem października b. r. na sali 116 leżało trzech inteligentnych chorych: ksiądz Marcin B., proboszcz grecko-katolicki z Pokropiwny, pan Leon J., oficyał podatkowy ze Stanisławowa i pan Alojzy W., urzędnik Towarzystwa kredytowego ziemskiego ze Lwowa. Wszyscy trzej przez kilka dni z rzędu skarżyli mi się, że takie bułki dostają, a gdym wierzyć nie chciał, ksiądz B. ze stoliczka taką bułkę wyjął i podał mi ją. Acz niewierny, ręką dotknąwszy, uwierzyć musiałem. Przyjmijmy, że pan A. W. bezpośrednio po ciężkich operacyach, chloroformowaniu etc. etc., jako rzeczywiście wówczas nieco zamroczony, poczytalnym nie był: to przecież zostaje jeszcze dwu przytomnych, poważnych świadków, z których zwłaszcza siwego proboszcza, — a on, jak wspomniałem, własnoręcznie taką bułkę mi pokazywał, — o pauperskie żarty nikt posądzać nie będzie.

Na przypadek, gdyby się zdarzyło, że chorzy, o których mówię, szpital już opuścili, a odszukać byłoby ich trudno, dodaję, że Dr. Teofil Stachiewicz, zamieszkały we Lwowie ul. Sobieskiego l. 1., to samo od tychże chorych słyszał, że skrupulatniejszy odemnie, bułki te nietylko macał, ale je kosztował.

Wikt szpitalny w ogóle był zły, jest zły i musi być zły, jak długo będzie we własnym zarządzie, bo inaczej *manco* wypadłoby za drogo. Bywały czasy, kiedy stęchłą kaszę podawano chorym, a ówczesny rządca na robione mu zarzuty odpowiadał: „taka jest i taką trzeba zużyć, wyrzucić jej nie mogę".

Dziś niewątpliwie jest lepiej. W jednej z przeszłorocznych korespondencyj pisałem, że dzisiejszy rządca, człowiek bądź co bądź bardzo energiczny, nie jedno w szpitalu poprawił.

W jednej z późniejszych cieszyłem się, że kierownikiem szpitala został tak energiczny człowiek, jak Prof. Czyżewicz: ale to wszystko nie wystarczy. W szpitalach wojskowych już za czasów mojej służby wojskowej w r. 1886, żywienie chorych powierzano przedsiębiorcom, choć to drożej kosztowało, i dla tego wikt tam bywał dobry, bo potrawy złe można było odrzucić.

[1]) W Nrze 267 *Słowa polskiego* wyczytałem: »O szpital lwowski. W Nrze 43 *Przeglądu lekarskiego* znajduje się korespondencya ze Lwowa, której autor pisze, że w szpitalu lwowskim »zarząd dbały o powierzonych mu chorych podaje mu bułki suche, maczane w wodzie i rozparzane w piecu. Bułka taka w dotknięciu sprawia wrażenie wilgotnej gąbki«.

Słowo Polskie powtórzyło tę wiadomość.

Na polecenie Wydziału krajowego zrobiono bardzo ścisłe dochodzenie, które okazało, że obwinienie zarządu o taką manipulacyę nie ma najmniejszej podstawy. Pp. lekarze, ordynujący na oddziałach, przepisują codziennie ilość bułek, jaka ma być dostarczona dla chorych na dzień następny; kancelarya zestawia wszystkie żądania, poczem zarząd poleca piekarni wypiec tyle tylko bułek, ile jest potrzebnem, żadnych zaś zapasów nie robi, bo na suche pieczywo, używane w kuchni, pieką się bułki z innego numeru mąki. Wskutek tego często zdarza się, że przy nadzwyczajnym napływie chorych, nowoprzybyłym z braku bułek zarząd musi dawać chleb.

Dla nieustannej kontroli dobroci pieczywa dyrektor nakazał, aby mu codziennie przysyłano do domu za opłatą kosztu bochenek chleba i kilka bułek i znajduje, że pieczywo jest bardzo dobre i smacznie przygotowane, co też komisya, która tę sprawę badała w zupełności potwierdza. Z polecenia Wydziału krajowego.

Dr. Stella-Sawicki, inspektor szpitali«.

Rozumiem, że artykuł ten przedewszystkiem w *Przeglądzie lekarskim* powinien był być umieszczony, to też tutaj, a nie gdzieindziej nań odpowiadam.

Klasycznego końcowego ustępu odwołania, ustępu zresztą nieuzasadnionego, boć pisałem, że działo się to pod nieobecność Prof. Czyżewicza, nie tykam, ale za to, Szanowna Redakcyo! jeszcze dwa wiersze Dr. Langiemu.

Lwów na profesorów dotąd się nie skarży. Miasto duże, są starzy praktycy, tylko przyjezdni pacyenci pytają: kto tu profesor? bo miejscowi wybierają sobie lekarza na podstawie zaufania, którego już to osobiście, już też przez znajomych do kogoś nabyli, a bez względu na to czy ten ktoś, w którejś z katedr, których liczba zapotrzebowaniem jest ograniczona, zasiada lub nie. Ponadto, o ile się z profesorami w prywatnej praktyce zetknąłem, jestem dla ich koleżeńskości z pełnem uznaniem. Inna rzecz kliniki i niezawodnie słusznem jest twierdzenie: „Ubezwładnić szkodliwą konkurencyę ambulatoryów klinicznych mogliby ci, od których to zależy, gdyby... chcieli“.

Nie dziwię się kolegom krakowskim, że miast teoretycznych dysput o organizacyi stanu lekarskiego, podjęli najprzód to, co ich piecze, ale ma słuszność Redakcya, że sprawy miejscowe, które prowincyę n. p. mało obchodzą, odkłada.

Przestrzegam jeszcze, że teorya z praktyką nie zawsze się zgadza. Za staraniem jednego z Nestorów etyki lekarskiej lwowskiej, Dr. Rożańskiego, ustanowiono przed laty taksę, jakiej Dr. Langie żąda. Praktyka teoryę wtedy udusiła, owe taksy, w poczekalniach wywieszone, prędko zniknęły.

I znowu święte słowa Szanownej Redakcyi: „Stosunek ściśle osobisty lekarza do jego klienteli, nieda się nigdy weisnąć w żadne ramy szablonu“.

Sądzę też, żeśmy nie do publiki, ale do siebie samych odwołać się powinni, że dyskusya powinna tylko wyświetlić, co jest dobre, a co szkodliwe; my zaś, dyskusyą uświadomieni, powinniśmy pilnie przestrzegać, by nie popełnić niczego takiego, cobyśmy koledze w jego postępowaniu wytknęli. *Uhma.*

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Szanowna Redakcyo!

Wystąpiwszy w sprawie polepszenia doli lekarzy, i widząc, że *Przegląd lekarski* tą sprawą również żywo się interesuje, przesyłam dziś do niej dalszy przyczynek z prośbą o umieszczenie go w najbliższym numerze.

Jako początek tak niezbędnie potrzebnej organizacyi lekarzy w celu samoobrony, do czego słusznie nawołuje *Przegląd lekarski*, uważać można istniejące już Stowarzyszenie lekarzy miast Białej, Bielska i okolicy. Stowarzyszenie to, którego prezesem bywa naprzemian raz prymaryusz szpitala w Białej, drugi raz prymaryusz szpitala w Bielsku i które liczy pokaźny zastęp członków z obu miast, a nawet i z Żywca, rozwija nader skuteczną działalność. Oprócz posiedzeń ściśle naukowych, odbywających się raz na miesiąc, w których bierze udział po dwudziestu kilku członków, odbywają się posiedzenia, poświęcone wyłącznie interesom zawodowym, gdzie roztrząsane bywają właśnie najżywotniejsze sprawy samopomocy i obrony przeciw wyzyskowi lekarzy ze strony publiczności i różnych instytucyj. Stowarzyszenie uchwaliło już dla siebie pewną normę, tyczącą się honoraryów, której ściśle i solidarnie wszyscy członkowie przestrzegają. Obecnie zajmuje się rzeczone Towarzystwo sprawą stosunku lekarzy do kas chorych, taksami sądowo-lekarskiemi i zabezpieczeniem swych członków na starość lub w razie choroby, będąc wobec energii swego prezesa i szczerego poparcia wszystkich członków na najlepszej drodze do uzyskania i tutaj pomyślnych wyników.

Jestto przykład właśnie w danej chwili ze wszechmiar godny naśladowania. Niech tylko we wszystkich większych miastach prowincyonalnych powstaną takie samo towarzystwa, niech w Krakowie lub Lwowie powstanie centralny zarząd związku dla utrzymania łączności pojedynczo stowarzyszonych ognisk, które wysyłałyby na ogólne posiedzenia związku swoich delegatów, a sprawa organizacyi lekarzy galicyjskich w jednolity silny zastęp, broniący skutecznie swych interesów, w łatwy sposób mogłaby być przeprowadzoną. Jakkolwiek odzywają się z różnych stron coraz częstsze głosy nawołujące do takiego zorganizowania się, zachodzi obawa, że wobec słynnego „pośpiechu“ galicyjskiego upłynie znów kilkanaście lat na dyskutowaniu i na obietnicach powołanych z urzędu do działania czynników. Wobec tego jest wielce pożądanem, aby tak, jak lekarze bialscy, nie czekali, aż pomyśli o ich losie Izba lekarska, lecz sami zabrali się do dzieła, z którego już dziś zaczynają zbierać owoce, aby tak samo — powiadam — postąpili i inni i to jak najprędzej. Tylko trochę energii i dobrej woli, aby słowa we własnym interesie w czyn zamienić, a praca raz zaczęta musi wreszcie przezwyciężyć wszelkie trudności i doprowadzić do ogólnie pożądanego celu. Pouczającym dowodem, że tak być może tam, gdzie dzia a silna wola i energia, miast frazesów, jest właśnie przytoczone Towarzystw w Białej, którego skarbnik raczył mi uprzejmie udzielić powyższych szczegółów.

Zerwijmy więc z dotychczasowym systemem oglądania się na ciężkie korporacye, lecz weźmy się sami do czynów, bo gdzie dowódzcy opieszali, lub gdzie ich brak, tam żołnierz chwyta za broń i często odnosi zwycięstwo.

Kraków, 6 listopada 1899. *Dr. Langie.*

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

DZIALALNOŚĆ NAUKOWA.

Dział I-szy.

Umiejętności biologiczne.

A. Sekcya anatomii opisowej i porównawczej.

Prezydent Milne Edwards.

a. Anatomia porównawcza.

Zastępcy prezesa: de Lacaze-Duthiers, Perrier, Filhol i Lavocat.

Sekretarz: Auguste Petit *(Paryż, rue St. Andre-des arts, 60)*.

Referaty: 1) O wpływie ciemności na narządy zmysłowe. Referent A. Viré *(Paryż)*.

2) „Pithecanthropus“. Referent: Dubois *(Leodyum)*.

3) O rozwoju niektórych lemurydów. Referent: Hubrecht *(Leodyum)*.

4) O nieprawidłowościach mięśni. Referent: Ledouble *(Tours)*.

5) »*Notocorda*«. Referent: van Beneden *(Lüttich)*.

b. Anatomia opisowa.

Zastępcy prezesa: Faraboeuf, Paulet i Poirier.

Sekretarz: Rieffel *(Paryż, rue de l'Ecole de médecine, 7)*.

Referaty: 1) Topografia mózgu. Referent: Waldeyer *(Berlin)*.

2) O ośrodkach kojarzennych (asocyacyjnych) i rzutowych (projekcyjnych) mózgu. Referent: Debierre *(Lille)*.

3) O drogach wstępujących sznurów bocznych rdzenia. Referent: van Gehuchten *(Loewen)*.

4) O niektórych homologiach narządu płciowego. Referent: Romiti *(Piza)*.

5) Homologia tętnic kończyn. Referent: Salvi *(Piza)*.

6) O nadnerczu. Referenci: Valenti *(Bolonia)* i A. Petit *(Paryż)*.

B. Sekcya histologii i embryologii.

Prezesi honorowi: Ranvier i Balbiani.

Prezes: Mathias Duval.

Sekretarze: Retterer i Loisel *(Paryż, rue de l'Ecole de médecine, 15)*.

Referaty proponowane: 1) O narządach, pochodzących z łuków żebrowych.

2) Spektroskopia i mikrospektroskopia w anatomii opisowej.

3) O zmianach czynnościowych w pierwoszczy.

4) O pochodzeniu i rozwoju leukocytów w państwie zwierzęcem.

5) Nowsze badania nad histologią układu nerwowego.

6) O chromatolizie.

C. Sekcya fizyologii, fizyki i chemii biologicznej.

Prezes: Chauveau.

Sekretarz: Dastre *(Paryż, Sorbona)*.

Sekcya ta żadnych referatów nie przedłoży. (C. d. n.).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 listopada.

* W Tryeście stwierdzono klinicznie i bakteryologicznie jeden przypadek moru. Zawlókł go okręt, przybyły z Konstantynopola. Chory, jeden z okrętowej załogi, zmarł. Rząd austryacki delegował ze wej strony do Tryestu prof. Weichselbauma, który bakteryologicznie rozpoznanie potwierdził. O ile nam wiadomo, zarząd miejski Tryestu był przygotowany na możebność zawleczenia moru do jego portu, jest więc podstawa mniemać, że zaraza będzie stłumioną doraźnie i nie da powodu do dalszego szerzenia się.

* Dalszy krok w organizacyi lekarzy wiedeńskich przeciw wyzyskowi przez korporacye i instytucye polega na tem, że wciągnięto do niej i lekarzy nienależących do związku, a to w celu uzyskania jednomyślności dla dalszych kroków.

* Delegaci związków lekarzy wiedeńskich udali się do kierownika ministerstwa spraw wewn. Koerbera i namiestnika Niższej Austryi Kielmansegga z przedstawieniem krzywdy, jaką ponieśli lekarze przez rozszerzenie prawa członków Kas chorych i na rodziny członków. Oba dygnitarze jednomyślnie oświadczyli, wraz z szefami Sekcyj i radcami namiestnictwa, że prawo zaskarżone może być zmienione, lecz z warunkiem solidarnego usiłowania w tym kierunku ogółu lekarzy.

* 10-go grudnia obchodzoną będzie uroczystość 500-letniej rocznicy założenia Wydziału lek. w Wiedniu. Miejscowe Towarz. lekar. urządza uroczysty obchód z tego powodu.

* Państwowy Zakład wyrobu krowianki w Wiedniu rozesłał w r. 1898 rurek 822.710, t. j. o 199,665 więcej, niż w roku ubiegłym.

(J. G.) Do Nru 43 *Öster. Sanitätswesen* dodano bardzo dobrze opracowane przez c. k. najwyższą Radę zdrowia w Wiedniu pouczenie o istocie moru, jego etyologii, stwierdzeniu i zapobieganiu.

(J. G.) W szkole weterynaryjnej we Lwowie utworzono w r. 1897, stacyę dla szczepień rozpoznawczych wścieklizny, a Namiestnictwo lwowskie i rząd krajowy w Czerniowcach poleciły podwładnym sobie organom, by mózg i rdzeń podejrzanych o wściekliznę zwierząt przesyłały zaraz stacyi, celem dokonania szczepień rozpoznawczych.

Przesyłek takich otrzymała stacya w r. 1897 okazów 42, w r. 1898 okazów 121, w I półroczu 1899 okazów 90. Z tych 253 okazów nie nadawało się 16 do badania z powodu gnicia; w dalszych 123 przypadkach stwierdzono wściekliznę. O wyniku badania reszty przeszło 100 przypadków sprawozdanie w *Öster. Sanitätswesen* Nr. 43, nie wspomina, więc prawdopodobnie szczepienie dało wynik ujemny.

Do szczepień rozpoznawczych używano królików.

Może byłoby pożądanem, by sprawozdania swoje stacya umieszczała także w *Przegl. lek.*, jak to czyni Zakład dla szczepień ochronnych przeciw wściekliznie prof. Bujwida w Krakowie.

(J. G.) W Niemczech zarządzono, aby wszystkie urzędy sanitarne donosiły o każdym przypadku choroby podejrzanej o mór ces. Urzędowi zdrowia w Berlinie. — W ślad zatem wydano a) pouczenie o tej chorobie i jej szerzeniu się; b) instrukcyę, dotyczącą wyjmowania i przesyłania do badania przedmiotów podejrzanych, wreszcie c) przepisy o urządzaniu i prowadzeniu zakładów, przeznaczonych do badań nad morem. Te ostatnie przepisy, — podyktowane widocznie smutnemi doświadczeniami, poczynionemi w wiedeńskim Zakładzie bakteryologicznym, — są bardzo wyczerpujące i omawiają szczegółowo najdrobniejsze wymagania, jak np. liczba drzwi, kluczy i t. p. (*Öster. Sanitätswesen* Nr. 43 i 44).

* Kol. doc. Baurowicz zawiadamia, że podczas wakacyi letnich ogłosi Kurs chorób górnego odcinka dróg oddechowych, oraz chorób narządu słuchowego. Kurs trwać będzie 6 tygodni, od 20 lipca do 31 sierpnia 1900 r., dwie godziny codziennie, od 9 do 11 tej przed południem.

* Drowie Rogers Brodie i Hamilton oznajmiają, że w kopalniach złota w Transwaalu pojawiła się nowa choroba, którą nazwali: *rhinitis specifica acuta*. Przyczyną choroby ma być prątek identyczny z *pneumococcus*, lecz o wiele jadowitszy. W 36 przypadkach śmiertelnych stwierdzono sekcyą ropne zapalenie nozdrzy, które prowadzi do ropnego zapalenia opon mózg., ucha środkowego i gruczołu przyusznego. W zatokach mózgowych znajdowano obfite ogniska ropy. W większej liczbie przypadków stwierdzono zapalenie płuc, oraz dość często rozlane zapal. otrzewnej.

* Prof. Ehrlich został mianowany dyrektorem nowo założonego Instytutu w Frankfurcie, n. M. dla terapii doświadczalnej, który w najkrótszym czasie otwartym zostanie.

Mianowania i odznaczenia. Prowizorycznym kierownikiem kliniki laryngologicznej w Wiedniu został mianowany dr. O Chiari. Doc. anatomii w Jenie, dr. Braus, powołany został na profesora do Würzburga. —

Nekrologia. Zmarli: dr. Antoni Kęcki w Sannikach w 61 r. życia. Dr. Jan Wiktoryn Kossowski zmarł licząc lat 56 w Nieszawie. Dr. Aleksander Jeżowski, lekarz powiatowy, zmarł w Jędrzejowie, w 67 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr 45: Ciąglińskiego K.: O grypie przewlekłej. Prof. Prusa J.: O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego (c. d.). Dr. Ołtuszewskiego W.: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy (c. d.). Pechkranca S.: Samoistne cierpienia serca (dok.). W *Medycynie* Nr. 44; Korybut Daszkiewicza: Kilka luźnych uwag w sprawie żywienia dzieci, szczególniej przy uporczywych biegunkach. Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (dok.). Nr. 45: Batawii L.: Przyczynek do mięsienia gruczołu krokowego. Dr. Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych. W *Czasopiśmie Lekarskiem* Nr. 11: Dr. Lidmanowskiego K.: Kilka uwag o płonicy. Dr. Saksa J.: Przyczynek do uszkodzeń dróg porodowych. Dr. Lewkowicza St.: Warunki higieniczne w szkołach element. miejskich oraz w zakładach naukowych prywatnych Łodzi (dok.) Dr. Troczewskiego A.: Szpital św. Walentego w Kutnie, oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincyi (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Sokołowski Alfred: Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych (*Odczyty kliniczne* Nr. 128).

— Dr. Stankiewicz Cz. Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej: zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat ośmnastu (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, Nr. 10).

— Dr. Giedroyć F.: Mór w Polsce w wiekach ubiegłych. (Odbitka z „*Kroniki Lekarskiej*“ 1899 r.

— Doc. dr. Ciechanowski St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza moczowego u starców, oraz nad t. zw. przerostem i pewnemi postaciami zaniku gruczołu krokowego. (Odbitka z *Przegl. Chirurgicznego*).

— Dr. Flatau S.: Klinische und experimentele Beiträge zur Atmokausis uteri. (Odbitka z *Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynek. B. X.*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 22 b. m. o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Norbert Gertler mówić będzie: „O nowej cieplarce do podręcznego użytku“ (z demonstracyą przyrządu i hodowli, otrzymanych przy zastósowaniu tego przyrządu).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

L. 73.400/99.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. ks. Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w *Lubaczowie* z płacą roczną 500 złr. a. w. i prawem stabilizacyi po roku pożytecznej dla szpitala służby.

Pragnący zatem otrzymać tę posadę powinien najpóźniej do dnia 10 grudnia 1899 wnieść do Wydziału krajowego podania z dołączeniem dokumentów:

1) że kompetujący jest obywatelem państwa austro-węgierskiego,

2) że nie przekroczył 40-go roku życia,

3) że posiada dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany lub potwierdzony na jednym z uniwersytetów państwa austro-węgierskiego.

W końcu nadmieniamy, że posada sekundaryusza przy szypitalu w Lubaczowie obsadzoną zostanie z dniem 1-go stycznia 1900 r. 193

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 4 listopada 1899. *Grott.*

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście *Jaśliska* z płacą roczną w kwocie 600 złr. i ryczałtem na służbowe podróże w kwocie 400 złr. w. a. rocznie.

Okręg sanitarny Jaślisk obejmuje 18 gmin, mianowicie: Jaśliska, Posada jaśliska, Daliowa, Szklary, Królik polski, Królik wołoski, Kamionka, Zawadka rymanowska, Bałucianka, Lipowiec, Czeremcha, Wola wyżna, Wola niżna, Rudawka jaśliska, Jasiel, Polany surowiczne, Surowica i Moszaniec z ludnością 9600 głów i obszar 213·9 klm.².

Podania o tę posadę należy wnieść do Wydziału powiatowego w Sanoku najdalej do 15 grudnia r. b., zaopatrzone w świadectwa:

1) dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej przez c. k. lekarza powiatowego;

2) że petent posiada prawo obywatelstwa austryackiego;

3) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

4) nieskazitelnego charakteru;

5) znajomości języków krajowych;

6) świadectwa praktyki przynajmniej dwuletniej w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Jaśliskach ma obowiązek utrzymywania apteki domowej. 194

L. 1453

Wydział powiatowy w Turce rozpisuje niniejszem na mocy §§. 4 i 5 ustawy z dnia 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i §§. 7 i 8 rozp. wykon. dz. ust. kraj. Nr. 82 z r. 1891 Konkurs na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Boryni dla 26 gmin na obszarze 482 kilometrów kwadratowych z ludnością 19.538 mieszkańców.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 400 złr. w. a.

Kandydaci muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego
2) doktorat wszech nauk lekarskich
3) nieskazitelny charakter
4) znajomość języka polskiego i ruskiego
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim
6) utrzymywanie apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego — lub świadectwem egzaminu fizykackiego. —

Podania udokomentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce w terminie do 15 Listopada 1899.

Wydział powiatowy w Turce.

KONKURS.

Założyciel i właściciel firmy Henryk Mattoni w Giesshübl-Sauerbrunn złożył do rąk wiedeńskiego Wydziału lekarskiego z okazyi 50-cioletniej rocznicy panowania naszego Cesarza 20.000 koron, z których odsetki (700) rocznie mają być rozdane jako nagroda za najlepszą naukową pracę z zakresu balneologii.

Z warunków aktu stypendyjnego podnosimy następujące:

1. Zapis nosi po wsze czasy nazwisko „Heinrich Mattoni-Stipendium-Stiffung“; ogłaszany być ma co roku w jesieni, najdalej do końca października.

2. Starać się o to, z roku na rok ogłaszane stypendyum, mogą niedawno ukończeni doktorzy w. n. l., którzy słuchali wykładów balneologii na jednej z niemieckich wszechnic w Austryi, zdawali colloquia z tejże, i najdłużej w 12 miesięcy po uzyskaniu stopnia doktorskiego ogłosili drukiem pracę oryginalną z zakresu balneologii.

3. Pracę ocenia Komisya, wybrana z łona Wydziału lek., składająca się: z kierownika jednej z klinik wewnętrznych Wydz. lek. wiedeńskiego, z każdorazowego kierownika Zakładu chemii lekarskiej tejże Wszechnicy i z przedstawiciela balneologii z tejże Wszechnicy.

4. Stypendyum nadaje Wydział lekarski wiedeński na wniosek powyższej Komisyi.

5. Gdyby w ciągu roku stypendyum nie było nadane, wtedy mają być odsetki kapitału dopisywane, a to tak długo, aż się nie utworzy drugie stypendyum tej samej wysokości.

Wydział lekarski w Krakowie rozpisuje konkurs na posadę *asystenta przy katedrze weterynaryi* z płacą roczną 500 złr. w. a. Podania do 21 listopada 1899.

Wydział Rady powiatowej w Brodach rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Toporowie*. Płaca roczna 500 złr. ryczałt na podróże 300 złr. Podania do 30 listopada 1898.

Powiatowa Kasa chorych w Jarosławiu rozpisuje konkurs na posadę lekarza Kasy z płacą roczną 400 złr. Podania do 30-go listopada 1899.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Listopada 1899. Nr. 47.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 25 Listopada 1899. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

O przypadku zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae*) z miażdżycą (*sclerosis*) naczyniówki.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent.

Na posiedzeniu Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1895 omawiał Fuchs szczególną postać zapalenia siatkówki i naczyniówki, którą nazwał *retinitis gyrata*. Z czterech przypadków tej choroby, spostrzeganych przez Fuchsa, trzy opisał Cutler [1]), a czwarty Fuchs [2]), zmieniając nazwę cierpienia na zanik okrężny naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae*).

Piąty podobny przypadek, a chronologicznie biorąc pierwszy, opisał Jacobsohn [3]) pod nazwą nietypowego zaniku barwikowego siatkówki. Fuchs zalicza ten przypadek również do tej samej gromady; szósty przypadek świeżo ogłosił Hansel [4]).

Nasz przypadek n. o. jako 7-my w znanej mi literaturze o ile z jednej strony odpowiada postaci chorobowej, określonej j. w. przez Fuchsa, to z drugiej znowu strony jest bardzo podobny do przypadku, ogłoszonego przez Lewinsohna pod tytułem: „Ueber Sclerose der Aderhaut mit secundärer Netzhautdegeneration [5]).

Holak Józef, lat 23, zarobnik z Chodorowa, zgłosił się do kliniki dnia 8-go maja b. r.

Wywiady: Rodzice nie spokrewneni między sobą. Ojciec zdrów, widzi dobrze. Matka umarła w połogu, widziała dobrze. Rodzeństwa było dziesięcioro, z tych 4-ro żyje, są zdrowi i, oprócz naszego chorego, widzą dobrze; 6 cioro umarło. Jako 8-mioletni chłopiec, chorował Holak przez parę tygodni wraz ze swoim starszym bratem, przyczem obaj byli spuchnięci na twarzy tak, że oczów nie było widać. Starszy brat umarł, nasz zaś chory wyzdrowiał, ale po tej chorobie już nie widział dobrze, a szczególniej wieczorami. Przed 4-ma laty przechodził jakąś chorobę, która trwała dwa tygodnie i wśród której przez 3 dni był nieprzytomny. Wzrok po tej chorobie nie pogorszył się. W 21 r. życia, gdy szedł pierwszy raz do wojska, jeszcze widział w dzień dobrze, również gdy 2-gi raz stanął do wojska; dopiero na wiosnę zeszłego roku zaczął i w dzień gorzej widzieć. Od 4-rech miesięcy spostrzega znaczniejsze pogorszenie wzroku. Kiły nie przebywał, napojów wyskokowych i tytoniu nie nadużywa.

Stan obecny. Wzrost mały, budowa silna, odżywienie dobre, ciemny szatyn. Oprócz zołzów i zagęszczenia szczytu prawego, zboczeń w narządach wewnętrznych nie okazuje. Miażdżycy naczyń nie ma. Podczas pobytu w klinice doświadczał często bólów głowy z równoczesnem uczuciem znużenia. Umysłowo rozwinięty słabo, jąka się nieco. Spojówki i rogówki prawidłowe. Źrenice 4·50 mm. szerokie, na światło nieco leniwiej oddziałują. Tęczówki piwne.

Wziernik. Oko pr.: Środki łamiące światło czyste. Tarcza szaro-różowa, w całości nieco bledsza. Granice brzegów tarczy dobrze odgraniczone. Żyły nieco, tętnice zaś wybitnie, cieńsze. Po obu stronach tętnic na tarczy szare obwódki (*art. temp. sup.*, *art. nasal. sup.*, *art. temp. inf.*). Na tętnicy skroniowej dolnej obwódki szare przechodzą poza tarczę na szerokość pół tarczy. Żyły wolne, tylko tam, gdzie tęt. skroniowa górna krzyżuje się z żyłą skroniową górną, od zewnątrz przechodzi na nią z tętnicy obwódka szara na długość $1^1/_2$ mm. (w obrazie prostym). Całe dno można podzielić na 3 pasy pierścieniowate. Wokoło tarczy pas zupełnie zanikłej naczyniówki, szeroki na $1—1^1/_2$ tarczy, dalej pas 2—3 tarczy szeroki, naczyniówki sklerotycznej, a resztę dna stanowi 3-ci pas. Ostrej granicy między tymi pasami niema.

W pasie pierwszym zupełnie nie widać naczyń naczyniówki, tylko tu i owdzie niewyraźny rysunek białych linij po dawnych naczyniach naczyniówki, na tle białem, na ciemno ubarwionem (pigmentowanem).

Pas drugi wogóle ciemniejszy od pierwszego, z odcieniem czerwonym. Tu na tle ciemno ubarwionem widać białe pasy szerokie, biegnące przeważnie prostolinijnie i łączące się ze sobą w słabo zagiętych łukach. Miejscami w pasach tych widać bardzo cieńki, blady słup krwi, gdzieniegdzie poprzerywany. Miejscami tylko z jednej strony naczynia widoczną jest biała obwódka. Miażdżycowe te zmiany naczyń naczyniówki są najwybitniejsze górą od wewnątrz, w odcinku zaś górno-zewnętrznym naczynia naczyniówki są tylko nieco bledsze i o więcej prostolinijnym przebiegu. Okolica plamki żółtej jest najwięcej różową, tło jest tutaj bardzo ciemne, naczyń nie widać, wogóle wygląda najwięcej prawidłowo. Górą od wewnątrz widać w tym 2-gim pasie parę plamek drobnych, czarnych, pokrywających naczynia siatkówki.

W 3-cim pasie, aż do samego obwodu, występują na pierwszy plan wysepki, przeważnie trójkątne lub też nieregularne, o wklęsłych brzegach, połączone ze sobą nitkami tak, że powstaje pajączynowato rozpięta siatka, o okach tworzących odcinki kół. Budowa tych wysepek, jak i łączących je nitek, jest niewyraźnie drobnoziarnista, barwa ciemno-ceglasta. Odgraniczenie wysepek i nitek jest przeważnie wyraźne, nad niemi biegną naczynia siatkówkowe, pod niemi przeświecają miejscami naczynia naczyniówki. Obok tego w pasie tym spotykamy nieliczne złogi barwikowe.

Oko lewe: Zmiany podobne, tylko w niższym stopniu,

Środki łamiące czyste. Tarcza o odcieniu brudno rożowym i brzegach dobrze odgraniczonych. *Chorioiditis peripherica ad papillam*. Tętnice blade, może nieco cieńsze, koło tętn. skroniowej górnej, po obu stronach, szare obwódki na tarczy, a po jednej stronie obwódka szara przechodzi nieco i poza tarczę. Pas zanikłej naczyniówki na 2—4 tarczy szeroki, ciemno-brunatno ubarwiony, w wewnętrznym odcinku jego widać jeszcze kilka naczyń naczyniówki, cienkich i bladych. W pasie drugim obwódki białe koło słupa krwi, nie tak wybitne i nie tak rozległe, najwybitniejsze jeszcze po stronie wewnętrznej. Obok tego nieliczne białe punkta wielkości maku. W zewnętrznym odcinku tego pasa naczynia naczyniówki otoczone czarnemi liniami. Na obwodzie górą od zewnątrz

---

[1]) Dr. Colman W. Cutler: Drei ungewöhnliche Fälle von Retino-Chorioideal-Degeneration (*Arch. f. Augenhlk.* T. XXX. str. 117.).

[2]) Prof. Dr. Ernst Fuchs: Ueber zwei der Retinitis pigmentosa verwandte Kranheiten (Retinitis punctata albescens und atrophia gyrata chorioideae et retinae) (*Arch. f. Augenhlk.* T. XXXII. str. 111).

[3]) *Klin. Monatsblätter f. Augenhlk.* 1888. str. 202.

[4]) *The ophalmic Record. May* 1899 Nr. 5.

[5]) Arch. f. Augenhlk. T. XXXVIII, Z. 3.

plama stalowo biała w naczyniówce, wielkości tarczy, ściśle odgraniczona, bez barwikowych złogów. Na obwodzie zewnętrznym złogi barwikowe w naczyniówce. Siateczka wyżej wspomniana w 3-cim pasie mniej wyraźna, za to występują znacznie wyraźniej wysepki, wielkością sięgające blizko rozmiarów tarczy, utrzymanego przybłonka siatkówki, o brzegach ostro odgraniczonych, bez cechy wklęsłych brzegów. Barwika na naczyniach siatkówkowych nigdzie nie widać.

V. Pr. o. $^5/_{50}$—$_{30}$ $^5/_{15}$—$_{10}$ c — 1·5
l. o. $^5/_{15}$ (—$_2$) $^5/_{15}$—$_{10}$ c — $2_{,0}$

Fotometr Förstera = 112 mm.^{2} ($^1/_{56}$).

Pole widzenia ścieśnione, z wycinkami, jak w zaniku tarczy n. wzrokowego, z ubytkiem (*scotoma*) pierścieniowatym pomiędzy c. 20 do c. 60°. Granice tak ubytku pierścieniowatego, jako też i stopnia ścieśnienia oznaczyć pewnie się nie dają, bądź wskutek małej inteligencyi, bądź też głównie z powodu tego, że ubytek w polu widzenia nie jest absolutnym; chory widzi znaczek biały, tylko ciemniej w tem miejscu. Poczucie barw, oznaczone włóczkami Holmgrena:

Oko pr. czerwona = szara, cisawa, brązową.
zielona = niebieska, szara;
fiołkowa = szara, cisawa, brązowa;
Oko l. czerwona = niebieska, szara, zielona;
zielona = fiołkowa, szara, czerwona;
fiołkowa = niebieska.

Wogóle chory kieruje się tylko nasileniem barw i do koloru jasnego dobiera same jasne różnych barw, do ciemnego znów ciemne różnych barw. Temu też odpowiadają pojęcia, jakie chory sobie wytworzył o barwach. I tak barwę fiołkową nazywa czarną, niebieską szarą, jasno-różową białą itd.

Chory leżał w klinice do dnia 21/VII. 1899. Leczony był ciemnicą i KJ. Dno oka przez ten czas nie zmieniło się widocznie. Co do poprawy podmiotowej, to bystrość wzroku środkowa i obwodowa poprawiła się nieco, czucie światła również nieco się poprawiło.

2/VII. fotometr Förstera = 60 mm.^{2} ($^1/_{30}$).
18/VII. V. Oko pr. $^5/_{20}$ (—$_1$) $^5/_{10}$ c — 1,5
Oko l. $^5/_{45}$ $^5/_{10}$ (nc) c — 2

19/VII. Pole widzenia od wewnątrz obustronnie nieco ścieśnione, w środkowym pasie pola widzenia c 20 — c. 60°, chory widzi barwę białą mniej wyraźnie, t. j. ciemniej. Granic wogóle, jak dawniej, oznaczyć dokładnie nie można. Całkiem wyraźnie widzi chory właściwie tylko do 20°, jednak i na samym obwodzie pewnie i stale wskazuje palcem znaczek biały.

Obraz chorobowy w całości krótko skreślony, przedstawia;

1) Obraz poczynającego się zaniku tarczy n. wzrokowego i siatkówki. (Tarcze nieco bledsze, lekkie zwężenie światła naczyń, obok tego na prawem oku parę plamek barwikowych w siatkówce). Obrazowi wziernikowemu odpowiadają kliniczne objawy kurzej ślepoty, zmniejszenia środkowej i obwodowej bystrości wzroku, ślepoty dla barw i zmniejszenia poczucia światła.

2) Obraz miażdżycy naczyniówki, która tuż w około tarczy doprowadziła do zupełnego zaniku naczyniówki, dalej zaś tworzy pierścień na 2—3 tarczy szeroki, w którym naczynia są zwężone przez ich zgrubiałe ściany, przedstawiające się jako białe obwódki koło słupa krwi, a miejscami przychodzi nawet do zupełnego zaniku światła naczyń, tak, że naczynia przedstawiają się, jako lite białe pasy.

3) Obraz zaniku przybłonka siatkówkowego, którego pozostałe resztki tworzą wysepki, połączone ze sobą nitkami tak, że przychodzi do wytworzenia siatki rozpiętej między naczyniami siatkówkowemi, a naczyniówkowemi.

ad. 1) Co się tyczy rozpoznania poczynającego się zaniku tarczy n. wzrokowego i siatkówki, to choć objawy przedmiotowe są mało wybitne, przecież objawy podmiotowe rozpoznanie nasze zupełnie usprawiedliwiają.

ad. 2) Przypadek nasz byłby zupełnie podobnym do przypadku Lewinsohna, gdyby nie obraz zaniku okrężnego siatkówki i naczyniówki. Szare obwódki koło naczyń uważam za łącznotkankowe błony, nie za miażdżycę ich. Chory nasz jest młodym (23 l.), chory zaś Lewinsohna liczył lat 60.

ad. 3) Pozostaje do omówienia obraz zaniku okrężnego siatkówki i naczyniówki. Fuchs uważa tę chorobę, jako szczególniejszą postać zaniku barwikowego siatkówki, z którą ma tę samą etyologię i te same podmiotowe objawy. Obraz zaś wziernikowy okazuje obok obrazu zaniku tarczy n. wzrokowego i siatkówki, właściwy obraz zaniku naczyniówki. „Dieselbe entsteht zuerst an einzelnen Stellen in Form runder, scharf umschriebener, heller Flecken, welche sich stets vergrössern, bis sie endlich zusammenstossen. Sie verschmelzen dann entweder vollkommen oder bleiben getrennt durch schmale Streifen normal pigmentirten Augenhintergrundes. Im Bereiche der atrophischen Stellen sieht man auf weissem Grunde einzelne Aderhautgefässe, sowie Pigmentflecken, die Atrophie betrifft also sowohl das Pigmentepithel als auch das Stroma der Aderhaut“. Temu obrazowi chorobowemu, jak go opisał Fuchs, odpowiada nasz przypadek w ogólności. Resztki utrzymanego prawidłowego dna oka widać tu w kształcie małych wysepek, jak na tabl. A. fig. 2. *Arch. f. Augenhlk. XXXII.* Od obrazu na tabl. III. *Arch. f. Augenhlk. XXX.* różnią się wysepki te tem tylko, że są znacznie mniejsze. W moim przypadku plamy barwikowe w naczyniówce są w mniejszej ilości, tylko poczynający się zanik tarczy n. wzrok., zato wybitna miażdżyca naczyniówki. Co się tyczy przebiegu sprawy chorobowej, to niema w naszym przypadku pokrewieństwa między rodzicami chorego, ani dziedziczności. Powstanie jednak choroby w młodym wieku odpowiada zanikowi okrężnemu. Zwracam uwagę na ślepotę barw i na nizki stopień krótkowzroczności (myopii) (—2 D) naszego chorego, podczas gdy dotychczas ogłoszone przypadki dotyczyły wysokiego i średniego stopnia krótkowzroczności. W przypadku Fuchsa I. M.—18 D pr. o. M.—20 D l. o. i *staphyloma post.*, w III. przypadku M.—10 D l. o., w IV. przypadku M.—6 D, *ptosis congenita* i resztki *arteria hyaloidea*, w przypadku Jacobsohna M—$^1/_5$ obustronnie. Przypadki te były powikłane ze znaczną krótkowzrocznością, a plamy białe zanikowe naczyniówki odnoszę w znacznej mierze do tej krótkowzroczności. Obok tego w przypadku IV. Fuchsa muszę uważać oczy za nieprawidłowo rozwinięte, a również i w przypadku III. tarcza n. wzrok. nie jest prawidłowo wykształconą.

Przypadek mój tłomaczę w myśl wywodów Fuchsa i Lewinsohna. Sprawę miażdżycową naczyniówki uważam jako chorobę pierwotną, która doprowadziła do zupełnego zaniku naczyniówki w miejscu, gdzie się najprzód rozpoczęła, tj. w okolicy tarczy n. wzrok., w następstwie doprowadziła do zaniku przybłonka siatkówkowego, dając obraz tzw. zaniku okrężnego *(atrophia gyrata chorioideae et retinae)*, a wreszcie do zaniku tarczy n. wzrok. i siatkówki.

Przebieg choroby przewlekły; podczas $2^1/_2$ miesięcznego pobytu w klinice obraz wziernikowy nie uległ żadnym widocznym zmianom, również i stan podmiotowy prawie że się nie zmienił.

Sądzę, że sprawa chorobowa bardzo wolno postępując naprzód, doprowadzi do zupełnego zaniku siatkówki, do zupełnej ślepoty.

Chory mieszka niedaleko od Lwowa; spodziewam się, że będę mógł obserwować przebieg dalszy choroby i nie omieszkam później opisu tego uzupełnić.

Prof. Dr. Machekowi za odstąpienie mi tak pięknego przypadku do publikacyi składam serdeczne podziękowanie.

II. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał
Dr. Walenty Jeż
Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Ciąg dalszy).

Z innych mniej ważnych objawów wymienić należy krwotoki nosowe, które szczególnie w okresie zwiastunowym dosyć często się pojawiają i w ogóle o wiele częściej bywają spostrzegane w durze brzusznym, aniżeli w innych chorobach. Ilość krwi jest zazwyczaj nieznaczna a chorzy po krwotokach czują się zazwyczaj lepiej. Nadto krwotoki nosowe pojawić się mogą i w innych okresach choroby, a w takich razach są one wyrazem rozkładu *(dissolutio)* krwi i ze względu na rokowanie niepomyślnie wróżą. Wogóle krwotoki nosowe, jeżeli nie są zbyt obfite i nie występują jako wyraz rozkładu krwi, są objawem pomyślnie rokować pozwalającym i spodziewać się każą, że w takich przypadkach do krwotoków jelitowych nie przyjdzie.

Wątroba należy również do narządów, które, skutkiem dostawania się do nich prątków durowych, ulegać mogą pewnym zmianom I tak często dosyć widzieć możemy wątrobę powiększoną, przy obmacywaniu miernie bolesną. Rzadziej spotykamy ropnie wątrobowe lub ostry jej zanik. Także woreczek żółciowy i przewody żółciowe uledz mogą rozmaitym sprawom zapalnym, których przyczyną, jakto Chiari wykazał, są zawsze prątki durowe, a i kamyki żółciowe, choć bardzo rzadko, mogą być wywołane obecnością prątków w pęcherzyku żółciowym.

Wzdęcie brzucha bardzo często spotykamy w durze brzusznym, a nieraz już w okresie początkowym jest ono nadzwyczaj wybitne. Jest ono wynikiem ogólnego zakażenia i polega najprawdopodobniej na porażeniu ściany jelit przez jady durowe. Wzdęcie brzucha niekoniecznie musi się rozprzestrzeniać na cały brzuch w jednakowym stopniu, przeciwnie, jedne okolice są mniej, drugie zaś więcej przez nie zajęte. Znaczne zdęcie brzucha, występujące przy odpowiedniej opiece i dyecie, stanowi bardzo niepomyślny objaw i wskazuje na nader złośliwy przebieg i silne zatrucie ustroju.

Pojawienie się opryszczków wargowych (*herpes labialis)* należy do wyjątkowych przypadków i przemawia raczej przeciwko durowi brzusznemu.

Prócz objawów wyżej wymienionych, w rozpoznaniu duru brzusznego nie małą mogą odgrywać rolę pewne powikłania lub choroby następowe. Dlatego też poznanie ich jest rzeczą ważną i przytaczam je kolejno według narządów.

Skóra. Ropnie i czyraki, które w durze brzusznym pojawić się mogą, nie należą do lekkich powikłań, albowiem występują one w przypadkach ciężkich. Spotykać je możemy jako ogniska pojedyncze lub rozsiane w licznych narządach. Pojedyncze ogniska ropne spotykamy na tych miejscach skóry, które są wystawione na ucisk, a więc najczęściej na pośladkach, grzbiecie i łydkach; drążą one w głąb tkanek, tworząc naokoło obrzęki zapalne. Odleżyny, których się przedtem tak bardzo w durze brzusznym obawiano, należą dzisiaj do rzadkich powikłań i przy troskliwej opiece łatwo uniknąć się dają, a przyłączają się do choroby już w późnym okresie i łatwo przy odpowiedniem leczeniu znikają. Róża i zapalenie tkanki podskórnej nie należą do powikłań duru, ale raczej powstać one mogą przypadkowo, przez skaleczenie skóry i następowe zanieczyszczenie otwartej rany. Natomiast wypadanie włosów możemy dosyć często spostrzegać w durze; rozpoczyna się ono w trzecim tygodniu choroby, a wystąpić jeszcze może i w czasie, kiedy pacyenci oddają się już dłuższy czas swemu zatrudnieniu. Włosy wypadają przeważnie na głowie, podczas gdy na innych miejscach prawie nigdy nie wypadają; na szczęście ponowny porost na głowie zawsze następuje.

Narząd krążenia: Ze zmian chorobowych, które w tym narządzie w przebiegu duru pojawić się mogą, są: zapalenie osierdzia, które zazwyczaj przebiega, jako zapalenie osierdzia suche, choć i zapalenia wysiękowe, nawet z wysiękiem krwawym, znane są w literaturze. Dalej spotkać możemy zapalenia śródsierdzia z umiejscowieniem na zastawce dwudzielnej i na zastawkach tętnicy głównej. Zmiany te należą jednak do mniej ważnych, bardzo rzadko bywają za życia rozpoznane i tylko przy sekcyi najczęściej zostają wykryte.

Ważniejsze przewikłanie duru stanowi zapalenie mięśnia sercowego. Przyczyny wywołujące są tu wielorakie; z jednej strony gorączka, podupadłe odżywienie, swoiste działanie jadów durowych, jak nie mniej zmiany w naczyniach krwionośnych mięśnia są czynnikami ważnymi w powstawaniu zapaleń mięśnia sercowego. Zmiany te mięśnia nie są obojętne dla ustroju; siła mięśnia staje się skutkiem tego mniejszą, przychodzi do powstania rozstrzeni serca, do tworzenia się zastojów, zakrzepów i t. d.; wytwarzają się następowe zmiany, które bezpośrednio zagrażać mogą życiu chorego, lub też w szczęśliwym przebiegu pozostawiają ślady na całe jego życie.

Z naczyń krwionośnych znajdujemy szczególnie w żyłach dość często powikłania. Tętnice natomiast rzadziej są dotknięte zmianami chorobowemi. a wspomnieć tu wypada o zapaleniu tętnic swoistem (*Arterite typhoidique* autorów francuskich), które jest prawdodobnie przyczyną zgorzeli kończyn w przebiegu duru, na szczęście rzadko się wydarzających. W żyłach, w okresie ozdrowienia, przychodzi do wytworzenia się zakrzepów schyłkowych. Szczególnie żyły kończyn dolnych *(v. v. cruralis, saphena, poplitea)* często są tem cierpieniem dotknięte. U mężczyzn powikłania te spotykamy częściej, aniżeli u kobiet, a częstość ich zależy w znacznej części od charakteru epidemii.

Narząd oddechowy. Nieżyty nosa i krtani należą do rzadkich zjawisk w durze i nie mają większego znaczenia. Natomiast wrzody w krtani powstają pod rozmaitemi postaciami i stanowią bardzo poważne powikłanie duru. Występują one albo pod postacią ognisk ropnych w tkance podśluzowej albo dają obraz zapalenia dławcowego, błoniczego, lub też przybierają cechy nacieczenia miąższowego *(laryngitis typhosa).* Wrzody w krtani przebiegają w rozmaity sposób: czasami nie wywołują żadnych dolegliwości i objawów, lub tylko zdradzają się lekką chrypką; to znów przebiegają ostro, dając powód do ostrego obrzęku głośni, który bezpośrednio może być przyczyną zejścia śmiertelnego. Wrzody w krtani drążą w głąb, zajmując chrząstki krtaniowe i powodując ich zanik, — w szczęśliwym przebiegu dają więc łatwo powód do chronicznych zapaleń krtani.

Prócz poprzednio opisanego opadowego zapalenia płuc, może w przebiegu duru wystąpić zapalenie płuc dławcowe, które zresztą należy do dość częstych powikłań. Rozwinąć się ono może w każdym okresie duru. Mam tu na myśli zapalenie durowe płuc, którego przyczyną jest przeważnie prątek Fraenkel-Weichselbauma, pomijając zapalenie płuc, które występuje w pierwszych dniach choroby, jest niejako pierwszym objawem duru i stanowi panujący objaw, a które prawdopodobnie jest wywołane przez prątek Ebertha *(pneumotyphus).* Zapalenie płuc ujawnia się i tutaj dreszczami i podniesieniem ciepłoty ciała. Później dołączają się inne objawy, cechujące dla zapalenia płuc — w regule

jednak brakuje kłócia w boku i rdzawych plwocin. Prócz prątka Fraenkel-Weichselbauma mogą inne bakterye (gronkowce, łańcuszkowce) być powodem zapalenia płuc; a zapalenia wogóle w przebiegu duru cechują się nadzwyczaj przewlekłym przebiegiem.

Zawały krwotoczne w płucach *(infarctus haemorrhag.)* są zazwyczaj wywołane przez schyłkowe zakrzepy serca prawego lub żył, leżą zazwyczaj powierzchownie i dają powód do powstania zapalenia opłucnej. Gdy do zawałów krwotocznych znajdą dostęp bakterye ropotwórcze, powstają ropnie w płucach, które mogą być następstwem zapalenia płuc, lub też następstwem ogólnej ropnicy.

Zgorzel płuc należy do nader rzadkich powikłań duru i jest albo następstwem zapalenia płuc, lub też powstać może przez dostanie się różnych substancyj gnijących, zakaźnych, (ropne zapalenie migdałków, wrzody krtaniowe dają do tego dostateczny materyał).

Do rzadkich powikłań duru zaliczamy zapalenie opłucnej, w którem wypocina może być rozmaitej przyrody, surowiczej, ropnej, a nawet i krwawej.

Gruźlicę płuc, która wśród przebiegu duru brzusznego, lub po jego przebyciu, w rozmaitych postaciach (jako gruźlica prosówkowa, gruźlica ostra lub podostra), występować może, równie dobrze zaliczyć możemy do powikłań, jako też i do chorób następowych; w każdym razie idzie o sprawę chorobową swoistą, która się już w ustroju przedtem toczyła, lub o gruźlicę ukrytą, która się wśród duru lub po nim ujawniła.

W przewodzie pokarmowym wystąpić mogą najważniejsze powikłania, które i dla rozpoznania choroby mają niepomierne znaczenie; do tych powikłań zaliczyć przedewszystkiem musimy krwotoki kiszkowe, których pojawienie się w przypadkach wątpliwych rozstrzyga rozpoznanie. Krwotoki kiszkowe w durze brzusznym występować mogą pod dwiema postaciami: jedne są wyrazem znacznego przekrwienia błony śluzowej jelit, drugie zaś są następstwem miejscowego zajęcia jelit przez sprawę chorobową. Pierwsze nie mają większego znaczenia, są zazwyczaj skąpe, przechodzą bez żadnych prawie objawów i należą do zjawisk dość rzadkich, drugie wydarzają się częściej i powstają skutkiem nadżarcia i otwarcia ściany naczynia przy oddzielaniu się strupów pokrywających wrzody durowe jelit, a więc w czasie oczyszczania się wrzodów. Jako zaś przyczyny, sprzyjające powstawaniu krwotoków, wymienić należy niespokojne zachowanie się chorych, nieodpowiednią dyetę i wczesne opuszczenie łóżka przez uzdrowieńców. — Łatwo tedy zrozumieć dlaczego w postaciach duru nieobłożnego (*typhus ambulatorius)* tak często krwotoki się wydarzają. Odpowiednio do przyczyny, z jakiej te krwotoki powstają, czas, w jakim one najczęściej się zdarzają, odpowiada końcowi drugiego tygodnia lub początkowi tygodnia trzeciego, rzadziej później. Odpowiednio do głębokości i usadowienia się wrzodu zostają nadżarte mniejsze lub większe naczynia, a ztąd odpowiedni temu krwotok. Ilość też krwi może być rozmaita, od kilku kropli do kilku litrów. Stosownie do ilości krwi wejrzenie stolców przedstawiać będzie rozmaite własności. I tak, małe ilości wylanej krwi zabarwiają stolce na czerwono-żółto, lub szaro-czerwono. Przy obfitych krwotokach stolce są płynne, ciemno-szaro lub czarno zabarwione, smołowate, z odcieniem zielonkowatym. Własności te przybierają stolce wtedy, jeżeli krew nieodrazu zostaje z jelit wydalona, gdyż w przeciwnym razie stolce przybierają więcej własności krwi płynnej.

Klinicznie rzecz biorąc, krwotoki przebiegać mogą skrycie, lub też dają szereg objawów, wskazujących na ich obecność. Nader obfite krwawienia są dla chorego wprost niebezpieczne i w przeciągu bardzo krótkiego czasu nastąpić może zejście śmiertelne. Krwotoki małe nie dają żadnych wybitnych objawów i tylko przypadkiem znajdujemy w stolcach małe domieszki krwi. Mierne krwawienia zmieniają bardzo obraz chorobowy. Chorzy nagle bledną, rysy twarzy zapadają się, tętno staje się przyspieszone, małe, a ciepłota ciała opada poniżej prawidłowej. Niektórzy chorzy skarżą się na dreszcze i uczucie zimna, przyczem szczególnie kończyny są zimne. Opadnięcie ciepłoty ciała poniżej prawidłowej, obok przyśpieszenia znacznego tętna, jest bardzo ważnym objawem krwotoków kiszkowych. Często obok tego napotykamy brzuch wzdęty, przy obmacywaniu miejscami oporniejszy i przy wypuku na tychże miejscach odgłos stłumiony, pochodzący od krwi, wypełniającej jelito; oto objawy. z których napewno rozpoznać możemy krwotoki kiszkowe, Krwotoki jelitowe mogą się powtarzać, a znane są epidemie duru, które się szczególnie cechują obfitymi i częstymi krwotokami.

Zapalenie otrzewnej występuje w durze brzusznym pod dwiema postaciami, jako zapalenie otrzewnej miejscowe, lub też zapalenie rozlane. Przyczynę do tego powikłania dają nie tylko sprawy miejscowe durowe, a więc wrzody drążące aż do otrzewnej, ale i drobnoustroje, które przez schorzałą ścianę jelita do jamy brzusznej łatwo dostać się mogą; dalej zapalenie otrzewnej powstać może skutkiem pęknięcia śledziony i gruczołów krezkowych, przebicia woreczka żółciowego lub ropni wątrobowych. Często dosyć się zdarza, że chorzy, dotknięci lekkim durem, nagle giną wśród objawów zapalenia otrzewnej, które zazwyczaj powstaje w takich razach wskutek przedziurawienia jelita.

Przebicie jelit następuje w miejscu usadowienia się wrzodu, ztąd też najczęściej spotykamy je w jelicie biodrowem (ileum), w bliskości kiszki ślepej. Zazwyczaj przebicie znachodzimy tylko w jednem miejscu jelita, choć kilka i kilkanaście przebić również już stwierdzono. Przebicie nastąpić może w każdym okresie choroby, najczęściej jednak w 3 i 4 jej tygodniu. Przyczyna przebicia jelit leży wprost w wrzodach durowych, które okazują skłonność drążenia w głąb aż do błony surowiczej. Znaczne wzdęcie brzucha, forsowne oddawanie stolca, kaszel, wymioty, nieostrożne ruchy chorego, rozwolnienie, wczesne podawanie pokarmów stałych, oto dalsze przyczyny, ułatwiające powstanie przebicia jelit. Stanowi ono najważniejsze i najniebezpieczniejsze powikłanie duru brzusznego i wydarzyć się może tak dobrze w przypadkach ciężkich, jako też i lękkich. (c. d. n.)

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek rzucawki w połogu *(Eclampsia in puerperio)*.

Podał

Dr. M. Ferensiewicz

lekarz okręgowy w Bohorodczanach.

Rzucawka (*eclampsia)* stanowi bezsprzecznie jedną z najcięższych przypadłości, na jakie ustrój kobiecy w czasie czynności rozrodczej narażony być może

Już sama mnogość najrozmaitszych teoryj, usiłujących wytłómaczyć przyczynę rzucawki, świadczy o tem, że sprawa ta jeszcze ciemna i wymaga wiele pracy.

Ponieważ krytyka tych teoryj nie należy do mnie, dlatego ich tutaj nie przytaczam, a pozwolę sobie wymienić najnowsze zapatrywanie S. Flataua w rozprawie: *„Die Lehre von der puerperalen Eklampsie in ihrer gegenwärtigen Gestalt"*, w której czytelnik znajdzie wszystkie szczegóły, odnoszące się do tej sprawy. Na podstawie badań lekarzy francuskich, a zwłaszcza teoryj Boucharda o samozatruciu, określa on rzucawkę jako „samozatrucie, występujące podczas czynności rozrodczej, która to czynność ma usposabiać do zaburzeń w przemianie azotu, a jako wyraz tego zaburzenia ma ją się we krwi znachodzić: kreatyna, kreatynina, leukomainy i globuliny".

Atoli i to określenie, jako zasadzające się na teoryi, której pewności dotąd nie uznano, zwiększa na razie liczbę teoryj, a nie wyjaśnia, dlaczego akt fizyologiczny właśnie,

jakim jest ciąża, poród i połóg, ma usposabiać do zaburzeń w przemianie materyi.

To też i nadal pozostaje to tylko pewnem, że przy rzucawce w największej liczbie przypadków (84%) znachodzimy białko w moczu i że kobiety, dotknięte sprawami chorobowemi nerek najwięcej narażone są na możebność wystąpienia u nich rzucawki.

Najczęściej występuje rzucawka podczas porodu; poród, przeciągający się z powodu niestosunku porodowego, silne bóle porodowe przez zwrotne zadrażnienie ośrodków nerwowych mają być bodźcem, wywołującym rzucawkę. Według statystyki Schauty jeden przypadek rzucawki przytrafia się na 400 porodów, a na 100 przypadków rzucawki 60 razy występuje ona podczas porodu, 23 razy w ciąży, a 17 razy w połogu, z czego atoli 90% ma być dalszym ciągiem rzucawki porodowej. Wynikałoby z tego, że jeden przypadek rzucawki, występującej w połogu, zdarza się na 25.529 porodów, a więc nadzwyczaj rzadko.

I według innych autorów rzucawka w połogu należy do rzadkości.

Herzfeld[1], który dopatruje przyczynę rzucawki w ucisku moczowodów przez główkę płodu, z powodu ich wadliwego przebiegu, wywołanego nieprawidłowym podziałem tętnicy brzusznej, wyraża się, że rzucawka w połogu jest: „ausserordentlich selten“ [2]).

Dlatego to pozwalam sobie opisać w krótkości przypadek rzucawki w połogu, jaki miałem sposobności spostrzegać:

N. Z., lat 32, odbyła w dniu 8—II 1897 bez jakichkolwiek zaburzeń poród ósmy. Poród ten miał cechę porodu t. zw. ulicznego. Ciąża przebiegła zupełnie prawidłowo, jak i ciąże poprzednie. W 12 godzin po porodzie położnica ta, czując się zupełnie zdrową, zjadła znaczniejszą ilość mięsa gotowanego, a w trzy godziny później dostała bez jakichkolwiek uprzednich objawów napadu drgawek, które z razu powtarzały się rzadko, a od nocy występowały co ½ godziny. Wezwany do chorej nazajutrz, kiedy drgawki trwały już 15 przeszło godzin, stwierdziłem: osoba dobrze zbudowana, otyła (z rodziny dziedzicznie otyłością obciążonej), nieprzytomna; ciepłota ciała 38·3° C. tętno przyspieszone, dobrze napięte; w płucach objawy nieżytu oskrzelowego, z części rodnych nieznaczne krwawienie, macica dobrze wyczuwalna nad spojeniem łonowem, — skurczona, na kończynach dolnych mierne żylaki, obrzęków brak: co 15—20 minut dostaje cechującego napadu rzucawki. Według twierdzenia otoczenia chora oddawała w ostatnim czasie mocz zupełnie prawidłowo, a w początku drgawek odchodził bez wiedzy chorej. Wypuszczony cewnikiem mocz w ilości niespełna 100 grm. zawierał dość znaczną ilość białka. Po zastósowaniu upustu krwi, wilgotnych zawijań w koce i podskórnych wstrzykiwaniach morfiny, napady drgawek stawały się coraz rzadsze tak, że około godziny 3 po południu, tj. w 24 godzin po wystąpieniu, zupełnie ustały, chora zapadła w głęboką śpiączkę, z której w nocy na głośne wołania budzić się zaczęła. W dniu następnym stwierdziłem u chorej ciepłotę ciała prawidłową, śpiączkę miernego nasilenia tak, że chora odpowiada, chociaż z wysiłkiem, na pytania; mocz oddaje pod siebie; na kości krzyżowej i obu pośladkach wystąpiła rozległa odleżyna. Czwartego dnia połogu chora zupełnie przytomna; mocz, który zawiera znacznie mniej białka, oddaje prawidłowo, jednak o przebytych przypadłościach zupełnie nic nie pamięta (amnezya), a nawet przeczy, jakoby przebyła ciążę i poród.

Wreszcie dodam, że chora ta zupełnie wyzdrowiała, ślad białka w moczu utrzymywał się jeszcze przez czas trzech tygodni, a z końcem roku zeszłego przebyła po raz dziewiąty ciążę i poród zupełnie prawidłowo.

Wynik badania moczu w tym przypadku utwierdził mnie w rozpoznaniu rzucawki. W pierwszej chwili bowiem sądziłem, iż mam przed sobą ciężki przypadek padaczki, atoli otoczenie chorej kategorycznie zaprzeczyło, jakoby ona, lub ktokolwiek z jej rodziny, padaczką był dotknięty; dlatego pośrednią przyczynę rzucawki w tym przypadku należy przypisać błędowi w dyecie, jaki chora ta, jako położnica, przez spożycie znaczniejszej ilości mięsa w kilkanaście godzin po porodzie, popełniła. Możnaby przypuścić jeszcze, iż drgawki te były u chorej objawem zatrucia przez spożycie niezdrowego mięsa, co atoli odpada wobec stwierdzenia, że mięso to bez szkody dla zdrowia spożyła równocześnie z chorą i liczna jej rodzina.

Natomiast przypadek ten mógłby poniekąd ilustrować przytoczone powyżej zapatrywanie S. Flataua. Jeżeli rzucawka ma mieć swe źródło w powolnem utlenianiu azotu w czasie fizyologicznego aktu ciąży, porodu i połogu, to spożycie znaczniejszej ilości mięsa, a więc pokarmu w azot obfitego, musiało jeszcze więcej to utlenianie utrudnić, a więc w następstwie wywołać rzucawkę.

[1]) Wien. med. Presse 1897, str. 14, 15.

[2]) W czasie druku tej pracy rozpoczęła wychodzić w »Medycynie« (Nr. 45.) praca Wł. Popiela, którego zestawienia pozwalają również na taki wniosek.

II. Dalsze doniesienia o leczeniu tężca.

Podał

Dr. Józef Kadyi

z Jasła.

Podaję krótką wiadomość o dalszych dwóch przypadkach tężca, leczonego w jasielskim szpitalu zapomocą wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgu króliczego.

I. Dziewczyna 17-letnia przybyła do szpitala z tężcem dnia 26. sierpnia. Ani wywiady, ani dokładne badanie kliniczne, nie mogły wykazać żadnego skaleczenia. Wstrzykiwań dokonano trzy: dnia 27. sierpnia, 29. sierpnia i 1. września. Do pierwszych dwóch użyto zawiesiny z mózgu królika, przecedzonej. Ponieważ po każdorazowem wstrzyknięciu stan się poprawiał, ale tylko na kilka godzin, a potem wracał stan dawniejszy, więc do trzeciego wstrzyknięcia, aby nic z substancyi mózgu nie uronić, użyto zawiesiny nie cedzonej. Tężec ustępował zwolna; w ciągu ozdrowienia utworzył się w miejscu ostatniego wstrzyknięcia duży ropień, który po przecięciu rychło się wygoił. Dziewczyna wyzdrowiała zupełnie i równo w miesiąc po przybyciu opuściła szpital.

II. Drugi przypadek dotyczył 15-letniego izraelity, który przed przybyciem do szpitala był leczony bezskutecznie w domu lekami aptecznymi. Do szpitala przybył dnia 17. września i tu wyjęto mu wielką dosyć drzazgę, tkwiącą w dużym palcu u nogi. Objawy tężca były bardzo wygórowane. Wstrzykiwań mózgu króliczego (cedzonego) dostał cztery, t. j. dnia: 17, 18, 19 i 22-go września. Stan bardzo powoli, ale statecznie, się poprawiał, a dnia 20 go październikа chory, jako wyleczony, opuścił szpital.

Jest to już trzeci pomyślny przypadek, jaki w naszym szpitalu, dzięki rzeczonemu leczeniu, zapisujemy.

Te pomyślne wyniki utwierdzają mnie w postanowieniu, aby przy nadarzonej sposobności zastosować to samo leczenie także przeciw wodowstrętowi, który w wielu względach jest podobny do tężca. Nie chcąc przed czasem i bez faktów pozytywnych rozwodzić się o działaniu wstrzykniętej substancyi nerwowej i o działaniu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura, poczekam na utwierdzenie lub zaprzeczenie moich myśli i wniosków przez odnośne doświadczenie *in vivo*, — tymczasem pragnę tylko zauważyć, że czuję się uprawnionym do takiego doświadczenia *in vivo*, t. j. do wstrzykiwania zawiesiny mózgu króliczego wśród objawów wścieklizny, albowiem nie tylko, że brak nam dotychczas w tej chorobie środka skutecznego, ale także przekonałem się, że te wstrzykiwania same przez się żadnego ujemnego skutku nie ujawniły.

IV. Wyciągi.

Gaffky, Pfeiffer, Sticker, Dieudonné: **Sprawozdanie z czynności komisyj, wysłanych do Indyj w roku 1897 w celu zbadania dżumy** z dodatkiem **Badań trądu** przez Stickera. *(Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, T. 16. *Münch. med. Wochenschrift*, 1899. 41). Badania powyższe przynoszą tak ważne dane, że wyniki ich zasługują na przy-

toczenie choćby z drugiej ręki. Podstawą ich jest 27 przypadków dżumy, badanych dokładnie klinicznie, anatomicznie i bakteryologicznie. Pierwotnych postaci dżumy odróżniają autorowie 3: dżuma dymienicza, krosta dżumowa i zapalenie płuc dżumowe. Pierwotnej dżumy przewodu pokarmowego autorowie u ludzi nie spostrzegali, jednak nie można twierdzić, że ona nie istnieje, zwłaszcza wobec tego, że u małp i szczurów można ją doświadczalnie bardzo łatwo wywołać. Dżumowe zapalenie płuc kończy się prawie zawsze śmiercią; w jedynym przypadku względnego wyleczenia, jaki autorowie spostrzegali, uległ chory po 9 dniach ogólnemu zakażeniu paciorkowcami. Suchotnicy są do dżumy szczególnie usposobieni. Pojawienie się prątków dżumy we krwi jest w przebiegu choroby „signum mali ominis“; z 50 chorych, u których to zauważono, wyszło z życiem tylko 4. Rozpoznanie dżumy jest łatwe, prócz dżumowego zapalenia płuc, które czasem można pomięszać z zimnicą złośliwą, durem lub wąglikiem. W przypadkach wątpliwych pewność daje sekcya; prątki dżumowe przy sekcyi zawsze łatwo wykazać można — autorowie raz tylko ich przy sekcyi w 12 g. p. m. nie znaleźli, pomimo, że rozpoznanie za życia było pewne. W dżumie dymieniczej nie można wykryć prątków dżumowych w świeżych dymienicach bez ich nacięcia; po samoistnem pęknięciu dymienic już w nich prątków nie znachodzono. Największą wartość rozpoznawczą ma badanie bakteryologiczne krwi i plwociny w niejasnych przypadkach dżumy płucnej, i w przypadkach posocznicowatych. Zgodnie z innymi badaczami stwierdzają autorowie małą odporność prątka dżumowego na szybkie wyschnięcie i wilgotne gorąco; już ciepłota 55° C. zabija prątki w ciągu 10 minut, 100° C. natychmiast. Ze środków przeciwgnilnych najdzielniejszym jest i tu sublimat 1‰, niszczący prątki natychmiast; 5% kw. karbolowy niszczy je dopiero po 1 minucie; w wodzie wodociągowej tracą prątki dżumowe jadowitość po 5, w wodzie wyjałowionej po 10, w wyjałowionym kale i moczu po 5 dniach. Ze zwierząt są wszystkie gryzonie na dżumę bardzo wrażliwe; zwierzęta domowe są natomiast bardzo odporne, zwłaszcza psy i nierogacizna, oraz ptaki. Stąd w szerzeniu się dżumy nie odgrywają zwierzęta domowe żadnej roli; natomiast mają tu znaczenie myszy i szczury. Dalej przeprowadzili autorowie szereg prób uodporniania sztucznego przeciw dżumie. Okazało się przytem, że przesączone hodowle dżumowe nie wywołują odporności; natomiast można ją sprowadzić na pewno zapomocą podskórnego wstrzyknięcia dwudniowej, przez ostrożne ogrzanie do 65° C. zabitej hodowli. Jednakże wstrzyknięcie to chroni tylko od zakażenia od strony skóry; aby osiągnąć ochronę od zakażenia otrzewnowego, trzeba użyć większych ilości hodowli. Odporność, tym sposobem wytworzona, dochodzi swej pełni dopiero po 7 dniach, trwa jednak prawdopodobnie kilka miesięcy. Przy zbyt silnem ogrzewaniu hodowli ulega substancya uodparniająca zniszczeniu, przytem skuteczną szczepionkę uzyskać można tylko z bardzo jadowitych hodowli. Nawet bardzo uodpornione na zakażenie innemi drogami szczury ulegają zakażeniu od strony przewodu pokarmowego. Sposób uodparniania, opracowany przez autorów, jest lepszy od sposobu Haffkinea, ponieważ dozwala na ściślejsze dawkowanie i lepsze przechowywanie się substancyi uodparniających. Serodyagnostyka dżumy ma wartość względną; brak odczynu niczego nie dowodzi, jedynie odczyn dodatni przemawia silnie za przebytą dżumą. Surowica Yersina, jako środek ochronny, nie okazała się dobrą; uodpornienie, o ile się w ten sposób da uzyskać, trwa bardzo krótko; natomiast nie można odmówić tej surowicy pewnego działania leczącego. Szczepionka Haffkinea dała przeciwnie, jako środek ochronny, wyniki znakomite; liczba zachorowań i śmiertelność była między szczepionymi tym sposobem względnie bardzo małą.

Badania Stickera zdają się być bardzo doniosłe dla sprawy trądu. Wykrył on, że we wszystkich postaciach trądu istnieją w nosie wrzody trądowe, a prątki trądowe ze śluzem nosowym dostają się na zewnątrz. Te wrzody trądowe nosa są jedynem stałem zjawiskiem we wszystkich postaciach i okresach choroby, a zachowują swój charakter wrzodów nawet wówczas, jeżeli zresztą nigdzie na ciele nie ma owrzodzeń trądowych. Wrzody nosa towarzyszą trądowi nerwów tak samo, jak trądowi guzowatemu. Przed wyleczeniem trądu zawierają wrzody nosowe zawsze mnóstwo prątków trądowych; ale nawet u zresztą wyleczonych (?) trędowatych mogą wrzody nosowe latami się utrzymywać i być źródłem zakażenia. Przed ogólnymi nawrotami i zaostrzeniami trądu występują zawsze miejscowo sprawy w nosie, objawiające się szczególniej krwotokami nosowymi. Trąd guzowaty rozpoczyna się najczęściej w bezpośredniem sąsiedztwie nosa. Zwiastuny wybuchy trądu u dawniej zakażonych objawiają się także cierpieniami nosa (krwotoki, nieżyty itp.), co już dawniej stwierdzono, ale nie umiano właściwie wytłómaczyć. U dzieci można spotkać owrzodzenie nosa, zawierające swoiste prątki, jako jedyny, a więc pierwszy objaw trądu. Wszystko to dowodzi, że pierwotnem ogniskiem trądu, wrotami dla zakażenia, bywa nos, podobnie, jak kiła usadawia się pierwotnie najczęściej na prąciu. Ze stwierdzenia tej ważnej okoliczności wyprowadza S. następujące praktyczne wskazówki: Badanie w kierunku trądu u domniemanych trędowatych, ich dzieci i otoczenia nie powinno się ograniczać do badania skóry i układu nerwowego, lecz zawsze dotyczyć także błony śluzowej nosa i jej wydzieliny, szczególnie u pozornie zdrowych dzieci trędowatych rodziców. Uporczywe nieżyty nosa, krwotoki i t. p. u ludzi, którzy dłuższy czas żyli z trędowatymi, nakazują przypuszczać zakażenie trądowe, choćby żadnych innych objawów nie było; w takich razach należy niezwłocznie przeprowadzić badanie bakteryologiczne i leczenie miejscowe. Wykazanie wrzodów trądowych w nosie lub prątków w wydzielinie nosa dozwala na zaliczenie do trądu tych wątpliwych przypadków chorobowych, gdzie zresztą nigdzie prątki trądowe nie wydostają się z ustroju na zewnątrz. (Choroba Morvana i t. p.). Trędowatych dopiero wówczas można uznać za nie niebezpiecznych dla otoczenia, gdy nietylko zmiany skóry i nerwów od szeregu lat już nie postępują, ale gdy i wrzody w nosie zupełnie się zagoją. Leczenie trądu powinno zmierzać w każdym okresie choroby do wyleczenia pierwotnych zmian w nosie, gdyż doświadczenie poucza, że wszelkie inne znane objawy trądu są wtórne i mają wybitną dążność do samoistnego wyleczenia, której zmiana pierwotna w nosie nie posiada. *Ciechanowski.*

Prof. F. Krause: **Doświadczenia nad leczniczem znaczeniem przegrzanego powietrza.** *(Archiv f. klin. Chir.*, T. 59, Z. 2). Naśladując Tallermanna, stosuje K. od paru lat miejscowo powietrze ogrzane do 140—150° C. W wielu i różnorodnych cierpieniach *(Arthritis rheumatica, gonorrhoica, deformans, sicca crepitans, urica, rhematismus musculorum, lumbago, ischias, ostitis* i *periostitis chronica, achillodynia*, w bólach po stłuczeniach, złamaniach, zwichnięciach i t. p.) używał tego sposobu z pomyślnym, często nadzwyczajnym, skutkiem. Posługuje się zwykle walcami o podwójnych ścianach asbestowych, zamykanych obwodowo materyą nieprzenikliwą dla powietrza. Do przyrządów tych doprowadza powietrze z piecyków asbestowych, ogrzewanych lampkami spirytusowemi lub gazowemi, połączonych z przyrządem zapomocą rurek metalowych. Ciepłomierz, umocowany w samym przyrządzie, wskazuje ciepłotę zawartego w nim powietrza. Ten sposób leczniczy działa głównie dzięki „odciągającemu działaniu“ na skórę. Wysięki i niestałe wytwory zapalne ulegają wessaniu i nietylko ból znika, ale i ruchy stawów stają się wydatniejsze. Często K. spostrzegał, że pociła się nietylko część skóry, zamknięta w przyrządzie, ale poty występowały na całem ciele, czynnik bardzo korzystny dla miejscowego cierpienia. Przy dłuższem użyciu uważał autor podniesienie się ciepłoty ciała o $1/2$—1° C., przyspieszenie tętna o 8—15 uderzeń i mniej wyraźne wzmożenie się liczby oddechów, mimo, że przy tym sposobie niema bezpośredniego działania na serce i na płuca. *Herman.*

A. Hegar: **Gruźlica a wady utworowe.** *(Münch. med. Woch.* Nr. 38, r. 1899). Częstokroć napotkać można przypadki nabytego braku miesiączki (amenorrhoe) u kobiet, u których rozwinęła się gruźlica w narządach nawet odległych od części rodnych. Jeżeli gruźlica rozwija się w wieku pokwitania lub też w wieku dziecięcym, to schorzenie to, ogólne, czy miejscowe, sprowadza zastanowienie rozwoju części rodnych. Autor demonstruje przypadek obustronnego gruźliczego schorzenia trąbek, dotyczący 21 l. chorej, u której przy tem schorzeniu znalazł brak pochwy i macicę szczątkową. W tym przypadku gruźlica miejscowa zatrzymała rozwój części rodnych już podczas życia łonowego. Znaną ogólnie jest dziedziczność gruźlicy, jako takiej, jako też najrozmaitsze spotworzenia i niedokształcenia płodów, pochodzących z rodziców gruźliczych. W tych przypadkach działanie jadu gruźliczego jest zupełnie analogiczne do działania jadu kiłowego lub też do przewlekłego otrucia rodziców; nie działają tu bowiem bakterye przechodzące do płodu, tylko ich jady. *St. D.*

Dr. Naumow: **Wąglik i jego leczenie.** *(Jeżeniedielnik,* 1899, Nr. 34). Kilkakrotnie już przy wągliku zalecano wstrzykiwania kwasu karbolowego; lekarze jednak wogóle dotychczas wolą stósować wycinanie i wypalanie „czarnej krosty“. Autor, który w ciągu 25-letniej praktyki w różnych miejscowościach Rosyi miał często do czynienia z wąglikiem, próbował niejednokrotnie obydwu sposobów i oddaje stanowczo pierwszeństwo wstrzykiwaniom kw. karbolowego, a to ze względów następujących: 1) czas leczenia znacznie się skraca; 2) leczenie nie pozostawia większych blizn na ciele, a więc nie sprowadza zeszpecenia; 3) nawet w nieco zastarzałych przypadkach (5—6 dzień choroby) autor niejednokrotnie otrzymywał wyleczenie; 4) wstrzykiwania są znacznie mniej bolesne, niż wycinanie i wypalanie. Do wstrzykiwań używa autor 2% roztworu; wstrzykiwania robi jedno w środku krosty i kilka (zależnie od wielkości krosty) na obwodzie, wstrzykując w miejscu wkłócia $^1/_4$—$^3/_4$ strzykawki Pravaza, poczem stosuje gorący okład z 1% roztworu kwasu karbolowego, zmieniając takowy 1-go dnia wielokrotnie; kilka dni takiego leczenia wystarcza dla usunięcia objawów ogólnych i miejscowych (bliższych szczegółów i historyj chorób dokładniej autor nie podaje. *Ref.).* Prócz tego podaje autor w swej pracy przypadek wąglika jelitowego (rozpoznanie postawiono przez wykluczenie innych cierpień i biorąc pod uwagę jednoczesne wystąpienie wąglika skórnego u męża i czworga dzieci tej chorej), wyleczonego również przez podawanie wewnątrz kw. karbolowego (do 0,31 dziennie, częściowo *per os*, częściowo w lewatywie). I w tym przypadku już po 3 dniach nastąpiło polepszenie: krwotoki jelitowe stały się rzadsze i mniej obfite, ciepłota spadła o 1° C., tętno stało się wolniejsze i pełniejsze; po 4 tygodniach chora opuściła szpital już zupełnie zdrowa.

Gliński.

Rose: **W sprawie zwyrodnienia włóknistego błon surowiczych, zwanego „Zuckergussbildung“** [1]. *(Berliner klin. Wochenschrift,* 1899, Nr. 38). Niezwykłą postać zwyrodnienia włóknistego błon surowiczych spostrzegano naprzód na otrzewnej, powlekającej wątrobę i stąd pierwsze prace w tej sprawie odnoszą się wyłącznie do tak zw. „Zuckergussleber“. Owa „Zuckergussleber“ miała się znamionować grubym pokładem włóknistym, otaczającym wątrobę, ale nie wpływającym wcale na stan i czynność tego narządu. Bamberger, który zmianę tę pierwszy dokładnie opisał, w 2 tylko przypadkach zauważył zmniejszenie się i obecność marskości („zapalenia międzymiąższowego przewlekłego“) wątroby. Dopiero jednak Curschmann w kilkanaście lat później ocenił należycie kliniczną doniosłość opisanej przez Bambergera zmiany, która rozwija się przez 7—8 lat, zanim wystąpią wyraźne objawy chorobowe, przedewszystkiem puchlina brzuszna. W przypadku własnym spostrzegał Rose chorobę w pierwszych jej okresach, do czego rzadko zdarza się sposobność. U 56-letniego nałogowego pijaka wystąpiły: powiększenie wątroby i śledziony, wymioty krwawe; puchliny brzusznej nie było. Śmierć nastąpiła wśród śpiączki. Przy sekcyi znaleziono pokłady tkanki włóknistej, o wejrzeniu chrząstkowatem lub porcelanowatem, naokoło wątroby, śledziony, oraz na zagięciu okrężnicy, wreszcie na opłucnej płuca prawego; osierdzie było prawidłowe. R. sądzi, że wytworzenie się pokładów włóknistych rozpoczęło się w tym przypadku prawdopodobnie równocześnie we wszystkich dotkniętych miejscach. Zdaje się, że sprawa, zwana „Zuckergussbildung“ najczęściej rozwija się naraz w kilku jamach surowiczych. Stan błon surowiczych może być przytem trojaki: albo spotykamy rozlane włókniste zgrubienie, chrząstkowato twarde, połyskujące — i to jest typowa postać zmiany, odpowiadająca najsilniejszemu jej rozwojowi, albo też powierzchnia błon surowiczych jest nierówna, przyćmiona, nie ma jednak jeszcze zgrubień; — albo wreszcie wejrzenie jest jeszcze prawie prawidłowe. Prawie zawsze zajęta jest także opłucna i to przedewszystkiem prawa. Co do przyczyn tej zmiany, to wogóle niewiele jeszcze o nich wiadomo; być może, że mają tu znaczenie przebyte choroby zakaźne; niektórzy autorowie obwiniają przebyte *„cholecystitis“* i *„cholelithiasis“*; inni sądzą, że zwyrodnienie porcelanowate jest skutkiem przebytego miejscowego zapalenia otrzewnej, ograniczającego się do górnej części jamy brzusznej. Rose wypowiada przypuszczenie, że w etyologii tej sprawy może odgrywa jakaś rolę przewlekły alkoholizm, czego jednak stanowczo twierdzić jeszcze nie można. *Ciechanowski.*

Dr. Wł. Wróblewski (Warszawa). **Ostry ropotok jamy szczękowej.** (Empyema antri Highmori acutum, *(Gazeta Lekarska* Nr. 37, 1899). Podawszy 5 przez siebie spostrzeganych przypadków tej choroby, przedstawia autor obraz kliniczny ostrego ropotoku jamy Highmora. Jako czynniki przyczynowe wymienia W. wpływ szybkich zmian ciepłoty (przeziębienie), ostry nieżyt przewodów nosowych i choroby zakaźne. Przebycie tej choroby pozostawia skłonność do nawrotów, która polega na łatwości przenikania wydzieliny nosowej do jamy Highmora, bądź skutkiem niezwykle wielkiego otworu, łączącego te jamy *(ostium maxillare),* bądź też istnienia otworu dodatkowego *(ostium accessorium),* okoliczność, która z drugiej strony, ułatwiając odpływ z jam, sprzyja samoleczeniu. Objawami tu są: uczucie ogólnego rozbicia, oraz nacisku i napięcia wewnątrz szczęki górnej, zajęcie głowy i wypływ obfity ropy, niekiedy z przymieszką krwi. Niekiedy występują bóle w gałce ocznej i w odpowiedniej połowie czaszki, rzadziej ciężkie ogólne objawy gorączkowe, prawie zawsze brak łaknienia i powonienia. W przeciwieństwie do Avellisa, uważa W. wykonanie nakłócia próbnego w celu rozpoznawczym za zbyteczne, gdyż prześwietlenie zawsze tu wystarczy do rozstrzygnięcia rozpoznania.

Pojmowaniu tego cierpienia, jako choroby zakaźnej, odpowiada też zalecony przez autora zachowawczy sposób leczenia: leżenie w łóżku, środki przeciwgorączkowe i potne *(Natr. salicyl., Salol, Chinina, Antypiryna* etc.), ciepłe okłady na policzek i głowę, a po ustąpieniu gorączki i bólów jodek potasowy, który, powodując większe wydzielanie śluzu, przemienia prędko wypływ ropny w wydzielinę śluzową. Polemizując z Avellisem, uważa W. wykonanie operacyi radykalnej (sztuczny otwór w szczęce) przed 6. tygodniem za zbyteczne, z wyjątkiem niezwykle niekorzystnych warunków, gdyż choroba ta zazwyczaj do 4—5 tygodni bez zabiegu operacyjnego pomyślnie się kończy, jak się to stało we wszystkich przypadkach autora. *Spira.*

Prof. K. Schuchardt. **O wycinaniu rakiem zajętych odbytnicy i zgięcia esowatego.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1899, Nr. 34). Autor posługuje się wyłącznie następującą metodą: po ułożeniu chorego, jak do cięcia kroczowego pęcherza, prowadzi cięcie skórne w linii środkowej od tylnego obwodu rzyci po kości ogonowej aż do dolnej $^1/_3$ kości ku-

[1] Wobec trudności ścisłego przetłómaczenia tej nazwy, możeby po polsku najlepiej było użyć innego porównania, i nazwać »Zuckergussbildung« — zwyrodnieniem porcelanowatem. Przyp. spr.

prowej. Po odsłonięciu kości ogonowej odpiłowuje ją u podstawy piłeczką Gigliego. Teraz dopiero okrąża rzyć, prowadząc cięcie dość głębokie i otwór stolcowy zaszywa. Zanim pójdzie wgłąb, przeprowadza po obu stronach prostnicy, zapomocą mocno wygiętych igieł, grubą nić katgutową przez tkankę pararektalną, na 2—3 palce poprzeczne od ścian jelita, zadzierzga ją mocno, nożyczkami przecina tkankę blizko zawiązek i obluźnia tępo jelito od tyłu palcem. Tak postępuje w górę do wysokości, jakiej potrzeba. W końcu dopiero rozrywa związek przodkowej ściany odbytnicy od gruczołu krokowego, względnie pochwy, i pęcherza. W ten sposób da się ściągnąć 30—40 ctm. długi odcinek jelita. Jamę otrzewnową otwiera śmiało i bez zastrzeżeń. Gdy już powyżej nowotworu ma ściany jelita napewno zdrowe, zaszywa otrzewnę, potem ranę skórną, pozostawiając w niej tylko małą szczelinę, w którą następnie wszywa zamputowane jelito. Do amputacyi przystępuje dopiero po owem zmniejszeniu rany. Utrzymania zwieracza zrzeka się zupełnie. *Herman.*

Dr. Herman Schiller. **Czy można znaleść gonokoki w błonach śluzowych części rodnych niewieścich, skoro brak klinicznych objawów rzeżączki?** *(Berl. klin. Wochens.* Nr. 41). Autor, chcąc stwierdzić prawdziwość zdania Neissera, że chociaż ustąpią wszystkie objawy kliniczne rzeżączki, przecież swoiste koki mogą przebywać jeszcze nadal w błonie śluzowej, badał 300 przypadków w kierunku obecności gonokoków. Badania te nie potwierdziły zdania Neissera i przekonały autora, że tam, gdzie przy dokładnem badaniu nie znalazł w błonach śluzowych części rodnych niewieścich żadnego stanu zapalnego, tam też nigdy nie udało się mu stwierdzić obecności gonokoków. Zdanie Neissera zdaje się autorowi polegać na niedokładnem badaniu i na niewyczerpaniu wszystkich możliwych sposobów badania. W trzech przypadkach na przykład stwierdził autor obecność gonokoków w jamie macicy dopiero po wyskrobaniu jej błony śluzowej. Ta okoliczność skłania autora do przypuszczenia, że w przyszłości dokonanie wyskrobania jamy macicznej może w przypadkach podejrzanych o rzeżączkę należeć do pierwszych wskazań dla celów rozpoznawczych. *St. D.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

M. Freudaethal badał chemicznie nowy przetwór żelezisty Dynamogen (*Allg. med. central. Zeitung,* Nr. 27, 1899) i znalazł, że zawiera: Istot białkowatych 9·30, wodników węgla 10·00, soli mineralnych 0·42, tlenku żelaza 0·052, kwasu fosforowego 0·074, tłuszczu 0·34, koniaku 8·03, gliceryny 10·0, wody 62·00. Ciała białkowate znajdujące się w dynamogenie, są częściowo peptonami, częściowo jako białko surowicze, hemoglobina i t. d. Stosowano ten przetwór w chorobach krwi, jak białaczka, błednica, niedokrewność, z dobrym skutkiem, do czego przyczynia się w wysokim stopniu przyjemny smak, pozwalający na używanie dynamogenu nawet czas dłuższy. Jako wielką zaletę dynamogenu podnieść należy, że w przeciwieństwie do wielu innych przetworów żelezistych poprawia łaknienie, nie wywołując nigdy, nawet przy wysokich dawkach, nieprzyjemnych objawów ubocznych ze strony przewodu pokarmowego. Z powodu tych zalet uważać należy dynamogen nietylko za środek swoisty w chorobach krwi, lecz także jako środek odżywczy, który również z dobrym skutkiem podawanym być może w chorobach wyniszczających, jak n. p. w gruźlicy, podczas rekonwalescencyi po chorobach zakaźnych, i w neurestenii, zołzach i t. d.

Przystępna cena (1 złr. 25 ct. za flaszeczkę 250 grm.) umożliwia stosowanie dynamogenu nawet w praktyce osób niezamożnych. *R.*

Nie ulega wątpliwości, że najlepszym materyałem do sztucznego żywienia dzieci jest mleko krowie. Zachodzą jednak okoliczności, zwłaszcza w większych miastach i cieplejszej porze roku, że otrzymanie odpowiedniego mleka jest połączone z wielkiemi trudnościami. W tych okolicznościach tak zwane mączki mogą być z korzyścią użyte, ale tylko wtedy, jeżeli są łatwo strawne, wolne od skrobi, gdyż w razie przeciwnym nie mogą być przez przewód pokarmowy dziecka przetrawione i wyzyskane. Te warunki znalazł E. Epstein (*Der practische Arzt.* Nr. 16, 1899) w mączce Kufeka. Na podstawie swych spostrzeżeń, opartych na chorych osesek w poliklinice Peszteńskiej, którym podawano mączkę Kufeka, twierdzi E., że mączka ta doskonale się nadaje, jako część dyetetyczna leczenia nieżytów jelitowych. Podawana z mlekiem dzieciom zdrowym wywołuje szybki przybytek na wadze. *J.*

St. Klein stosował somatozę z żelazem (*Eisensomatose*) w 30 przypadkach różnorodnych cierpień, między innemi w chorobach żołądka, niestrawności, nadmiernej kwasocie i t. d. We wszystkich przypadkach zauważono pomyślny wpływ tego leku na stan ogólny, jednak najlepsze wyniki osiągnięto w przypadkach niedokrewności. W jednym z nich odsetek hemoglobiny z 38% podniósł się po dwutygodniowem używaniu na 60%, a po 4 tygodniach doszedł do 96%; w innym przypadku z 45% na blizko 100%. Również korzystne były wyniki podawania tego przetworu w 23 przypadkach niedokrewności dzieci, cierpiących na wrzekomą białaczkę. Polepszenie, a w niektórych przypadkach zupełne wyleczenie osiągnięto w ciągu podawania 1—2 miesięcznego somatozy z żelazem, w której, jak to autor przypuszcza, żelazo wpływa korzystnie na skład krwi, a somatoza na odżywienie. *j.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 13 października, 1899 r.

Przewodniczący: kol. A. Gluziński, członków obecnych 41.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. A. Gluziński miał odczyt pt.: »Uwagi dyagnostyczne i epikrytyczne nad przypadkiem wrodzonej wady sercowej (z demonstracyą)«. Odczyt ten będzie w całości drukiem ogłoszony.

W dyskusyi kol. Fels przytacza znany mu przypadek z kliniki Schroettera. Pacyent, mający lat 36, zgłosił się do kliniki z objawami duszności i sinicy; uczuł się chorym dopiero w 34 r. życia. Badanie wykazało szmer nad końcem serca. Sekcya stwierdziła wrodzony ubytek w przegrodzie komorowej.

Kol Prus wypowiada parę uwag co do tz. *embolia paradoxa* Chodzi mu mianowicie o zaznaczenie, że nawet przy zdrowych ścianach serca lewego może ona mieć miejsce.

Kol. Gluziński odpowiada, że to był tylko jeden z momentów przy innych ważniejszych, które już poprzednio naprowadziły na właściwe rozpoznanie.

3. Kol. Rencki miał wykład pt.: »Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej«. (Wykład został już ogłoszony w całości drukiem).

W dyskusyi zabrał głos kol. Gluziński. Mimo pozornie ujemnych wyników dla kliniki, które otrzymał kol. Rencki — przeprowadzając cały szereg mozolnych, a bardzo dokładnych badań, — znaczenie ich jest niepoślednie. Nauczyliśmy się przez nie z jednej strony, gdzie leży przyczyna zmiennych wyników leukocytozy trawiennej wśród przebiegu raka i wrzodu żołądka, — z drugiej strony, poznawszy tę przyczynę, przekonaliśmy się, że leukocytoza trawienna dla odróżnienia tych dwóch stanów chorobowych od siebie nie ma żadnego znaczenia. Również stwierdzenie faktu, że ciałka krwi czerwone jądrzaste (normoblasty) mogą znajdować się wśród przebiegu obydwóch stanów chorobowych, przy istnieniu pewnych warunków, wprawdzie stanowi znów ujemny wynik, — ale usuwa twierdzenie niektórych autorów, że wśród odpowiednich warunków zjawienie się ciałek czerwonych krwi jądrzastych przechyla rozpoznanie na stronę raka, a nie wrzodu żołądka. —

W jednym kierunku badania kol. Renckiego dają dość ważną wskazówkę rozpoznawczą, t. j. dla odróżnienia ciężkiej postaci niedokrewności, powstającej wskutek zmian np. w przewodzie pokarmowym, od niedokrewności, rozwijającej się na tle nowotworowem. Gdy w raku krew przedstawia wzór krwi błednicze], — a więc ilość ciałek czerwonych większą, np. 2,500,000. a % Hglb. mały, np. 25%, — to przy wspomnianej niedokrewności typ krwi zachowuje się tak, jak w cięższych postaciach niedokrewności. Na tej podstawie opierając się, mieliśmy możność w kilku bardzo wątpliwych przypadkach, gdzie rozpo-

znanie wahało się między *carcinoma occultum ventriculi*, — a cięższą formą niedokrewności z innego powodu, — rozpoznać należycie. Naturalną rzeczą, że wśród pewnych warunków i podczas przebiegu nowotworu — może przyjąć krew charakter inny, np. po silnych, dłużej trwających krwotokach, ale też ten krwotok skieruje wtedy rozpoznanie nasze na właściwe tory. Nadto przemawiali kol.: Prus, Wechsler i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

Posiedzenie naukowe z dnia 27 października, 1899 r.

Przewodniczący: kol. Sielski, członków obecnych: 39.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Jasiński w barwnym i zajmującym wykładzie zdał sprawę z wycieczki swej do uzdrowisk w górach Lasu Czeskiego i sanatoryum Alland i opisał stosunki klimatyczne gór Schneeberg i Semmering, tudzież doliny Ampezzo i uzdrowiska Madonna di Campiglio.

3. Kol. Brudzewski miał wykład »O nowej teoryi akomodacyjnej«. Teorya akomodacyjna Tscherninga jest wprost przeciwną teoryi Helmholtza. — Helmholtz tłómaczy akt akomodacyi zwiększeniem krzywizny powierzchni przedniej soczewki; zwiększenie to krzywizny następuje wskutek jej elastyczności, która wchodzi w grę wskutek skurczu mięśnia rzęskowego — i następowego zwolnienia rąbka Zinniusza (Zonula Zinnii). H. twierdzi. że zaakomodowana soczewka posiada w swej przedniej powierzchni postać kuli.

Tscherning tłomaczy to zwiększenie krzywizny przedniej powierzchni soczewki nie zwolnieniem ale napięciem rąbka Zinniusza — dalej, że soczewka zaakomodowana okazuje w swej powierzchni przedniej nie postać kuli, ale »hyperboloidu« rotacyjnego, — a przyjmuje tę postać dlatego, że można przypłaszczenie obwodu wykazać za pomocą wielkości obrazków Purkinyego. — Również nie tłómaczy teorya H. różnicy siły akomodacyi oka w różnych częściach źrenicy. gdyż w oddaleniu najwięcej 2.5 millim. od osi soczewki, szerokość akomodacyi wynosi zaledwie połowę szerokości akomodacyjnej centralnej. Gdyby soczewka podczas akomodacyi przybierała w mniejszym promieniu, niż ten, który odpowiada krzywiznie soczewki w spokoju, w takim razie obwód soczewki powinien mieć co najmniej tę samą szerokość akomodacyi; ponieważ jednak szerokość akomod. obwodowej jest mniejsza, przez to upoważnia do wniosku, że promień obwodowych części powierzchni przedniej soczewki jest większy, niż części osiowych, a zatem nie jest kulą, ale płaszczyzną rotacyjną przypłaszczoną. Dość skomplikowane obliczenia wykazują, że powierzchnia przed. socz. zaakomodowanej jest hyperboloidem obrotowym, a zatem przypłaszczoną na obwodzie. Że zapomocą napięcia rąbka Zinniusza (Zonula Zinnii) można wywołać zwiększenie krzywizny osiowej części soczewki, wraz z przypłaszczeniem obwodowem, dowodzi doświadczenie na soczewce martwej; obrazki Purkinyego maleją w części osiowej, rosną na obwodzie przy napinaniu rąbka. — Dalej podług teoryi Helmholtza soczewka martwa, przy odcięciu ciałka rzęskowego (c. ciliare) powinna być w stanie akomodacyi, — a zatem mieć krótszy promień krzywizny powierzchni przedniej, — tymczasem sam Helmholtz stwierdził, że tak nie jest, zmierzywszy krzywiznę oftalmometrem. Obok tych dowodów, są inne, oparte na innych zjawiskach optyki, dowodzące, że powierzchnia soczewki przypłaszcza się podczas akomod. na obwodzie. Nie przytoczył ich kol. Brudzewski, gdyż do tłómaczenia ich wymagane są już zbyt specyalne wywody z dziedziny optyki matematycznej.

W dyskusyi przemawiali koll: Machek, Szulisławski i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VII. Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego, odbytego w czasie od 13—15 września w Norymberdze.

Podał

Dr. Jan Buszek

fizyk m. Krakowa.

(Dokończenie).

W sprawie lekarzy szkolnych postawiono do roztrząsania następujące twierdzenia:

1) Celem zachowania i popierania zdrowia młodzieży szkolnej potrzeba ustanowić lekarzy szkolnych z higienicznem wykształceniem dla wszystkich zakładów naukowych niższych i wyższych, prowadzonych przez państwo, gminy i osoby prywatne.

2) Zadaniem lekarza szkolnego jest:

I. Czuwać nad zdrowotnymi stosunkami budynku szkolnego i urządzeń szkolnych.

II. Dozorować wykonania przepisów wydanych w kierunku higieny nauki i środków naukowych.

III. Starać się o zdrowie dzieci szkolnych, a mianowicie:

a) Popierać lekarza urzędowego w zapobieganiu chorobom zaraźliwym i w ich zwalczaniu.

b) Stwierdzać cielesne ułomności dzieci, celem dalszego śledzenia, albo celem szczególniejszego uwzględnienia przy prowadzeniu szkoły.

c) Czuwać nad wychowaniem fizycznem, o ile je szkoła prowadzi.

3) Większe gminy powinny dla szkół ludowych i wyższych ustanowić na własne koszta lekarzy szkolnych, a instrukcyę ich służbową dostosować do obowiązujących ustawowych przepisów lekarza urzędowego, co do nadzoru nad higieną szkolną. We większych miastach zaleca się ustanowienie starszego lekarza szkolnego dla ocenienia i przygotowania wszystkich ważnych i ogólnych zarządzeń higieny szkolnej i dla pośredniczenia w stosunku służbowym z władzą szkolną. O ile można wybrać do tego lekarza urzędowego.

W gminach mniejszych i niezamożnych ma się państwo postarać o ustanowienie dostatecznej liczby lekarzy szkolnych. Również ma ono być obowiązane do ustanowienia dla państwowych wyższych zakładów naukowych lekarzy szkolnych.

Dozór nad szkołami prywatnemi należy poruczyć lekarzom miejskim, albo państwowym.

Jeżeli dla zakładów naukowych państwowych. albo miejskich, istnieją jakie rady, kuratorye, komisye szkolne i t. p., to powinien mieć w nich lekarz szkolny, albo starszy lekarz miejski, miejsce i głos.

4) Centralna władza szkolna państwowa albo prowincyonalna powinna mieć przydzielonych dobrze w higienie wykształconych lekarzy, jako referentów dla higieny szkolnej w dostatecznej liczbie. Do nich ma należeć przygotowanie i czuwanie nad higieną budynków szkolnych, przyrządów szkolnych, nauki i uczniów, a również rozwój dalszy całego wykształcenia fizycznego, Mają oni za zadanie w niedługich bardzo odstępach czasu rewidować pod względem higienicznym wszystkie wyższe szkoły, ludowe i prywatne swojego obwodu. Wreszcie powinni dla kierowników wszystkich szkół urządzić kursa uzupełniające i zbierać stósowny materyał, odnoszący się do wpływu szkoły na zdrowie nauczycieli i uczniów.

5) Nauczycieli i nauczycielki wszystkich szkół należy uczyć higieny, do czego się seminarya nauczycielskie i wyższe zakłady nadają. Higiena szkolna ma być dla wszystkich kategoryj nauczycieli obowiązkowym przedmiotem egzaminu.

W bardzo ożywionej dyskusyi zaznaczył starszy burmistrz Delbrück, że nie potrzeba ustanawiać osobnych organów; sądzi, że przy obecnych stosunkach można zupełnie dobrze wyjść. Należy do deputacyi szkolnych wybierać odpowiednich lekarzy, którymby można szczególniejsze zadania higieniczno-szkolne poruczyć. W Gdańsku badają specyalni lekarze oczy, uszy, nosy, zołzowate dzieci. W deputacyi szkolnej zasiadają 2 lekarze, którzy kierują temi badaniami. Prof. Kalle sądzi, że należy ustanawiać osobnych lekarzy szkolnych. Lekarz urzędowy niepowinien być starszym lekarzem szkolnym, gdyż to mogłoby doprowadzić do starcia. Ma nadzieję, że tworzące się komisye sanitarne w pierwszej linii zajmą się higieną szkolną.

Tego samego, t. j. aby ustanawiać osobnych lekarzy szkolnych, domaga się także Prof. Esmarch, który sądzi, że badanie dzieci szkolnych przez specyalistów nie zastąpi lekarzy szkolnych. Ci muszą mieć za zadanie zapobiegać szerzeniu się chorób zaraźliwych w szkołach. Dr. Strassmann ostrzega przed przesadnemi nadziejami. I on nie pragnie mieć z lekarza urzędowego starszego lekarza szkolnego. Burmistrz Zweigert sądzi, że uniknie się starcia, jeżeli lekarze miejscy będą starszymi lekarzami szkolnymi. Nauczyciel Netsch zapewnia, że nauczyciele przecież o wiele sympatyczniej zachowują się wobec usiłowań lekarzy, aniżeliby się to według wywodów referenta zdawać mogło. Wprowadzenie higieny szkolnej, jako przedmiotu obowiązkowego w seminaryach, musi nazwać tylko przeciążeniem młodzieży. Dr. Petruszky żąda, aby dzieci chorych na błonicę nie wpuszczać do szkoły podczas całego okresu ozdrawiania, a nauczycieli badać od czasu do czasu na prą-

tki gruźliczo, gdyż ci bywają często gruźlicą dotknięci. Grimm ostrzega przed zaprowadzeniem osobnej kategoryi lekarzy szkolnych, tylko czynności ich poruczyć lekarzom miejskim, aby ci byli tak doradcami nauczycieli, jak dyrektorzy budownictwa zarządów gminnych. Jeżeli ma się zyskać co wydatnego, muszą wszystkie czynniki, lekarz szkolny, budowniczy i nauczyciel wspólnie działać. Dr. Deppich użalał się na opłakany stan w wielu wioskach budynków szkolnych i mieszkań nauczycieli.

Obecne na Zjeździe panie, dziękując za poruszoną sprawę co do lekarzy szkolnych, przesłały do zarządu oświadczenie, które na pełnem posiedzeniu odczytano, że chcą razem z innemi paniami, głównie z nauczycielkami i matkami wspólnie w tej sprawie pracować. Gdy atoli daleko jeszcze do tego, aby we wszystkich szkołach ustanowiono lekarzy szkolnych, dlatego one wnoszą: organizować ochotnicze rady zdrowia szkolne i wciągać do nich nauczycielki i matki. Wielu paniom brakuje wprawdzie jeszcze świadectwa dojrzałości z higieny szkolnej, dlatego zaleca się, aby urządzane były kursa z higieny szkolnej z podstawą nauk przyrodniczych i aby do nich dopuszczane były także i kobiety. Ogólne zgromadzenie przyjęło to oświadczenie oklaskami.

Ostatnim tematem było: *Środki przeciw przykrościom, jakie sprawia zadymianie.* Referent, inżynier Haier, przyznał, że najtrudniej będzie usuwać zadymianie w okolicach przemysłowych, fabrycznych. Ludność ciągnie zyski z fabryk dlatego i zadymianie przyjmuje ze spokojem. O wiele więcej, aniżeli wielki przemysł, psują dymem powietrze piekarnie w większych miastach. Najwięcej temu winien sposób palenia i obsługa paleniska pieców, dla których najczęściej niema dostatecznego miejsca. Należy w tym kierunku działać, aby przedewszystkiem w piekarniach używano koksu. Dla palenia w kominach już dziś palenie gazem wypada taniej, gdyż przy paleniu węglem tylko 8% wynosi korzyść z palenia. Głównie zaś potrzeba wykształcić dobrych palaczy. Na wydziale maszyn uczą techników także sposobów opalania. Wnioski przedstawił referent następujące:

1) Każde palenisko jest narzędziem w ręku palacza. Przeto obsługa jego odgrywa istotną rolę przy zapobieganiu zadymianiu.

2) Nie ma paleniska, któreby dla zapobiegania zadymianiu dało się ogólnie zalecić.

3) Lecz pomiędzy istniejącymi sposobami palenia są urządzenia w dostatecznej ilości, które, zastosowane (system kotłowy, paliwo i należyta obsługa), pozwalają zdobywać zupełnie zadawalające wyniki.

4) Prosty zakaz zadymiania nie usunie złego.

5) Żądania, aby zapobiegać zadymianiu, należy miarkować stosownie do miejscowych warunków.

6) Postępować należy przeciw zadymianiu wedle przypadku i przy współdziałaniu odpowiednich doświadczonych organów technicznych. Jedynie środki dobrze obmyślane, o ile potrzeba także zachowanie pewnych względów, ale wytrwale stosowane, doprowadzić mogą do celu. Urządzenia ze strony gminy i państwa powinny służyć za wzór.

7) Należy szczególniejszą zwrócić na to uwagę, aby wyrobić stan wprawnych zawodowych palaczy.

8) Dla palenisk domowych, jako też dla rozmaitych mniejszych palenisk, w przemyśle potrzebnych, należy używać koksu, jako też zaprowadzać kuchnie gazowe z centralną gazownią w większym rozmiarze, aniżeli się to dotąd praktykuje.

W rozprawie nad tym przedmiotem zgadza się Prof. Nussbaum z referentem, że przemysł drobny więcej zadymia, aniżeli wielki. Jeżeli wychodzą gdzie kłęby dymu, tam pewnie jest za mała powierzchnia palenia, albo brak należytej obsługi. Podczas wiatru rozchodzi się zaledwie $^1/_{10}$ część sadzy, jak w czasie bez wiatru. Radzi mniejsze zakłady przemysłowe raczej pouczać, aniżeli wydawać dla nich rozporządzenia. Radzi, aby te używały, głównie piekarnie, koksu i węgla brunatnego. Oprócz tego powinno się starać o dobre piece. Schott przemawia za dozorem policyjnym nad budową pieców i zaprowadzeniem do palenia węgla brunatnego. Dr. Ebeling uważa dotychczasowe zachowanie się policyi budowlanej przy stawianiu pieców nowych w zakładach przemysłowych za zanadto łagodne. Powinna ona starać się przeprowadzać wszelkie zdobycze na polu ulepszonego palenia. Dr. Dorfmeister dopatruje głównych źródeł zadymiania w kuchni, piekarni i przy asfaltowaniu, jest zwolennikiem otwierania centralnych piekarni za miastem, podobnie jak i rzeźni. Bansi zauważył, że palenie węglem brunatnym jest dla zdrowia szkodliwsze, aniżeli węglami kamiennymi, gdyż wydają one wiele pyłu z popiołu. Przykrości z zadymiania utrzymają się tak długo, dopóki powszechnie nie zaprowadzi się do palenia koksu i gazu. Prof. Dr. Meydinger widzi złe z palenia w niewłaściwej budowie pieców i w nieudolności palaczów. Powinnyby i panie dozorować sposobu palenia. Tafel, fabrykant, przyrzeka zaprowadzić lepszy sposób palenia, gdy tylko doświadczenie i nauka go wskaże.

VIII. Korespondencye.

Warszawa w listopadzie.

Kolega X., który się zwrócił do mnie w imieniu Waszem z propozycyą pisania listów z Warszawy, powiedział mi: „pisać możesz o wszystkiem, co cię boli lub cieszy, nie pisz o osobach, unikaj zbyt ostrej krytyki“ i już wyłącznie *ad personam* dodał: „używaj wyrazownictwa swego własnego, może tą drogą zmusisz tych, którzy do opracowania wyrazownictwa lekarskiego powołani zostali, — do rychłego ogłoszenia swej, w nieskończoność przedłużającej się, pracy“.

Otrzymawszy napozór tak szeroki mandat, pomyślałem sobie: dobrze, napiszę więc o stanie piśmiennictwa lekarskiego, gdyż jest to sprawa, która mi dolega prawie tak samo, jak wątroba, cierpiącemu na przewlekłą kamicę żółciową. I gdy zacząłem rozmyślać nad powziętym tematem, ogarnął mię lęk, równy obawie chorego przed nowym napadem kolki, ażali pisząc o tem lub innem wydawnictwie naszem, nie sprowadzę na się groźnego pomruku zwolenników tej, lub innej partyi. W rozterce myślowej, w której się znalazłem, otuchą mi było rozumowanie pewnego chorego na kamicę, który na pytanie, jak zniósł nowe napady kolki, odrzekł: „z początku się bałem bólu, lecz skoro pomyślałem sobie, że pan doktor zapewnił mnie, iż wszystko to przejdzie i będę zdrów, zaopatrzyłem się w dużą dozę odwagi i cierpliwości i, nieomal pogwizdując, określałem miejsce przepychającego się potwora“. Słowa te napełniły i mnię odwagą do tego stopnia, że pomyślałem sobie: burza, jaką zechce podnieść ten lub ów „gazeciarz“, „medycyniarz“, lub „kronikarz“, przejść musi, bo sprawy tej dotykam *pro publico bono*, a nie ku własnej przyjemności. Bo przyznacie Panowie, że do przyjemności nie należy powiedzenie komuś: ależ moi panowie, poco wydajecie 3 pisma tygodniowe (jedno z nich dwutygodniowe) o zupełnie identycznym kierunku, o jednych i tych samych zaletach i wadach, kiedy nam jedno pismo, redagowane w sposób należyty, siłami wspólnemi, wystarczyć może i powinno. Pamiętam, że gdy przedemną jeden z kolegów myśl tę podniósł, spojrzano na niego z trzech stron tak, jak gdyby popełnił co najmniej zbrodnię stanu. A w pogardliwem spojrzeniu jednej partyi wyczytać mogłeś lekceważenie dla śmiałka, który tak nizko cenić chciał ich organ, że porównywać się ośmielił z innym, w mniemaniu ich o niebo niższym. W spojrzeniu drugiej partyi widniała groźba w stronę projektodawcy, słana za to, że chce odprzedać ich rzekome zasługi tym, którzy panami położenia się mianują. Trzeci wreszcie, wykonawszy ruch pogardliwy głową, przemówić, zda się, chcieli: mój panie, my żadnych kompromisów nie chcemy, gdyż niosąc swój własny sztandar, chylić go przed nikim nie potrzebujemy.

Niewtajemniczony widz tej sceny mógłby pomyśleć, że ma przed sobą przedstawicieli trzech różnych obozów, którzy hołdują trzem różnym zasadom, którzy tworzą trzy odrębne kierunki.

Jak wielkie jednak musiałoby być zdziwienie przybysza, gdyby się dowiedział, że konkurują ze sobą trzej specyaliści, jedną i tę samą gałęź wiedzy uprawiający. „Kochają się jak ginekologowie“ możnaby powiedzieć o „gazeciarzach“, „medycyniarzach“ i „kronikarzach“ i nad całą tą sprawą przejść do porządku dziennego, gdyby nie jedno smutne „ale“, które z takiego rozdźwięku wyziera.

Wyziera zaś z nieumotywowanego wydawnictwa trzech pism jednakowych 1° to, że żadne z poszczególnych pism nie stoi na wysokości swego zadania; 2°, że sprowadza niepotrzebny rozdział bardzo nielicznych pracowników na niwie

literackiej na obozy, które łączą się w chwilowe kompromisy tylko dla przeprowadzenia swoich kandydatów, rozchodzą się zaś, gdy potrąca się sprawę skupienia sił koło jednego porządnego tygodnika lekarskiego, który, obok prac oryginalnych, podawałby porządne sprawozdania z europejskiego ruchu naukowego.

Stojąc zdala od wszelkiej koteryjności, podziwiam niejednokrotnie tych, którzy bez ideału, w zacietrzewieniu pchają taczkę szarego codziennego życia po to tylko, aby z taczki wysypać lotne plewy i otrąb trochę; podziwiam tych, którzy mając wszystkie kwalifikacye na zdolnych młynarzów, co to czystą mąkę wyrabiaćby mogli, bezmyślnie puszczają szczere ziarno na dziurawe pytle i wytarte kamienie. I pomimo woli zapytuję, czem się to dzieje, że nie przejrzeliśmy do tej pory, iż dla nas specyalnie korzystniej skupiać się, niż dzielić, iż w naszych warunkach zamiast tworzyć nowe organa prasy, lepiej już istniejące doprowadzić do należytego porządku, iż my nie posiadamy ani takich ludzi, którzyby potrafili poprowadzić nawę piśmiennictwa w odmiennym kierunku, a co jeszcze ważniejsza, nie posiadamy tak licznego, bogatego i wysoko odczuwającego potrzebę strawy naukowej zastępu czytelników, którzyby mogli utrzymać tak wiele pism. „Nowe pismo stworzy nowych czytelników“, głoszą niektórzy. Prawda ta odnośnie do nas poczęści tylko pewnikiem zwać się może, a to dla tej przyczyny, że wązkiem korytem płynące naukowe życie nasze nie może dać strawy należytej dla kilku wydawnictw, że każde z nich wkrótce po swych narodzinach chorować musi na niedokrewność, która wywoła jałowość i powtarzanie się, dwie wady groźne i zniechęcające.

Kierując się zasadą, że lepiej mieć jedno czyste i całe ubranie, niż kilka dziurawych i brudnych szat, wolałbym, abyśmy mieli jedno porządne, zdrowiem tryskające pismo lekarskie, niż kilka anemicznych wydawnictw, a jeżeli już kieszeń nasza pozwala na kilka garniturów ubrania, aby każde pismo miało swoje przeznaczenie; jedno, aby na wzór letniego saczka podawało najświeższe wiadomości z prac, ogłaszanych w innych językach, inne, na wzór poważnego tużurka, uwzględniało tylko poważniejsze prace oryginalne, inne wreszcie, aby na wzór niezdecydowanego odzienia jesiennego, podjęło się uprawiać, obok większych streszczeń i ocen poważniejszych, sprawy z bytem naszym związane. Aby przy takiej organizacyi uniknąć można było wszelkich koteryj, zawiścia i fałszem wypchanych, należałoby utworzyć dla wszystkich bez wyjątku pism lekarskich polskich jedno wspólne wydawnictwo.

Czem się to dzieje, że obcem nam jest przysłowie „zgodą wielkich rzeczy dopiąć można“, pozwolicie, pomówię w następnym liście. *Beta.*

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

Dział drugi.

Umiejętności lekarskie.

A. Sekcya patologii ogólnej i doświadczalnej.

Prezesi honorowi: Chauveau i Potain.
Prezes: Bouchard.
Zastępcy prezesa: Chantemesse i Lancoreaux.
Sekretarze: Charrin (*Paryż, avenue di l'Opera,* 11) i Roger (*Paryż, rue Perrault,* 4).
Referaty proponowane:
A. Stan lub zmiany ustroju w zakażeniach, oraz w odporności wrodzonej i nabytej.
1. Zmiany soków ustroju w zakażeniach.
a. Zastósowanie lecznicze surowic.
b. Aglutynacya i jej stosunek do innych nabytych własności soków ustroju.
2. Źródła odporności w ustroju prawidłowym.
3. Pochodzenie leukocytozy.
4. O narządach, niszczących drobnoustroje i ich jady.
5. Działanie jadów (toksyn) na narząd nerwowy.
6. Wpływy troficzne (odżywcze) pochodzenia nerwowego w zakażeniach.
7. Patogeneza kurczów tężcowych.
B. O gorączce.
C. Dziedziczność i własności wrodzone.
1. Zmiany rozwojowe i przyczyny zboczeń wrodzonych.
2. Wpływ chorób matki na odżywienie, czynności i rozmaite zboczenia ustroju dziecka.
D. Rozmaite rodzaje moczówki.
3. Przemiana materyi w moczówce.
E. Odżywianie poza ustne.
F. Zastósowanie promieni Röntgena w semiologii lekarskiej.
G. Samozatrucia.

B. Sekcya bakteryologii i parazytologii.

Prezes: Duclaux,
Zastępcy prezesa: Arloing *(Lyon)* i Laveran.
Sekretarz: Blanchard *(Paryż, Boulv.: St. Germain, 226).*
Referaty: 1) Gruźlica. Referent Behring *(Berlin).*
2) Odporność. Referenci: Büchner *(Monachium)* i Metschnikoff *(Paryż).*
3) Jady i antytoksyny: Referenci: Roux *(Paryż)* i Ehrlich *(Berlin).*
4) Zimnica. Referenci: Laveran *(Paryż)* i Grassi *(Rzym).*
5) Pasorzyty raka. Referent; Borrel *(Paryż).*

C. Sekcya anatomii patologicznej.

Prezes: Cornil.
Zastępcy prezesa: Coyne *(Bordeaux)* i J. Renaut *(Lyon).*
Sekretarz: Letulle *(Paryż, rue de Magdebourg, 4).*
Referaty: 1) Histogeneza nabłoniaków. Referenci: Hlava *(Praga)*, Fabre-Domergue *(Paryż)* i Podwysocki *(Kijów).*
2) Rola komórek stałych w zapaleniach. Referenci: Baumgarten *(Tybinga)*. René Marie *(Paryż)* i Nikiforow *(Moskwa).*
3) Doświadczalne wyrównywanie ubytków w tkankach. Referenci: Denys *(Loewen)* Ziegler *(Fryburg w B.)* i Carnot *(Paryż).*
4) Rola neurogliii w zapaleniach i nowotworach. Referenci: Weigert ((*Frankfurt*), Marinesco *(Bukareszt)* i Philippe *(Paryż).*
5) Ciałka białe w rozmaitych chorobach. Referenci: Ehrlich *(Berlin)* i Jolly *(Paryż).*
6) Odporność ciałek czerwonych w stanie prawidłowym i w stanie chorobowym. Referenci: Hamburger *(Utrecht)*; Hédin *(Lund* w Szwecyi) i Vaquez *(Paryż).* (C. d. n.).

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu październiku 1899 r.

W miesiacu tym szczepiono ogółem 31 osób, w liczbie tej 7 pozostałych w szczepieniu z września i 5 pozostających nadal w szczepieniu na miesiąc listopad 1899.

Wykaz liczbowy tych 31 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	2	—	2
w kończyny górne	3	9	6	18
w kończyny dolne i tułów . .	—	6	5	11
w ciało nagie	3	13	5	21
przez ubranie	—	4	6	10
liczby ogólne	3	17	11	31

Zwierzętami kąsającemi były w 30 przypadkach psy, w 1 zaś przypadku kobieta, dotknięta wodowstrętem.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Sroczyński przedstawił chorego, operowanego przez siebie z powodu wrzodu gruźliczego powiek; kol. Dr. Gertler mówił: »O nowej cieplarce do podręcznego użytku«.

* Akta sprawy, dotyczącej protestu grona lekarzy krakowskich przeciw prawomocności wyborów, odbytych w lipcu przez członków Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, przesłało c. k. Namiestnictwo zarządowi tejże Izby, jako instytucyi, której Rada honorowa jest powołaną do orzekania w sprawach tego rodzaju.

* Prócz prac oryginalnych, wyszczególnionych we właściwej rubryce, ostatni zeszyt *Nowin lekarskich* zawiera nader obfity przegląd piśmiennictwa lekarskiego z zakresu 1) fizyologii, 2) laryngologii, rynologii i otyatryi, 3) okulistyki, 4) chorób wewnętrznych, 5) farmakologii, 6) dermatologii, 7) bakteryologii, 8) syfilidologii i 9) balneologii. Nadto znajdujemy w tym miesięczniku streszczenie ruchu naukowego w Towarzystwach lekarskich krajowych i zagranicznych, oraz w bieżących czasopismach lekarskich. Dział korespondencyj (z Wilna i z Wiednia), jak zazwyczaj w *Nowinach*, pełen zajmującej treści i znakomicie informujący o miejscowych stosunkach lekarskich.

— JWPanu Prof. Drowi Wicherkiewiczowi składam uprzejme podziękowanie za kilkanaście poszytów czasopism i broszur, ofiarowanych Bibliotece Towarz. lek.

Doc. Dr. St. Ciechanowski, bibliotekarz.

* Leon Popielski, Dr. medycyny i kandydat nauk matematycznych, po odbytym wykładzie »O nerwach hamujących« i »O unerwieniu naczyń krwionośnych«, mianowany został docentem petersburgskiej Akademii wojskowo-lekarskiej do wykładów z zakresu fizyologii.

Dr. Popielski jest jednocześnie asystentem przy katedrze fizyologii w żeńskim Instytucie lekarskim, oraz profesorem fizyologii na kursach prywatnych Lesgafta.

* Krakowski kalendarz lekarski na rok 1900 opuścił prasę. Jak lat ostatnich, rozmiarami, kształtem, oprawą, papierem i treścią nowe wydanie kalendarza czyni zadość wszelkim wymaganiom poręczności w użyciu, dokładności w informowaniu. Do działów zupełnie nowych zaliczamy tak potrzebny dla ogółu lekarzy 1) skorowidz wszelkich procedur wodoleczniczych, ułożony przez Dra E. Kowalskiego; 2) wskazówki dyetetyczne w różnych chorobach ustroju, zebrane przez Dra Eljasza-Radzikowskiego; 3) nowe leki, ułożone i w krótkości ocenione przez Dra Lembergera i 4) aforyzmy położnicze, pełne pouczających i ostrzegających wskazówek. Wiele rubryk rozszerzono i uzupełniono, jak n. p. spis peryodycznego piśmiennictwa, obejmujący nietylko same czasopisma polskie, albo szematyzm lekarski, w którym uwidoczniono rok uzyskania dyplomu itd. itd. Staranne i bogate w treść wydanie nowego kalendarza zapewnia mu odbyt nie tylko w Galicyi i ostatecznie rozstrzyga sprawę wyrugowania kalendarzy niemieckich.

* Tymczasowe kierownictwo w wiedeńskiej Izbie lekar. poruczone zostało przez władze komisarzowi rządowemu, Dr. T. Reschowi; dodano mu przytem, jako radę przyboczną, 10 członków, 5 z dawnych funkcyonaryuszów Izby, a 5 z tego stronnictwa, które przyczyniło się do rozwiązania Izby. Nowy ten tymczasowy zarząd ma załatwić kilka najważniejszych spraw, a głównie przeprowadzić wybory do Izby.

* Dnia 11 b. m. odbyło się zgromadzenie delegatów i przewodniczących Związków lekarzy wiedeńskich, w celu przyprowadzenia do skutku zamierzonej organizacyi wszystkich bez wyjątku lekarzy wiedeńskich. Po odbytych rozprawach uchwalono: 1) Zgromadzenie obecne uznaje siebie za »Komitet centralny«, przygotowujący organizacyę lekarzy wiedeńskich; 2) z grona tego »Komitetu« powołuje się komisyę z trzech członków w celu ułożenia statutu i doręczenia go do zatwierdzenia namiestnictwu: doręczenie ma nastąpić w ciągu dni ośmiu. Statutowej tej komisyi poruczono kierownictwo zamierzonej organizacyi. 3) Po potwierdzeniu statutu komitet przygotowawczy ukonstytuuje się, jako »Komisya centralna« dla organizacyi wiedeńskich lekarzy. 4) »Komitet wykonawczy«, złożony z 9 członków, ma się zająć obroną stanu lekarskiego, wobec szkód, jakie ponoszą lekarze wskutek rozciągnięcia praw członków Kas chorych na ich rodziny itd.

* Czasopismo dla umiejętności społecznych Dra Prinzinga podaje w X zeszycie zestawienie statystyczne śmiertelności w XIX-stóleciu. Od r. 1891 do 1895 średnia śmiertelność na 1000 wynosiła: w Austryi 27,8; w Niemczech 23,3; we Francyi 22,3; w Szwajcaryi 20,1; w Szwecyi i Norwegii 17,0; w Belgii 20,3; w Niderlandach 19,6; w Anglii 18,7; w Szkocyi 18,8; w Irlandyi 18.5; w Rosyi 33,9; we Włoszech 23,6; w Węgrzech 31,8.

W ostatnich 50 latach śmiertelność w Austryi obniżyła się z 33,8 na 27,8.

* Ministeryum wydało następujący wyrok zasadniczego znaczenia: Zarząd instytucyi ubezpieczenia robotników w razie wypadku użył lekarza prywatnego. Przy wypłaceniu honoraryum kierował się Zarząd własną taksą. Lekarz odmówił przyjęcia niestósownej zapłaty i wniósł skargę, a ministeryum orzekło, że lekarz prywatny sam oznacza należne mu honoraryum, a w razie niezadośćuczynienia ze strony Zarządu ubezpieczeń, ma upomnieć się o swą należność w drodze cywilno-sądowej.

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Dr. Schmaus i Dr. Kopp mianowani zostali proff. nadzwyczajnymi w Uniw. monachijskim.

Nekrologia. Zmarli: Ludwik Kadler urodzony w Warszawie 1838 roku; medycynę studyował w Warszawie, Wiedniu i Krakowie, gdzie ostatecznie otrzymał stopień Dra medycyny w roku 1865; po powrocie do kraju w latach 1866—1867 był lekarzem ordynującym w szpitalu dla cholerycznych pod Warszawą. W r. 1869 założył prywatny instytut leczniczy dla chorób wenerycznych i skórnych. Zostawił 12 prac głównie z zakresu swej specyalności. Zakończył życie 15 b. m., pozostawiając pamięć człowieka zacnego, lekarza światłego, pracowitego i sumiennego. Dr. Arnison, profesor chirurgii, zmarł w Durham.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Nowinach lekarskich* Nr. 11: Dra Hantkowskiego: Do artykułu Stan. Serkowskiego: O stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej »na wszelki wypadek«. Dra Szumana L.: Nirwanina, jako środek do znieczulenia płynem Schleicha (dokoń.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 46: Sterlinga W.: Białkomocz przy rzeżączce. Górnickiego M.: Przyczynek od odżywiania tyfusowych. Prof. Prusa: O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego. *W Kronice lekarskiej*, Zeszyt 21. Dr. Hewelke O.: Przypadek ropnia migdałka gardzielowego (*tonsilla Luschkae*). W *Medycynie* Nr. 46: Wesołowskiego W.: Przyczynek do anatomii patologicznej *Xerodermatis pigmentosi*. Dra. Ołtuszewskiego W.: Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Flaum: 1) Anatomia ciała kobiecego. 2) Anatomia i fizyologia organów płciowych kobiety. Fizyologia ciąży i porodu. Wykład poglądowy, objaśniony rysunkami. Nakład T. Paprockiego. Warszawa. 1899 rok.

— Dr. Higier: Ueber einen eigenartigen im porthypnotischen Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. (Odbitka z *Neurologischer Centralblatt* Nr. 18. 1899).

— Tenże: Zur therapeutischen Wirkung des Dionins. (Odbitka z *Deut. med. Woch.* Nr. 44, 1899).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Koropcu*. Płaca z ryczałtem 800 złr. Lekarz ma utrzymywać aptekę domową. Zgłoszenia do dnia 15-go stycznia 1900. 195

Wydział powiatowy w Sanoku rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w mieście *Jaśliska*. Płaca roczna 600 złr. i ryczałt na podróże 400 złr. w. a. Podania do 15 grudnia b. r.

Wydział krajowy ogłasza niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w *Lubaczowie* z płacą roczną 500 złr. a. w. — Podania do dnia 10 grudnia 1899.

Do P. T. Kolegów!

W uznaniu zasług. na polu niesienia pomocy cierpiącej ludzkości. już od 15 lat swą czynność rozwijającemu **związkowi poliklinicznemu budapeszteńskiemu** (»Budapester poliklinischer Verein«), pozwoliły rządy obu połów monarchii na urządzenie **wielkiej loteryi dobroczynnej**, a to celem przyjścia w pomoc powyższemu towarzystwu.

Loterya ta urządzona z możliwie największą szansą wygrania, odbędzie 6 ciągnień w czasie od 4 stycznia do 6 marca.

Główna wygrana 100.000 koron — pięć wygranych po 20 000 koron i wiele mniejszych wygranych.

Kupując los za **jedną** koronę można wygrać 200.000 koron, gdyż los wyciągnięty nie traci prawa dalszej gry.

Losy te zostały rozesłane pocztą.

Budapeszteński związek polikliniczny.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 2 Grudnia 1899. Nr. 48.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 2 Grudnia 1899. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi epikrytyczne i rozpoznawcze nad przypadkiem utworowej wady sercowej.

Podał

Prof. Dr. A. Gluziński.

(Według demonstracyi na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. w d. 13 października b. r.).

Wrodzone rozwojowe wady sercowe nie należą do rzadkości. Ich opis anatomiczny, sposób powstawania, klasyfikacya, — dzięki pracom Rokitanskyego, Kussmaula, Paula, Heinego, Ballantyna, Vierordta etc., dość jasno się nam przedstawiają. Mniej utrwalona ich część kliniczna i dlatego sądzę, że każdy przyczynek w tym kierunku, usprawiedliwia ogłoszenie spostrzeganego przypadku. Przypadek nasz był następujący:

Franciszek F., lat 29, szewc, — przyjęty do kliniki dnia 13-go czerwca b. r.

Pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie przebywał odrę i koklusz. Od 10 roku życia zauważył bicie serca, zwłaszcza przy silniejszem zmęczeniu fizycznem, wtedy również miała występować duszność i sinica. W roku 1894 rozpoczął służbę wojskową i pierwszego zaraz dnia po zmęczeniu dostał napadu kołatania serca i duszności, poczem miał „zesinieć"; to stało się powodem uwolnienia jego z wojska. Wrócił do zajęcia zwykłego. Często się odtąd „zaziębiał", kaszlał, kłóło go często w klatce piersiowej, wykrztuszał obficie, w następnych latach przyłączyły się dreszcze, gorączka, osłabienie i to skłoniło go do zgłoszenia się do kliniki.

Badanie (w skróceniu podane) wykazywało stan następujący: Budowa wątła, odżywienie podupadłe. Palce u rąk pałeczkowato zgrubiałe. Małżowiny uszne, policzki, nos, wargi i język, również kończyny górne (po łokcie) i dolne (po kolana) — sino zabarwione. W narządzie oddechowym objawy fizykalne odpowiadają już dość rozległym zmianom gruźliczym. W plwocinie prątki Kocha. Liczba oddechów 20—28.

Narząd krążenia. Żyły szyjne nierozszerzone. Tętnice obwodowe, zwłaszcza dogłowowe (*carotides*), podobojczykowe (*subclaviae*), ramieniowe (*brachiales*), sprychowe (*radiales*), stopowe (*dorsalis pedis*) — bardzo wyraźnie tętnią. Tętno miernie napięte, miarowe, 100. Uderzenie koniuszkowe serca w V przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowej, słabo macalne. W dolnej części mostka wyczuwa ręka słaby skurczowy „koci mruk". Stłumienie serca (bezwzględne) sięga na lewo do linii sutkowej lewej, na prawo do linii środkowej ciała, od góry i dołu granice prawidłowe. Ze stłumieniem tem, od serca pochodzącem, schodzi się mały pasek stłumienia na lewym brzegu mostka. Nad końcem serca I-szy szmer II-gi ton; idąc ku dolnej części mostka wzdłuż IV żebra szmer ten skurczowy o charakterze dmuchającym, staje się coraz wyraźniejszy, najwyraźniejszy na mostku tuż przy przyczepieniu się IV żebra, — dalej ku stronie prawej szmer ten słabnie, a występuje obok niego również głuchy ton. Idąc ku tętnicy płucnej, słyszymy również skurczowy szmer, który im bliżej miejsca osłuchiwania tętnicy płucnej, tem wyraźniej przybiera inny charakter niż szmer nad końcem serca i podstawą mostka, stając się silnym, piłującym. Szmer ten najwyraźniej słyszalny w 2 gim przestworze międzyżebrowym po stronie lewej; słychać go również nad całą lewą górną stroną klatki piersiowej; — II-gi ton w miejscu osłuchiwania tętn. płucnej wyraźnie słyszalny. Nad tętnicą główną (aortą) słabo słyszalny skurczowy szmer obok tonu, drugi ton — silny. Nad tętnicami dogłowowemi (carotis) dwa tony.

Brzuch płaski. Wątroba i śledziona prawidłowych wymiarów. Mocz c. g. 1025, bez białka. Obrzęków brak. Ciepłota podwyższona o torze zwalniającym. (R. 37·3 — W. 38·8).

Przy rozbieraniu objawów, stwierdzonych u naszego chorego, — pójdę za tokiem myśli, które kolejno przypadek nasz nasuwał.

Dość wybitna sinica na twarzy, kończynach dolnych i górnych, przy braku wyraźniejszej duszności i wszelkich zastojów, pałeczkowato zgrubiałe palce, oto objawy, które już same przez się zwracały uwagę tembardziej, że w wywiadach mieliśmy wzmiankę, że sinica zwracała uwagę chorego samego od 10 roku życia.

Już przy oglądaniu chorego szczegóły te zwracały uwagę na wrodzone zmiany sercowe, na *cyanosis congenita*. Badanie dalsze potwierdzało coraz bardziej to przypuszczenie.

Ze szczególniejszą uwagą rozbieraliśmy też objawy ze strony narządu krążenia, chcąc w nich z jednej strony znaleźć potwierdzenie zrobionego przypuszczenia, z drugiej zaś, by przyjść do pewniejszego poznania istniejącej zmiany. Nad wszystkiemi ujściami słyszeliśmy szmer skurczowy, jednak przy dokładniejszem osłuchiwaniu można było przyjść do przekonania, że dwa źródła właściwie dla tych szmerów trzeba przyjąć, gdyż szmer słyszalny nad końcem serca i nad podstawą mostka był innego charakteru, niż szmer skurczowy nad tętnicą płucną, tętnicą główną i nad lewą górną częścią klatki piersiowej.

Zwracało dalej uwagę, że natężenie tych szmerów było największe dla jednego nad końcem mostka przy przyczepieniu się 4-go żebra, dla drugiego w 2-gim przestworze międzyżebrowym po str. lewej. Umiejscowienie I-go szmeru najwyraźniejsze nie nad końcem serca, lecz nad mostkiem, brak zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną, mimo powiększenia stłumienia poprzecznego serca, brak objawów zastoju w wątrobie i w innych częściach ustroju, mimo tak wybitnej sinicy, nie pozwalały myśleć o niedomykalności zastawki dwukończystej *(insuf. valv. bicuspid)*. Brak wypełnienia żył szyjnych i jakiegokolwiek w nich tętnienia, obok braku zastoju, wykluczały niedomykalność zastawki trójkończystej *(insuf. valv. tricuspid.)*.

Szmer ten skurczowy nad mostkiem przy przyczepieniu 4-go żebra musiał mieć wobec tego niezwykłe źródło, a wobec już powziętej poprzednio myśli o wrodzonej wadzie sercowej, zwracał mimowoli uwagę na spostrzeżenia Rogera, na tak

zwana przez Francuzów „maladie de Roger". Według Rogera szmer skurczowy, słyszany przy wrodzonej wadzie sercowej najwyraźniej na mostku na wysokości 3-o przestworu międzyżebr. i 4-go żebra, nie udzielający się do naczyń szyjnych, odpowiada komunikacyi między prawą a lewą komorą. Szczegół ten, wobec wykluczenia zboczeń w zastawkach dwu- i trójdzielnej, skłonił też do rozpoznania ubytku w przegrodzie komór *(defectus septi ventriculorum)*.

Dla szmeru drugiego skurczowego, słyszalnego najwyraźniej w II-gim przestworze międzyżebr. po stronie lewej, wobec raz przyjętej myśli o wrodzonej wadzie sercowej, szukaliśmy źródła w zwężeniu tętn. płucnej, t. j. w zmianie, która tak często łączy się z ubytkiem w przegrodzie komorowej.

Co przeciw temu rozpoznaniu przemawiało, to brak osłabienia II-go tonu nad tętnicą płucną, który w naszym przypadku był dobrze słyszalny. Szczegół ten wraz ze stwierdzeniem stłumienia po lewej stronie mostka, schodzącego się ze stłumieniem serca, kazał myśleć, czy szmer ten skurczowy nie odpowiada otwartemu przewodowi Botala. Na stłumienie po str. lewej mostka zwraca uwagę Gerhardt, uważając go za charakterystyczne dla *ductus Botali apertus*. Osłuchiwanie jednak miejsca tego stłumienia, wykazujące nam, że tu słyszymy i szmery oddechowe płucne i obfitą ilość drobnych rzężeń, wskazywało, że przytłumienie to ma swoje źródła w zmianie gruźliczej w miąższu płucnym, którą i w innych częściach płuc stwierdziliśmy. Obecność gruźlicy zaś, względnie częstej towarzyszki wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej, musiało przechylać na tę stronę rozpoznanie, mimo braku osłabienia 2-go tonu nad tętn. płucną.

Chory przez kilka tygodni pozostawał w klinice, wśród ciągle pogarszającego się stanu. W kilka dni po przybyciu do nas, wystąpił obrzęk podudzia lewego wskutek zakrzepu w żyle podkolanowej *(Thrombosis v. poplit.)*, a w pięć dni potem chory nagle utracił władzę w ręce i nodze lewej, obok porażenia dolnych gałązek n. twarzowego lewego. Nagłe to wystąpienie porażenia połowiczego u młodego człowieka, niemającego poprzednio żadnych zboczeń w układzie nerwowym, koniecznie zwracało uwagę, że zaszła tu nagle zmiana, będąca w związku z istniejącemi zboczeniami w ustroju.

Nie nagły wylew krwawy, bo zmian w układzie tętniczym głównym i powodu do wylewu krwawego nie było, nie zator *(embolia)* ze strony układu tętniczego głównego i komory lewej, bośmy poprzedniem rozumowaniem wykluczyli zmiany w lewej komorze i w tętnicy głównej, a więc uwaga zwrócona być musiała na zakrzep w żyle podkolanowej lewej, którego część urwana nie popłynęła do tętnicy płucnej, jak zwykle, lecz wskutek jej zwężenia, a otwartej komunikacyi komory prawej z lewą, popłynęła do komory lewej, a stąd do tętnic półkuli mózgowej prawej, czyli, że rozpoznaliśmy tak przez Zahna nazwaną „embolia paradoxa". Tak pojąwszy ten szczegół, znajdujemy w nim jeszcze jedno poparcie dla rozpoznania ubytku w przegrodzie komorowej *(defectus septi ventric.)*. Rozpoznanie też, które podczas demonstracyi w klinice tego przypadku za najwłaściwsze uznałem, brzmiało: *Vitium cordis congenitum sub forma defectus septi ventriculorum et stenosis ostii art. pulm. Tuberculosis pulm. in stad. destructionis. Emphysema pulm. Bronchitis diffusa. Thrombosis ven. extrem. inf. sin. subs. embolia art. fossae Sylvii ad reg. caps. intern. (haemiplegia sinistra).*

Wkrótce chory życie zakończył, a rozpoznanie anatomopatologiczne (Prof. Obrzut i Dr. Krzyszkowski) opiewa: *Vitium cordis congenitum sub forma communicationis ventriculorum ac atriorum. Stenosis ostii arteriosi dextri ac endocarditis verrucosa loci ejusdem. Hypertrophia cordis dextri. Tuberc. pulm. destruc. Emphysema pulm. Bronchitis. Tracheitis ulcerosa tub. Thrombosis venar. cruris sin. ac pelvis. Infarctus anaemici lienis. Haemorrhagia meningealis. Thrombosis art. fossae Sylvii, encephalomalacia dispersa ac diffusa haemisph. dextr. Gastritis pigmentosa chr. Decubitus ad reg. ossis sacri. Oedema pedis sin.*

Co do zmian w sercu, które tutaj szanownym kolegom przedstawiam (demonstracya), protokół sekcyjny tak je opisuje: „Serce wielkości odpowiedniej, koniuszek serca odpowiada komorze prawej. Ściana komory prawej znacznie zgrubiała, tak gruba, jak i ściana komory lewej. Mięśnie brodawkowate silnie rozwinięte, mięsień obu komór brunatnawo-matowy; tu i owdzie małe żółtawe ogniska. Śródsierdzie w okolicy stożka tętn. płucnej zgrubiałe. Zastawki jej leżą wysoko, są tylko dwie, zgrubiałe i przykurczone. Na nich w miejscach przyczepienia świeże, wielkości siemienia, grzebieniaste wybujałości. Z przedsionka prawego można się dostać zgłębnikiem przez *foramen ovale*, otwarte na wielkość główki od szpilki, do przedsionka lewego. Zastawki trój- i dwudzielne bez zmian. Zastawki tętn. głównej prawidłowe, a tuż pod niemi w przegrodzie komór otwór, do którego można wprowadzić 2 palce, przechodzący do komory prawej".

Przypadek nasz potwierdza naprzód znany fakt, że ubytkom w przegrodzie komór najczęściej, jakkolwiek nie zawsze, towarzyszy zwężenie, lub nawet zamknięcie, tętnicy płucnej; dalej, że ubytki te najczęściej dotyczą tylnej górnej części przegrody.

Wiek pacyenta, lat 29, które chory przeżył, pracując nawet ciężko, nie należy do częstych, ale nie stanowi znów wielkiej rzadkości.

Z obliczenia Vierordta, na 91 przypadków wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej przy równoczesnej komunikacyi komór, widzimy, że umarło:

W 1-szym roku życia		7
1— 2	„ „	10
3— 5	„ „	6
5—10	„ „	28
10—15	„ „	14
15—20	„ „	9
20—30	„ „	12
30—40	„ „	5

czyli przeciętny wiek życia dla ludzi dotkniętych tą zmianą wynosi 11·76 lat.

Pacyent nasz zatem przekroczył znacznie przeciętny wiek życia ludzi rodzących się z tą wadą. Ze zmianą tą, jak widzimy u naszego chorego, można szeregi lat żyć i w niekorzystnych nawet warunkach pracować. Mamy w tym kierunku dość ciekawe spostrzeżenia, jak n. p. przypadek Vulpiana, dotyczący kobiety, lat 52 liczącej, lub przypadek Pacanowskiego, tyczący mężczyzny (szewca) 47-letniego, który między 17—35 r. życia cierpiał na napady padacz-

kowe, pracował całe życie i był ojcem 14-ga dzieci, lub chory Bayera 21 lat liczący, który robił wycieczki na szczyty gór i tańczył zapamiętale, mimo duszności i bicia serca. A i nasz chory nieźle musiał się przedstawiać, gdy w wieku popisowym przywdział mundur wojskowy i gdy w 29 roku życia uległ właściwie gruźlicy płuc, a nie swej wadzie sercowej. (Dok. nast.).

II. **Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu.**

O występowaniu *bac. proteus vulgaris* w stolcach niemowląt; próba leczenia przez podawanie hodowli bakteryjnych.

Podał

Dr. Józef Brudziński.

Charakter stolców u niemowląt zmienia się zależnie od pokarmu, jaki niemowlę przyjmuje, jak również od stanu jego narządów trawienia. Widzimy tu różne stopnie przetrawienia i różne zabarwienie kału w pieluszkach, od barwy żywożółtawej z przyjemną kwaśnawą aromatyczną wonią stolców niemowląt, karmionych piersią, aż do dyspeptycznych stolców u dzieci sztucznie karmionych, pozostając wciąż jeszcze w granicach warunków prawidłowych. Wszystkie jednak stolce niemowląt posiadają jedną wspólną właściwość, — brak woni nieprzyjemnej, cuchnącej, jaką stale posiadają stolce ludzi dorosłych. Brak produktów rozkładu białka i woni odpowiedniej w stolcach dzieci jest rzeczą aż nader dobrze znaną, a jednak dotąd dostateczne nie wyjaśnioną. Był czas, gdy wyciągano z tego spostrzeżenia wniosek i to z pewną słusznością, że wogóle proces gnicia w przewodzie kiszkowym niemowlęcia nie występuje. Jednak obecność produktów redukcyi i wolnego wodoru, następnie stałe znajdowanie się nader licznych bakteryj w kale prawidłowym przemawiały przeciw podobnemu przypuszczeniu. Starano się więc wytłómaczyć tę rażącą różnicę w inny sposób. Podług Senatora sprawa gnicia nie może tak daleko postępować, jak u dorosłego, gdyż zawartość kiszkowa u niemowlęcia nierównie szybciej zostaje wydaloną z przewodu kiszkowego, a zatem za mało jest czasu do wytworzenia się produktów cuchnących, powstających pod wpływem gnicia z ciał białkowych. Można tu jednak uczynić zarzut, dla czego w kale dzieci na zewnątrz ustroju nie tworzą się wzmiankowane produkty rozkładu. Najwięcej rozpowszechnionem jest twierdzenie Uffelmanna, że działanie przeciwgnilne żółci odgrywa tu rolę rozstrzygającą i jemu przypisać należy, że, pomimo obfitości bakteryj, właściwe produkty gnicia w kale niemowląt nie występują. Twierdzenie o przeciwgnilnych właściwościach żółci zostało podane w wątpliwość przez wyniki ujemne, a nawet wręcz przeciwne badań Hoppe Seylera, Voita, Falka.

We wszystkich tych usiłowaniach wytłómaczenia tak znamiennego faktu mamy jeden i ten sam punkt wyjścia, — mniemanie, iż w przewodzie kiszkowym niemowlęcia zachodzi, jeżeli nie ilościowo, to przynajmniej jakościowo ten sam proces, co w przewodzie kiszkowym dorosłego. „To właśnie — mówi Escherich[1]) w swej znanej pracy — stanowi słabą stronę wszystkich tych hipotez; gdy bowiem spostrzeżenia, zdobyte przy łóżku dorosłego, przenoszono bezpośrednio na sprawy, zachodzące w przewodzie kiszkowym niemowlęcia, wyobrażenie o procesie rozkładowym w jelitach tak było nieodłączne od wyobrażenia o rozkładzie ciał białkowych, że nie przedstawiano sobie jednego procesu bez drugiego i niezgodność zjawisk starano się wyjaśnić za popomocą wspomnianych wyżej hipotez“.

Dopiero Bienstock zwrócił uwagę na jakościową różnicę pomiędzy procesami, odbywającymi się w jelitach niemowlęcia i dorosłego, dowiódłszy braku w tychże „prątka białkowego“ *(Eiweissbacillus)*.

Mniemanie to potwierdziły i uzupełniły badania Eschericha, z których wynika, że proces rozkładowy, odbywający się w przewodzie kiszkowym przy pokarmie wyłącznie mlecznym, nie jest gniciem, przez co się rozumie rozszczepianie ciał azotowych, lecz kiśnieniem (fermentacyą), w ścisłem słowa znaczeniu, t. j. rozszczepianiem węglowodanów z wytwarzaniem się produktów lotnych. Żaden z dwóch gatunków bakteryjnych, występujących głównie w przewodzie kiszkowym przy pokarmie mlecznym, nie posiada zdolności działania rozkładowego na białko, co w połączeniu z szybkiem wchłanianiem sernika, tłómaczy nam dostatecznie brak produktów gnicia białkowego, nie może bowiem w tych warunkach być w ogóle mowy o rozkładzie ciał białkowatych.

Wszystko, co się powyżej rzekło, stosuje się tylko do prawidłowych stolców u dzieci, karmionych piersią. U dzieci, karmionych sztucznie, ma miejsce w zawartości dolnych odcinków jelit proces rozkładu białkowego, w nader nikłym jednak stopniu. W przypadkach chorobowych spotykamy u niemowląt stolce, w których cechująca woń w wysokim stopniu czuć się daje; różnią się one też i wejrzeniem swojem od prawidłowych stolców niemowląt; mamy wtedy do czynienia ze stolcami gęstymi, obfitymi, zbitości i barwy gliny.

Podjęte przez nas badanie bakteryologiczne takich stolców wykazywało prawie zawsze obecność *proteusa,* a mianowicie *proteus vulgaris,* odmiany rozpuszczającej żelatynę, badania w tym względzie stanowić będą treść pracy niniejszej.

Powszechnie znanym jest fakt, że *proteus* nie znajduje się nigdy w zwykłych, to znaczy niezmienionych chorobowo stolcach niemowląt i to zarówno karmionych piersią, jak i sztucznie. Jak wiadomo, w przewodzie kiszkowym niemowlęcia spotykamy przeważnie tylko dwie odmiany bakteryj: *bac. coli com.* i *bact. lactis aërogenes.* „Inne, w szczególności rozpuszczające żelatynę bakterye — mówi Escherich, któremu zawdzięczamy najważniejsze wiadomości co do bakteryj kiszkowych u niemowląt — spotykają się tylko w przypadkach chorobowych, jak również tam, gdzie jeszcze w stolcach znajdują się resztki smółki *(meconium)*“. Przyczyny tego faktu szukać należy w wyłącznie mlecznym pokarmie niemowląt, jak znowu spożywaniem mięsnych pokarmów tłómaczy się obecność odmian bakteryjnych, rozpuszczających żelatynę, w stolcach ludzi dorosłych i zwierząt mięsożernych. Fakt ten, który *a priori* już wydaje się słusznym, został stwierdzonym przez Eschericha doświadczalnie. Karmił on w tym celu jakiś czas młode szczenięta wyłącznie mlekiem i badał bakteryologicznie i chemicznie ich stolce. Nie znalazł ani rozpuszczających żelatynę odmian bakteryjnych, ani

[1]) Die Darmbakterien des Säuglings und ihre Beziehungen zur Physiologie der Verdauung, 1886.

produktów rozkładu białkowego. Gdy następnie dawał szczeniętom dłuższy czas wyłącznie mięso, mógł stwierdzić obecność wspomnianych bakteryj i produktów rozkładu.

W piśmiennictwie znajdujemy następujące wzmianki o występowaniu *proteusa* w stolcach niemowląt: W r. 1888 opisuje Bagińsky[1]) t. zw. „białą bakteryę rozpuszczająca“, *(das weisse verflüssigende Bacterium)*, którą spotykał w stolcach dzieci, cierpiących na biegunkę, obok *bact. coli. com.* i *bact. lactis aërogenes.* Jak wnioskować można z opisu autora, bakterya ta zdaje się być identyczną z proteusem. Pod wpływem tej bakteryi żelatyna się rozpuszcza, mleko się ścina. Posiada ona również działanie energiczne na zwierzęta. W późniejszej swej pracy[1]) „Zur Pathologie der Durchfallskrankheiten des kindlichen Alters“ sam Bagiński uznaje bakteryę wzmiankowaną za proteusa. Lesage spotykał proteusa w 18 przypadkach badanych przez niego stolców. Prątek ten odbarwiał się metodą Grama. Zwykle spotykał go w stolcach dzieci, nie przekraczających 10 miesięcy życia, u których mógł stwierdzić spożywanie mięsa, co uważa za okoliczność, sprzyjającą wystąpieniu proteusa. Oprócz tego znajdujemy u niego wzmiankę o wyhodowaniu proteusa z mleka.

Najobszerniejsze wiadomości o spotykaniu proteusa w stolcach dzieci znajdujemy u Bookera[2]), który w okresie czasu 1887—1897 bakteryologicznie badał dużą ilość stolców dzieci, dotkniętych biegunką letnią, a względnie badał i jelita histologicznie. W swoich poszukiwaniach, pominąwszy *bact. coli com.* i *bact. lactis aërog.*, spotykał najczęściej *proteus vulgaris* i paciorkowce. Booker opisuje trzy postacie chorobowe, stojące w etylogicznym związku z odpowiedniemi bakteryami 1. *Diarrhoë dyspept.*, 2. *Gastroenteritis ex proteus vulgar.*, 3. *Gastroenteritis streptococcica.* Postać druga charakteryzuje się głębokiemi zmianami w ścianach jelit, towarzyszą jej nader rzadko owrzodzenia, objawy ciężkiego ogólnego zatrucia. Wyhodowany przez Bookera *proteus vulgaris* przedstawia krótki, smukły prątek, długości ca 3—4 μ., z żywą ruchliwością, a w doświadczeniach na zwierzętach z energicznem działaniem zabójczem. Świnki morskie, które autor karmił 1—6 tygodniowemi hodowlami mlecznemi proteusa, umierały po 1—8 dniach. W żołądku i jelitach znajdowano identyczne bakterye. Na inne zwierzęta to samo karmienie nie oddziaływało ujemnie. Mysz, karmiona 6 dni 14-dniową hodowlą mleczną, nie zdradzała żadnych chorobliwych objawów; mysz zaś, której zastrzyknięto 5 ctm. sześcien. rozpuszczonej hodowli żelatynowej proteusa, padła po 24 godzinach. Booker spotykał proteusa w 4 przypadkach, z tych w jednym w *stadium stuporosum* ostrej cholery dziecięcej, w trzech przypadkach tej choroby z przebiegiem więcej przewlekłym, wyróżniającym się objawami nerwowymi.

Znany klinicysta francuski, Dr. Marfan[3]), w pracy swojej o roli bakteryj w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt, przytacza również między innemi wiadomości, jakie posiadamy o występowaniu proteusa w stolcach niemowląt. *Proteus vulgaris* — mówi Marfan — który się prawidłowo znajduje w stolcach ludzi dorosłych, prawie nigdy nie spotyka się w stolcach niemowląt. Występuje on w stolcach u tych ostatnich (podług Bookera) w ciężkich cholerycznych postaciach chorobowych przewodu pokarmowego. Zdaje się więc być pewnem, że proteus odgrywa dosyć ważną rolę w chorobach przewodu pokarmowego u dzieci: trudno jednak, wobec niezupełnie jeszcze ustalonych zapatrywań na tę odmianę bakteryjną, przyjść do pewnych wniosków w tym względzie“.

Lannelongue i Achard sądzą, że odczyn surowiczy w przypadkach podobnych wyjaśni z czasem ciemne dotąd punkty tej sprawy.

Badania nad występowaniem proteusa w stolcach niemowląt rozpoczął na klinice tutejszej prof. Escherich, dalsze prowadzenie tych badań, dzięki uprzejmości prof. Eschericha, przypadło w udziale mnie. W przeciągu kilku miesięcy badałem na klinice wszystkie stolce, które posiadały cechującą woń, były gęste, gliniaste. Dla porównania wyników badałem również stolce dzieci, będących przy piersi mamek klinicznych, jak również dzieci, sztucznie karmionych, bez charakterystycznych stolców woniejących. Stolce badałem na barwionym preparacie, podług metody Weigert-Eschericha co do spotykanej w nich wegetacyi bakteryjnej. Zauważę tu tylko krótko, że w stolcach dzieci, karmionych piersią, bez różnicy bakterye barwią się na niebiesko, gdy stolce dzieci, sztucznie karmionych, wykazują już dużą ilość bakteryj zabarwionych na czerwono; stosunek ten na korzyść czerwonych wzmaga się przy sprawach chorobowych w przewodzie kiszkowym. W każdym poszczególnym przypadku znajdzie miejsce wzmianka o wejrzeniu wegetacyi bakteryjnej przy barwieniu wspomnianą metodą.

Robiłem hodowle na płytkach agarowych i żelatynowych, przyczem w początkach posługiwałem się zwykłą metodą rozcieńczeń, następnie jednak, oprócz tej metody, ponieważ chodziło mi głównie o poznanie charakterystycznej ostrej woni, jaką dają hodowle proteusa na agarze *(bacillus foetidus)*, próbowałem przeszczepiać wprost z zawiesiny (emulsyi) stolca w wodzie na agar skośny w próbówce i rzeczywiście otrzymałem charakterystyczny zapach, lecz nie tak wyraźnie, jak na płytkach agarowych. Wprowadzenie gumowych pochewek nieco polepszyło sprawę, ostatecznie jednak najlepszą okazała się następująca metoda: rozlewałem agar w zwykły sposób na płytki (szalki Petriego), i odstawiałem na pewien czas, dopóki się agar nie ściął; wtedy za pomocą chorągiewek z bibuły wyjałowionej, umaczanych w zawiesinie bulionowej, przeciągałem po powierzchni agaru. W ten sposób, ze względu na dość dużą powierzchnię, wyłącznie powierzchowny rozwój bakteryj i niemożliwość ulatniania się woni, szalki bowiem były oblepione naokoło paskami przylepca, otrzymywałem w przypadkach ze względu na poszukiwania proteusa dodatnich, charakterystyczną dlań woń, zwykle po 24 godzinach. Ponieważ w większości przypadków z dodatnim wynikiem już i żelatyna wykazywała wyraźnie miejsca rozpuszczone, miałem przeto już po 24 godzinach pewne uzasadnione podejrzenie, że mam w danym razie z proteusem do czynienia i mogłem przystępować do dalszych ściślejszych badań hodowli na innych pożywkach (ziemniak, mleko, bulion cukrowy), prób charakterystycznych (indolowa próba, amoniakalna). Wyniki porównywałem z wynikami przy operowaniu czystą hodowlą *proteus vulgaris* i przekonałem się o ich identyczności.

Barwienie preparatów czystej hodowli podług Weigert-Eschericha wykazywało jedynie czerwone prątki. W kropli wiszącej okazywały prątki te żywą ruchliwość. W 2 przypadkach wykonałem odczyn surowiczy z surowicą krwi niemowląt, ze stolców których wyhodowałem proteusa, w obydwu z wynikiem ujemnym; w innych przypadkach z suro-

[1]) a) Ueber Gährungsvorgänge im kindlichen Darmkanal und die Gährungstherapie der Verdauungskrankheiten. Odbitka z *„Deutsche medicin. Woch.“ Nr. 20, 21 1888.*
b) Odbitka z *„Archiv für Kinderheilkunde“ XXII Tom.*

[2]) Booker. A study of some of the Bacteria found in the dejecta of infants, afflicted with summer diarrhoea *„Transactions of the IX Int. Medic. Cong.“ Vol. III.*

[3]) Rôle des microbes dans les gastro-enterites des nourrissons. *„Revue mensuelle des maladies de l'enfance“*, T. XVII. Październik, 1899.

wicą zwierząt, którym zastrzyknięto bulionowe hodowle odpowiedniego szczepu proteusowego, lub też wolne od bakteryj jego jady, odczyn wypadł nader pomyślnie; w niektórych przypadkach wyraźna aglutynacya przy rozcieńczeniu 1:300 (szczegóły w opisie przypadków — Gaber i Payer).

Do doświadczeń służyły przeważnie myszy, świnki morskie, do karmienia hodowlami mlecznemi proteusa również młode kocięta i szczenięta. Te ostatnie otrzymywały w przeciągu pewnego czasu 1—3 tygodniowe hodowle proteusa w mleku; przed doświadczeniem stolce ich były badane na proteusa z ujemnym, a w czasie doświadczeń z dodatnim wynikiem. Przed i w czasie trwania doświadczenia zwierzęta również były ważone. Kocięta dostawały w początkach doświadczeń rozwolnienia, traciły na wadze, następnie jedno z nich zupełnie przyszło do siebie, drugie marniało i po pewnym czasie zabite zostało do odczynu surowiczego (z wynikiem jednak ujemnym, — nie były to więc u niego objawy zakażenia ogólnego, lecz zatrucia). Szczenięta reagowały jeszcze mniej przy powyższem karmieniu. (Szczegóły w opisie przypadków Gaber i Payer). Myszy karmione były hodowlami proteusa w mleku lub też w ten sposób, że zeskrobywałem duże ilości z hodowli agarowych i zagniatałem je z chlebem w postaci pigułek; — myszy jednak nie reagowały zupełnie.

Doświadczenia z zastrzykiwaniem zwierzętom bulionowych hodowli proteusa wykazały we wszystkich przypadkach wysoką jego siłę zabójczą i to zarówno dla myszy, jak świnek morskich; więcej odpornemi okazały się koty, a zupełnie odpornemi, jak i przy doświadczeniach z karmieniem, psy.

W paru przypadkach wstrzykiwałem również jady, które otrzymywałem, przeszczepiając z hodowli agarowej (proteus — Gaber) do większych ilości bulionu. 8—10 dniowe hodowle bulionowe, które posiadały charakterystyczną woń gnicia białkowego, przesączałem przez filtr Berkefeldta. Jady te działały energicznie na świnki morskie i koty, pozostawały bez wpływu na psy. (Dok. nast.).

III. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż

Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Ciąg dalszy).

Objawy przebicia jelit występują nadzwyczaj gwałtownie i to bez jakichkolwiek zwiastunów. Zazwyczaj powstają silne bóle brzucha, coraz to bardziej się wzmagające; brzuch staje się wzdęty, silnie napięty i przy najlżejszym ucisku bardzo bolesny. Stłumienie wątroby i śledziony znika skutkiem przesunięcia tych narządów ku górze. Przepona wysoko ustawiona, tor oddechania żebrowy. Chorzy nadzwyczaj prędko ulegają zapadowi, twarz się wydłuża i pokrywa zimnym potem, oczy głęboko wpadnięte, nos jakby wydłużony, oblicze wyraża trwogę i cierpienie, powłoki blade i zimne, a ogólne osłabienie coraz więcej się potęguje. Tętno przyspieszone, nitkowate lub zaledwie wyczuwalne, ciepłota ciała nadzwyczaj nizka. Czasami trapią chorego wymioty, a pod koniec życia uporczywa czkawka, poczem następuje zapad i śmierć. Zapalenie opłucnej z przebicia jelita zazwyczaj kończy się niepomyślnie, wyjątkowo tylko spostrzegano wyleczenie. Nie zawsze znajdujemy powyżej opisane objawy; zdarzyć się może, że nagle występujący zapad może być jedynym objawem istniejącego przebicia.

W gardle napotkać możemy rozmaitego rodzaju zmiany. Najczęściej zdarza się zapalenie nieżytowe *(angina catarrhalis)*, które jednak zbyt wielkich dolegliwości nie wywołuje. W innych przypadkach widzieć możemy zapalenie pryszczykowe, wrzodliwe, błonicze, lub też zgorzelinowe, przyczem zdarzyć się może, że sprawa chorobowa przenosi się dalej na otoczenie i sprowadzić może poważne następstwa. Przez przewód Stenona zapalenie przenieść się może na ślinianki i dać powód do wytworzenia się ropnego zapalenia grucz. przyusznego *(parotitis)*, jak również zapalenie ropne rozszerzać się może wzdłuż naczyń krwionośnych i wreszcie dać powód do ogólnej ropnicy.

Żołądek rzadko tylko może ulegać powikłaniu w przebiegu duru brzusznego. Najważniejsze pod tym względem są wymioty, które wydarzyć się mogą w okresie gorączkowym, lub w okresie ozdrowienia, rzadziej natomiast w okresie początkowym duru. Pojawienie sie wymiotów krwawych *(Haematemesis)* odnieść należy do obecności wrzodów żołądka, lub też do znacznego przekrwienia jego błony śluzowej; dzieci daleko skłonniejsze są do wymiotów, aniżeli osoby dorosłe. Bóle brzucha należą do częstych zjawisk, spotykanych w durze, najczęściej w okolicy kiszki ślepej lub w okolicy pępka. Czasami bóle te mogą być tak silne, że nawet chorzy nieprzytomni, przy ucisku n. p. na okolicę kiszki ślepej, oddziaływają. Powiększenie śledziony dochodzić może nieraz tak znacznych rozmiarów, że może sprowadzić pęknięcie tego narządu, co jednak należy do bardzo rzadkich zjawisk.

Czasami zdarzyć się może, jako powikłanie duru, zapalenie przyjądrza i jądra, jak również zapalenie zgorzelinowe części rodnych. U kobiet miesiączka zachowuje się niejednakowo; w jednych przypadkach ustaje, w drugich zaś jest bardzo obfita, a czasem przychodzi do prawdziwych krwotoków macicznych. U ciężarnych wydarzają się bardzo często poronienia, którym towarzyszą silne krwotoki, a dur przybiera w tych razach bardzo ciężki przebieg. Szczególnie ciąża w pierwszej swej połowie usposabia do poronień. Po przebytym durze miesiączka wraca dopiero po kilku miesiącach (2—3 miesięcy); jest ona z początku bardzo skąpą i występuje w nieregularnych odstępach czasu.

Z narządów zmysłowych oko i ucho ulegają w durze brzusznym niektórym zmianom. Spojówka oka często jest zaczerwieniona, a chorzy skarżą się na bóle i swędzenie w oczach. W późniejszych okresach duru chorzy chętnie zamykają oczy, nie mogą znosić światła, co, według niektórych autorów, ma być znakiem niepomyślnym. Źrenice zachowują się nader rozmaicie. Wrzody rogówki, chwilowa ślepota, zaburzenia w akomodacyi, zapalenie nerwów i osłonek nerwowych często wikłają dur brzuszny.

Daleko częściej spotyka się zajęcie ucha. Wcześnie już występuje szum i dzwonienie w uszach, utrzymujące się z mniejszem lub większem nasileniem, niekiedy dosyć długo. Czasem chorzy durowi utracają zupełnie słuch i to na obu lub też jednem uchu. Głuchota jest albo następstwem nieżytu trąbki Eustachiusza, lub też występuje wskutek zapalenia ucha środkowego. Zapalenie ucha środkowego należy do nieprzyjemnych powikłań, łatwo przenieść się może do czaszki i wywołać zapalenie opon mózgowych.

Szczególnie u ludzi młodych w okresie ozdrowienia przychodzi do podurowego zapalenia okostnej z ulubionem siedliskiem w kościach długich. W przypadkach takich przychodzi do znacznych bólów i obrzmienia zajętych miejsc, a przebieg takiego zapalenia jest nadzwyczaj przewlekły. W mięśniach zaś przychodzi do swoistych zapaleń miąższowych t. z. zmian Zenkera, których następstwem są przedarcia mięśni i krwotoki między włókna mięśni.

Odżywienie chorego podupada z każdym dniem i nic dziwnego, że po tak długiej chorobie, jak dur brzusz-

ny, chorzy podobni są do szkieletów. Wychudzenie szczególnie prędko widzimy u dzieci, które znów również prędko w okresie ozdrowienia dawny ciężar ciała odzyskują. W niektórych przypadkach wychudzenie i upadek ciała utrzymują się bardzo długo i, mimo obfitego pożywienia, chorzy na wadze nie przybierają, a skutkiem coraz większego upadku sił, zejście śmiertelne nastąpić może. Przyczyna tak złego asymilowania pokarmów leżeć może w zaniku gruczołów jelitowych.

Upadek sił i ogólne osłabienie nie we wszystkich przypadkach duru brzusznego są jednakowe. Wielu chorych zupełnie o swem schorzeniu nie wie i tylko z powodu gorączki i bólu głowy w łóżku pozostają, a w przypadkach lekkich chorzy oddawać się mogą swobodnie swemu zajęciu. W innych znowu przypadkach chorzy mogą sami w łóżku usiąść i codziennie potrzeby swe na wychodku oddać; w ciężkich natomiast przypadkach upadek sił jest tak znaczny, że chorzy bez pomocy powstać z łóżka nie mogą, nie są w stanie wykonać jakichkolwiek ruchów i są jakby bezwładni. Bezsilność taka jest również powodem, że bezprzytomni chorzy bezwiednie pod siebie mocz i kał oddają, lub też skutkiem osłabienia mięśni i pęcherza następuje zatrzymanie moczu. Znaczny upadek sił cechuje przypadki ciężkie, kończące się zazwyczaj niepomyślnie; w przypadkach szczęśliwych upadek sił długi czas się jeszcze po przebytym durze utrzymuje.

Choć dur brzuszny we wszystkich swych postaciach należy do chorób ciężkich i poważnych, to jednak wyraz twarzy nie u wszystkich chorych zdradza tak ciężkie schorzenie. Często na obliczu maluje się zupełna swoboda, umysł nie przyćmiony i chorzy robią wrażenie osób zupełnie zdrowych. W większości przypadków rzecz przedstawia się nieco odmienniej. Na pierwszy rzut oka znać, że mamy przed sobą ciężko chorego. Twarz blada, źrenice rozszerzone, usta otwarte, chory leży nieruchomie i jakby bez czucia, nie bierze udziału w tem, co się naokoło niego dzieje. W innych przypadkach policzki zaczerwienione lub pokryte niebiesko-różowymi wypiekami, które znikają i znów się pojawiają. W dalszym ciągu choroby, kiedy wychudzenie chorego jest znaczne, oczy zapadają, nos się przedłuża, co, obok przyśpieszonych ruchów oddechowych, robi wrażenie, jakgdybyśmy przed sobą mieli osobę, dotkniętą gruźlicą.

Ogólny obraz i przebieg choroby. Obraz choroby i przebieg duru brzusznego zależne są od rozmaitych czynników, które podzielićby można na dwie duże gromady: do pierwszej zaliczyć należy owe czynniki, które w usroju samym znajdować się mogą, a które stanowią bezsprzecznie jeżeli nie jedyny, to w każdym razie bardzo ważny czynnik, stanowiący o przebiegu duru brzusznego. I tak odporność samego ustroju, budowa i czynność komórek nie tylko wśród samej choroby, ale i przed jej wybuchem, dalej okoliczności dalsze, jak wiek, rodzaj, otoczenie i warunki, wśród których ustrój wyrósł i wśród których się znajduje, a więc tu znów odżywienie, odpowiednie warunki higieniczne, mieszkanie, pory roku i t. d., — to także czynniki ważne, które na przebieg choroby bez wpływu nie są. Przyjąwszy z drugiej strony, że dur brzuszny wywołuje prątek Ebertha, to do gromady drugiej zaliczymy wszystkie okoliczności, które ściśle związane są z biologicznymi warunkami tego prątka. I tak, nie tylko ilość prątków, jaka wtargnęła do ustroju, ale przedewszystkiem ich wytwory rozkładowe, a więc ich jady, tych ilość i jadowitość ważną odgrywają rolę. Im więcej złośliwe jady, im ilość ich większa, tem obraz chorobowy i przebieg cięższy. Dalej wiedzieć należy, że i inne prątki w przewodzie pokarmowym się znajdujące, wraz z prątkami durowymi żyjące, wywierają niemały wpływ na te ostatnie, względnie ich jady i dla tego też to spółżycie (symbioza) w durze brzusznym również przy ocenieniu ciężkości przypadku uwzględnione być musi. Jak więc widzimy, walka ustroju, jaką staczać musi z chorobotwórczymi drobnoustrojami, zależna jest od bardzo licznych warunków, a wynik jej rozstrzyga o siłach samego ustroju, o jego wytrzymałości.

Okres wylęgania duru brzusznego, to jest czas, jaki upływa od chwili dostania się jadu durowego do ustroju aż do wybuchu choroby, wynosić może 2 dni do 3 tygodni. Okres ten przechodzi bez żadnych objawów, a zależy od ilości i złośliwości jadu durowego, od usposobienia samego ustroju i trudno dokładnie co do czasu daje się on oznaczyć.

Zanim przyjdzie do wybuchu właściwych cechujących objawów durowych, przechodzi jakiś czas, wśród którego chorzy czują się już nieswojsko. Okres ten zwiastunowy wynosić może rozmaicie długi czas, od kilku godzin do dwu tygodni. Dolegliwości, któreby chorym dokuczały, mogą być tak nieznaczne, że chorzy na nie zupełnie nie zważają i żadnych pod tym względem wskazówek dać nie mogą. Inni natomiast uskarżają się na niechęć do pracy umysłowej i fizycznej, na ciągawki w całem ciele, znużenie, dreszczyki, ból głowy, szum w uszach i zawroty głowy, na brak łaknienia, nudności i wymioty. W innych razach choroba od samego początku rozpoczyna się przypadłościami brzusznemi, występuje rozwolnienie, połączone z bólami w brzuchu, napadowo występującymi, lub też, co nawet częściej się przydarza, przez kilka dni utrzymuje się zaparcie stolca. Często dosyć skarżą się chorzy na krwotoki nosowe, które w niektórych epidemiach duru brzusznego należą do stałych objawów, w tym okresie choroby się pojawiających, a który to objaw ułatwia nam bardzo rozpoznanie. Szczególnie osoby niedokrewne prawie z reguły objaw ten okazują. Bóle mięśniowe w kończynach dolnych i w krzyżach, uczucie ociężałości, również w tym okresie spotkać możemy. Rzadko natomiast skarżą się chorzy na uczucie zimna i silne jednorazowe dreszcze tak, że wystąpienie dreszczy w tym okresie chorobowym należy do wyjątków. Owe, za niczem nie przemawiające i niestałe dolegliwości trwać mogą kilka dni, poczem prawie zupełnie ustępują, by za jakiś czas znów się pojawić, ale z większą gwałtownością. Chorzy w tym okresie zazwyczaj oddają się dalej swemu zajęciu, aż znaczne osłabienie i gorączka w dalszym okresie choroby występująca, zmusza ich do pozostania w łóżku.

Z chwilą pojawienia się gorączki rozpoczyna się właściwie dur brzuszny i od tego czasu liczymy początek choroby, który ujawnia się dreszczami i to często dreszczami występującymi w pierwszych dwu dniach, rzadziej zaś jednorazowym dreszczem, po którym następuje wznoszenie się ciepłoty ciała. Dalszy przebieg duru, skutkiem występowania na pierwszy plan jednych objawów i możliwości przydarzenia się rozmaitych powikłań, jest nadzwyczaj rozmaity. Począwszy od przypadków nadzwyczaj lekkich, przebiegających na pozór bez żadnych objawów, a które skutkiem przyłączenia się tych lub owych powikłań śmiertelnie zakończyć się mogą i gdzie przy sekcyi, mimo że za życia prawie żadne objawy nie istniały, znajdujemy liczne zmiany anatomiczne w jelitach, aż do przypadków nadzwyczaj ciężkich, które w krótkim bardzo czasie kończą się niepomyślnie, znachodzimy możliwe przejścia. W jednych od samego początku choroba przebiega lekko, w innych, po objawach początkowych lekkich, następuje dalszy przebieg nadzwyczaj poważny i naodwrót, przypadki z początkiem ostrym, ciężkim, okazują się w dalszym ciągu jako łagodne. W innych znowu razach, a nawet stale w pewnych epidemiach, stwierdzamy, że przypadki duru przebiegają nadzwyczaj podobnie i to w ten sposób, że wszystkie cechują się wystąpieniem bardzo zastraszających objawów mózgowych i choroba przebiega ciężko, w innych razach znów dur występuje stale bardzo łagodnie i chorzy mają wejrzenie prawie ludzi zdrowych, nie uskarżają się na ból głowy, a *sensorium* jest przez cały czas choroby wolne. Rozmaity ten przebieg choroby zależy, jak to wyżej wspomnieliśmy, od rozmaitych przyczyn, które odnieść należy do odporności ustroju i działania prątka Ebertha, względnie jego jadów. (Dok. nast.)

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Działanie lecznicze przestarzałej surowicy przeciwbłoniczej.

Podał
Dr. Stanisław Steiner
c. k. lekarz salinarny.

W roku zeszłym ogłosił Dr. Abba (*Centralblatt für Bacter*., Nr. 21), że surowica przestarzała, o ile jest jałowa, nie traci swej wartości leczniczej w ciągu półtora roku, a i później jest bezwzględnie nieszkodliwą, tylko z biegiem czasu staje się coraz słabszą; zatem, wnioskuje Abba, wymienianie przez aptekarzy trzymiesięcznej surowicy na świeżą niema celu.

Ścisłe badania wspomnianego autora, którym nikt nie zaprzeczył, jak niemniej zachęta ze strony prof. O. Bujwida, skłoniły mnie do zastósowania w ciągu lata ubiegłego w mojej praktyce, przestarzałej surowicy przeciwbłoniczej, napełnionej w roku 1898, w miesiącach wrześniu, październiku i listopadzie, a więc starej, a nawet już częściowo zmętniałej. W tym celu otrzymałem 20 flaszeczek 5-gramowych o sile 1000 jednostek Behringa. Doświadczenia przeprowadziłem w miesiącu wrześniu i październiku r. 1899, a wynik tych doświadczeń przedstawia się, jak następuje:

Imię i nazwisko	Wiek	Rozpoznanie	Ilość surowicy wstrzykniętej	Wynik
E. F.	12	*Diphtheritis faucium*	2000 j. B.	wyzdrowienie
A. F.	6	» »	»	»
M. R.	4	» »	»	»
B. S.	5	» »	1000 j. B.	»
K. M.	4	» »	»	»
J. M.	2	*Diphtheritis faucium et laryngis*	«	»
J. M.	12	*Diphtheritis faucium*	3000 j. B,	»
B. K.	4	*Diphtheritis faucium et laryngis*	2000 j. B.	»
S. B.	2	*Diphtheritis faucium*	»	»
S. W.	2	» »	»	»

We wszystkich 10-ciu przypadkach chorzy zgłosili się w drugim lub trzecim dniu choroby z rozległemi zmianami błoniczemi na migdałkach, podniebieniu miękiem i tylnej ścianie przełyku, a w dwóch przypadkach ze zmianami w krtani. Z doświadczeń tych, jakkolwiek na 10 ciu tylko przypadkach przeprowadzonych, mogę jednak wnosić, że surowica przestarzała, nawet zmętniała, nie traci na wartości i równa się zupełnie surowicy świeżo zebranej, a jedynie ta surowica, która już zmieniła barwę, jest do celów leczniczych zupełnie nieprzydatną. Wynik moich doświadczeń ogłaszam dlatego, aby kolegów zachęcić do dalszych doświadczeń z surowicą przestarzałą.

W końcu dodać muszę, że leczenie surowicą przeciwbłonicza zyskało sobie uznanie nawet u ludu wiejskiego, gdyż w dwóch przypadkach zgłosili się do mnie gospodarze ze wsi Szczygłowa, odległej o milę od Wieliczki, w której panowała epidemia błonicy, z dziećmi zdrowemi, prosząc o zastrzyknięcie surowicy w celach zapobiegawczych (profilaktycznych), co też uczyniłem, wstrzykując po 1000 j. B., z dodatnim skutkiem.

Na tem miejscu składam Wielmożnemu Panu Profesorowi Bujwidowi podziękowanie za zachęcenie mnie do doświadczeń nad surowicą przestarzałą i za udzielenie mi w tym celu surowicy.

Wieliczka, dnia 15 listopada, 1899 roku

V. Wyciągi.

Kapsammer. **O pierwotnej gruźlicy gruczołu krokowego**, (*Wiener klin. Wochens*. 1899, Nr. 41). Jeszcze niedawno uważano pierwotną gruźlicę gruczołu krokowego za rzecz nadzwyczaj rzadką. Dopiero badania ostatnich 6 lat dowiodły, że gruczoł krokowy nietylko prawie zawsze uczestniczy w gruźlicy innych odcinków narządu moczopłciowego, ale że bywa on nieraz pierwotnym punktem wyjścia sprawy gruźliczej. Ponieważ jednak pierwotna gruźlica gruczołu krokowego jest bądź co bądź mało jeszcze zbadaną, przeto podaje K. trzy jej przypadki z kliniki Alberta. Pierwszy dotyczy 17 l., chłopca, który nigdy nie spółkował, a zatem przez obcowanie płciowe zakazić się gruźlicą nie mógł. Choroba rozpoczęła się od obrzmienia jądra prawego, któremu towarzyszyły objawy, wskazujące niewątpliwie na zajęcie gruczołu krokowego: częste moczenie z pieczeniem w okolicy krocza, bolesne parcie na mocz. Chorego badano sondami w kierunku obecności kamienia, co stan tylko pogorszyło; później wystąpiło przebicie ogniska gruźliczego do odbytnicy, a prawdopodobnie równocześnie do pęcherza, poczem stan podmiotowy nieco się poprawił. W 9 miesięcy po początku choroby wystąpił suchy kaszel, a jeszcze w miesiąc potem nie można było fizycznem badaniem wykryć żadnych zmian w płucach, co dowodzi, że stwierdzona później klinicznie i anatomicznie gruźlica szczytów płuc rozwinęła się dopiero następowo. Sądząc z obrazu klinicznego, w którym długi czas samotnie trwały zmiany samego tylko gruczołu krokowego, należy w tym narządzie upatrywać pierwotnego siedliska choroby, pomimo, że w dalszym toku choroby wystąpiły zmiany innych także części narządu moczopłciowego, a wreszcie nerek i otrzewnej, które stwierdzono potem przy sekcyi. K. sądzi, że częsty samogwałt, któremu oddawał się chory, stworzył w gruczole krokowym *locus minoris resistentiae* dla osiedlenia się i zadziałania krążących we krwi prątków gruźliczych. Drugi przypadek dotyczy 57 l. mężczyzny, u którego z wszelką pewnością twierdzić można, że gruczoł krokowy był pierwotnie i długi czas wyłącznie gruźlicą zajęty, wprawdzie bowiem wykazano klinicznie stwardnienie prawego przyjądrza, lecz miało ono istnieć według podania chorego od lat już wielu i aż do końca pobytu na klinice wcale się nie zmieniło, z czego wnosić można, że nie była to sprawa gruźlicza. U chorego tego wytworzyła się przetoka gruźlicza w kroczu, a później prócz tego przebiło ognisko gruźlicze gruczołu krokowego do odbytnicy i pęcherza, poczem także pęcherz zajęty został sprawą chorobową. Mimo tak znacznych zmian nie występowały u chorego bardzo długo (aż na miesiąc przed wstąpieniem do kliniki), żadne zaburzenia w moczeniu, oddawaniu stolca i zdolności płciowej. Wskutek leczenia chirurgicznego i wkraplań gwajakolu jodoformowego do pęcherza wyszedł chory z kliniki ze znacznem polepszeniem. W trzecim przypadku u 22 l. chorego pojawił się w 14 dni po spółkowaniu ropiasty skąpy wypływ z cewki, po dwóch dalszych tygodniach występują strzępy serowate wśród obfitego wypływu ropiastego, co oczywiście wskazywało na przebicie ogniska gruźliczego gruczołu krokowego do cewki moczowej. W rok potem nastąpiło jeszcze przebicie do odbytnicy. Prątków gruźliczych w tym przypadku nie wykazano, co zresztą nie powinno zadziwiać, gdyż według Guyona w 50% przypadków gruźlicy dróg moczowych prątków w moczu znaleść nie można. Ze względu na usadowienie się zmian pierwotnych w części krokowej cewki nie można i w tym także przypadku myśleć o zakażeniu przy obcowaniu płciowem; autor sądzi, że czynnikiem sprzyjającym osiedleniu się prątków w gruczole krokowym był w tym przypadku częsty *coitus*, prątki zaś i w tym, jak w obu poprzednich przypadkach, dostały się drogą ogólnego krwi obiegu do gruczołu. Zresztą nie jest to rzeczą pewną, jak wogóle szczegółowa etyologia pierwotnej gruźlicy narządu moczopłciowego, a w szczególności gruczołu krokowego, dużo posiada stron zupełnie nie-

wyjaśnionych. Może z czasem rozjaśnią się one przez obfitsze, a dokładne badania anatomiczne i staranniejsze badanie kliniczne. Objawy gruźlicy gruczołu krokowego są bardzo rozmaite i zmienne: pomijając wykazanie prątków w wydzielinie gruczołu, należy zwracać uwagę na trudności w moczeniu, oddawaniu stolca, uczucie ciężkości w kroczu, bolesny, a niekiedy krwawy wytrysk nasienia; czasem zdarza się przy zajęciu gruźliczem zwieracza pęcherza mimowolne moczenie kroplami. Zresztą według Marwedela, w $^1/_3$ przypadków brakuje zgoła objawów klinicznych. — Oprócz pierwotnej, zdarza się też następowa gruźlica gruczołu krokowego według Heiberga częściej w gruźlicy kości, niż w gruźlicy płuc. Zakażenie może powstać droga krwi bezpośrednio z otoczenia, jeśli już inne części narzadu moczopłciowego są zajęte gruźlicą. Może być także, że punktem wyjścia bywają wrzody gruźlicze jelit, skąd prątki przenoszą się w głąb wzdłuż *plexus haemorrhoidalis et pudendovesicalis*. — Brama zakażenia w pierwotnej gruźlicy gruczołu krokowego jest natomiast dotąd niezbadaną. O ile pierwotna gruźlica narządu moczopłciowego u kobiet może powstać wskutek zakażenia przez spółkowanie, o tyle u mężczyzn jest to mało prawdopodobne. Zresztą nawet w takim razie należałoby się spodziewać siedliska pierwotnych zmian na prąciu, a gruczoł krokowy byłby dopiero wtórnie zajęty. Wykluczając zakażenie bezpośrednie gruczołu krokowego, pozostaje przyjąć tylko zakażenie pośrednie, drogą krwi. Możebności względnego samowyleczenia się gruźlicy gruczołu krokowego, (otorbienie i zwapnienie ognisk serowatych) dowodzą 3 przypadki Krzywickiego. Częściej jednak sprawa szerzy się coraz dalej, przebijając do odbytnicy i cewki lub pęcherza, czasem na krocze, a niekiedy dając powód do gruźlicy ogólnej prosówkowej. Najczęstsze zdaje się być przebicie do odbytnicy. (W leczeniu obok miejscowego chirurgicznego, przy którem zaleca autor, jako skuteczne, wkraplania gwajakolu, należy nie zapomnieć o leczeniu ogólnem). *Ciechanowski.*

Dr. Akopenko. **Przyczynek do sprawy leczenia barwami** *(chromoterapia)* **chorób umysłowych. Wpływ promieni barwnych na szybkość czynności psychicznych.** *(Wracz*, Nr. 35 i 36, 1899). Od dość dawna znaną jest rzeczą, iż światło wogóle, jak również i oddzielne promienie barwne, wywiera pewien wpływ na ustrój ludzki; już w r. 1876 Ponza a za nim Taguet i Davies próbowali leczyć niektóre choroby umysłowe zapomocą światła kolorowego; dotychczas jednakże nie przeprowadzono w tym kierunku ścisłych badań i przeważnie błądzono poomacku. Autor, wychodząc z założenia, iż dotychczas leczenie chorób umysłowych stoi b. nizko i że z tego względu nie należy gardzić żadnym środkiem, który może przynieść choćby ulgę wielu nieszczęśliwym, przeprowadził w pracowni i pod kierunkiem prof. Bechterewa szereg ścisłych (psychometrycznych) doświadczeń nad wpływem promieni barwnych na szybkość czynności psychicznych u człowieka, używając do tych doświadczeń ludzi inteligentnych i przeciętnie zdrowych. Na zasadzie tych doświadczeń autor przychodzi do następujących wniosków: światło kolorowe wywiera stanowczo wpływ na szybkość czynności psychicznych i przytem różne promienie wywierają wpływ różny, zależnie od położenia w widmie: promienie czerwone działają najbardziej ożywiająco i przyspieszająco na czynności psychiczne, przyczem zmienia się także nastrój człowieka badanego; czuje się on żwawszym, weselszym, dzielniejszym, odczuwa potrzebę ruchu, działania (prócz tego zauważył autor u osób badanych ustępowanie bólu głowy pod wpływem światła czerwonego). Barwa żółta zdaje się nie wywierać wyraźnego wpływu ani na szybkość czynności psychicznych, ani też na nastrój, co autor tłómaczy tem, iż barwa żółta zbliża się dość znacznie do światła dziennego i ztąd wpływ jej uchwycić się nie daje. Poczynając od barwy zielonej i idąc w kierunku promieni chemicznych widma, daje się zauważyć wprost przygniatający wpływ tych promieni: barwa zielona wpływa na niektórych badanych jeszcze tylko uspokajająco; czynności psychiczne odbywają się u nich nieco wolniej, wyobraźnia milknie, a występuje uczucie spokoju; inni jednak badani odczuwali już tylko przygnębienie. W kierunku promieni fiołkowych wpływ ten przygniatający, zwalniający czynności psychiczne, wzmaga się i dosięga szczytu przy promieniach fiołkowych, które nadzwyczaj silnie wpływają na obniżenie szybkości czynności psychicznych i na ustrój. Prócz tego, przy dłuższym pobycie w świetle fiołkowem, chorzy dostają bólu głowy. Co się tyczy własności wspólnych wszystkim barwom, to: 1) *maximum* wpływu na ustrój osiągają one w 1-szej godzinie działania, później ustrój przystósowuje się i przyzwyczaja do nich; 2) wpływ ten nie ustępuje zaraz po zmianie oświetlenia, a być może następowo w świetle dziennem nawet wzmaga się; 3) najsilniejszy wpływ wywierają dane promienie w pierwszych dniach działania, później wpływ ten zmniejsza się, jednak wystarcza 3—4-dniowa przerwa, aby wpływ ten wystąpił w dawnej mocy. Opierając się na tych doświadczeniach, autor rozpoczął obecnie szereg doświadczeń klinicznych nad wływem barw na umysłowo chorych i przyrzeka wyniki tych doświadczeń również ogłosić drukiem.

Dr. Gliński.

Prof. Dr. Jonnesco (z Bukaresztu). **O wycięciu zwoju górnego nerwu spółczulnego w przypadkach jaskry.** *(Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 18, 1899). Technikę operacyi opisuje autor w sposób następujący: cięcie skórne przebiega od górnego kąta szczęki dolnej wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostko-sutko-obojczykowego. Odpreparowany mięsień odciąga się ku tyłowi i zewnątrz, krtań zaś ku przodowi. Po przecięciu powięzi głębokiej szyi przesuwa się tętnicę dogłowową i nerw błędny ku przodowi, żyłę szyjną zaś ku tyłowi i po przecięciu powięzi przedkręgosłupowej, odszukuje się wspomniany zwój nerwowy i wyrywa go się po przecięciu gałązek do- i odprowadzających. Tę operacyę wykonywa i zaleca autor w przypadkach jaskry, wychodzi bowiem z założenia, że przyczyną tego cierpienia jest silne podrażnienie nerwu spółczulnego, który podrażniony, wywołuje rozszerzenie źrenicy, skurcze mięśni gładkich gałki ocznej i wzmożone wydzielanie się cieczy wodnistej, a tego wszystkiego następstwem jest nadmierne napięcie gałki ocznej i utrudniony odpływ cieczy wodnej. Po wyjęciu zwoju ustępuje podrażnienie nerwu, a w dalszym ciągu i objawy przez nie wywołane.

Najlepsze wyniki widział Jonnesco w przypadkach jaskry prostej *(glaucoma simplex)* i w przypadkach jaskry przewlekłej bez okresu zwiastunów, w których wycięcie tęczówki mało skutkuje. Wynik był nawet dodatni tam, gdzie poprzednio wykonane wycięcie tęczówki pozostało bezskuteczne. W innych przypadkach jaskry wyniki operacyi są problematyczne, gdyż w tych, oprócz zadrażnienia nerwu spółczulnego, występują objawy zapalne w samej gałce ocznej. Operacyę wykonał w ośmiu (8) przypadkach, z tych trzy (3) razy bez wyniku dodatniego.

Dr. E. Karchesy.

Babiński & Charpentier. **Zniesienie odruchów źrenicznych i jego stosunek do kiły.** *(Annal. de dermat. et syph.* 1899, 7). Autorowie starają się wykazać, że zniesienie odruchów źrenicznych, a w szczególności oddziaływania na światło, jeżeli jest stałe i nie zależy ani od zmian samego oka, lub nerwu wzrokowego, ani też nie towarzyszy porażeniu nerwu okoruchowego, — stanowi prawie swoistą oznakę kiły bądźto dziedzicznej, bądź nabytej. Punktem wyjścia do tego przypuszczenia było zniesienie oddziaływania na światło, istniejące prawie zawsze w wiądzie rdzenia pacierzowego, którą to chorobę uważają autorowie zgodnie z Fournierem i licznymi jego zwolennikami wprost za przejaw kiły. Aby sprawdzić swoje z góry powzięte, a na bądźcobądź zawsze jeszcze tylko przypuszczalnym związku wiądu z kiłą oparte mniemanie, zbadali autorowie dokładnie odruch źreniczny u 1200o sobników prawidłowych (zdrowych żołnierzy), a stwierdziwszy, że był on we wszystkich tych przypadkach prawidłowy, zbadali z kolei dzieci, obarczone kiłą dziedziczną, a należące do 5 rodzin, dalej 10 osób z kiłą nabytą i 2 osoby z nie-

pewnem rozpoznaniem kiły. We wszystkich tych przypadkach źrenice nie oddziaływały na światło, wobec czego uważają autorowie objaw ten za bardzo pomocny w rozpoznawaniu kiły. Ze względu na szczupłą swą statystykę wahają się jeszcze autorowie uznać go za objaw swoisty; w każdym razie zachęcają syfilidologów i neuropatologów do dalszych badań w tej sprawie. *Z.*

Prof. F. Krause. **O operacyjnem leczeniu ciężkich nerwobólów potylicznych.** *(Archiv f. klin. Chirurg.* T. 59, Z. II). Nerwy potyliczne, duży i mały i n. uszny duży przebiegają w blizkiem sąsiedztwie tak, że w przypadkach nerwobólu trudno oznaczyć, która gałąź jest jego przyczyną, W dodatku często spotykamy tu przeróżne odmiany anatomiczne, o czem chirurg pamiętać musi. Cięcie skórne prowadzi K. 3 ctm. poniżej guzowatości kości potylicznej w pobliżu linii środkowej, poczem prawie poziomo posuwa się ku wyrostkowi sutkowemu, nie dochodzi jednak do tego ostatniego na 2 ctm. i schodzi skośnie ku dołowi i przodowi po tylnej krawędzi m. mostko-sutko-obojczykowego aż do wysokości kości gnykowej (więc około 7 ctm.). Całe prawie cięcie przebiega w skórze owłosionej, — okoliczność korzystna ze względu na poźniejszą bliznę. Obwodowe gałązki nerwów odszukujemy, odpreparowując górny brzeg rany. Pień zaś centralny nerwu potylicz. dużego przechodzi przez ścięgno m. kapturowego, okazuje się następnie na wewnętrznym brzegu m. kłębkowatego *(splenius)*, a w dalszym przebiegu przebija znów gruby m. półościowy *(semispinalis capitis)* i tu zwykle tworzy jeden pień. By módz śledzić dalej za nim, potrzeba przeciąć poprzecznie m. kłębkowaty i półościowy. Widzimy wtedy, że n. potyliczny wielki, a obok niego n. potyliczny trzeci, jako gałązka 3 gałęzi nn. szyjowych, leży na tylnej powierzchni m. prostego tylnego głowy wielkiego (rectus capitis posticus maior) a potem na tejże powierzchni m. skośnego dolnego głowy (obliquus capitis inferior).

Pień II n. szyjnego wraz z odpowiednim zwojem leży zewnątrz kręgów, więc bez naruszenia kości możemy wyłuszczyć ten zwój, wykonać zatem możemy operacyę równoznaczną z wycięciem zwoju Gassera przy nerwobólu n. trójdzielnego.

Nerw potyliczny mniejszy, wraz z nerwem usznym, spotykamy zwykle na tylnym brzegu m. mostko obojczykosutkowego na wysokości kości gnykowej. Zwykle ten ostatni bywa najgrubszym ze wszystkich nerwów, wychodzących ze splotu szyjnego.

Po takiej operacyi, mimo, że i gałązki ruchowe zostały poprzecinane, nie widział K. złych następstw.

Herman.

Rositzky. **Prosty sposób odkażania odzieży zapomocą formalinu, nadający się dla lekarzy praktycznych.** *(Münch. med. Wochs.* 1899, 42). Zasada pomysłu R. jest znany sposób Czaplewskiego, względnie Prausnitza, w którym zamiast kosztownych przyrządów rozpyla się formalinę z parą wodną zapomocą dość prostego rozpylacza. R. zmierza do tego, aby lekarze praktyczni łatwo mogli odkażać swoją własną odzież, która w pewnych warunkach mogłaby pośredniczyć w rozszerzaniu się jakiejś choroby zakaźnej, a która do odkażenia parą wodną potrzebuje więcej czasu i przy tem się niszczy. W tym celu poleca R. zwykły blaszany kociołek, ogrzewany lampką spirytusową, którego pokrywa połączona jest rurką kauczukową ze szklanną rurką, tkwiącą w ścianie niewielkiej szafy. Można do tego celu użyć dowolnej szafy, lub zbudować nieco szczelniejszą od zwykłej tanim kosztem. Odzież w szafie należy szeroko rozwiesić, a szczeliny zalepić gliną, lub zatkać wałeczkami z waty (używanymi w zimie do okien). Rurka szklanna kończy się wewnątrz szafy zwykłem zakończeniem rozpylającem (spray), zanurzonem w miseczce, zawierającej 100 ctm.^{3} 40% formaliny; nalawszy do kociołka blaszanego $^1/_2$ litra wody i ogrzawszy go przez $^1/_2$ godziny, kończy się rozpylanie, a pozostawiając szafę zamkniętą, przedłuża działanie rozpylonej cieczy do 9 godzin. Jest to czas wystarczający do odkażenia odzieży, jak przekonał się R. w doświadczeniach z sukniami, zakażonemi prątkami błoniczym, okrężnicowym i gronkowcem. Aby uwolnić odzież od zapachu formaliny, można na $^1/_2$ godziny przed otwarciem szafy przepuścić przez nią pary amoniaku, używając na 100 cm.^{3} rozpylonej formaliny 250 ccm. 10% roztworu amoniaku (z apteki) lub 100 ccm. 25% roztworu (sprzedawanego w handlach). Gotowe przyrządy sprzedaje firma Baumann, Wiedeń VII, Florianigasse. *C.*

Doc. Dr. S. Gottschalk. **Działanie styptycyny przy krwawieniu z narządów rodnych niewieścich.** *(Therapie der Gegenwart.* Sierpień 1899). Styptycynę, jużto w postaci miąższowych wstrzykiwań, już też wewnętrznie, uważa autor za lek dobrze i pewnie działający, nie mający innych ubocznych wpływów, jak chyba działanie nieco uśmierzające. Skuteczność styptycyny autor stwierdził w przypadkach krwawień czysto klimakterycznych, w przypadkach złego zwinięcia się macicy po porodzie, względnie poronieniu, jeżeli ten brak dobrego zwijania się nie pochodzi od zatrzymania części składowych jaja płodowego; następnie w przypadkach krwawień, spowodowanych schorzeniem przydatków i tkanki okołomacicznej; dalej w przypadkach krwawień wskutek przekrwienia, w przypadkach włókniaków, jeżeli one nie są podśluzowo umieszczone, wreszcie w przypadkach krwawień wskutek grożącego poronienia, skoro jeszcze niema wyraźnych skurczów macicy.

Działanie styptycyny zdaje się autorowi polegać na oddziaływaniu na ośrodki oddechowe mózgu i rdzenia, jakoteż na nerw spółczulny; środek ten leczniczy zwalnia ruchy oddechowe i obniża następowo ciśnienie krwi. Ten sposób działania tłómaczy powstrzymywanie krwotoków płucnych przez podawanie styptycyny. *St. D.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thiocol zaleca Schnirer w zastępstwie kreozotu przeciw gruźlicy płucnej. Przetwór ten stosuje autor od dwóch lat z wynikiem bardzo dobrym, a wobec tego, iż w przeważnej liczbie przypadków pacyenci należeli do klasy robotników i nie byli w możności przez odpowiednią zmianę życia korzystnie współdziałać w zwalczaniu choroby, przypisuje autor owe dobre wyniki działaniu tiokolu. Tiokol nie działa żrąco, jest bezwonny, a w wodzie się rozpuszcza. Schnirer podaje ten przetwór w dawkach od 3—6 grm. dziennie w proszkach, albo w roztworze, wraz z syrupem malinowym, lub też w końcu w postaci siroliny. *J. L.*

Sulfosot, kreozotosiarkan potasowy, znajdujący się w handlu z powodu swej higroskopijności jako *Syrupus Sulfosoti*, jest przetworem bezwonnym, smaku gorzkawo-słodkawego. Schnirer zaleca go również w gruźlicy płuc. Działa tak jak tiokol, jest jednak od tego o wiele tańszym. *(Klin. therap. Wochenschrift, Nr. 36, 1899).* *J. L.*

Iridinum przedstawia się jako proszek brunatny, w wyskoku rozpuszczalny (otrzym. z *Iris versicolor)*. Przetwór ten oddawna bywa stosowany w Ameryce jako *catharticum, cholagogum, emeticum* i *diureticum*. W nowszych czasach polecają irydyn lekarze angielscy, jako środek podniecający wydzielanie się żółci, a jak to Bain wykazał, podniecenie to odnosi się nie tylko do ilości żółci, ale także do ilości jej składników stałych. Według Rutherforda potęguje się działanie irydynu, jeżeli podaje się go z żółcią wołu, przepisując: *Rp. Iridini, Bilis rectif. siccat. aa 5·00 Mucilag. gummi arab q. s. ut fiat mass. pill. D. pill. Nr. 100, Consp. pulv. Cinnam. S. 4 pigułki przed spaniem.* Rano dnia następnego należy zażyć środek przeczyszczający. *(L'Independence 25. 1899 p. Allg. Wr. med. Ztg. 30. 1899).* *J. L.*

Dormiol, środek działający kojąco, doświadczał Meltzer na licznym materyale umysłowo chorych i zauważył u mężczyzn w 75%, a u kobiet w 80% przypadków znaczne uspokojenie się chorych, przedtem bardzo niespokojnych. U osób nerwowych lub będących w stanie lekkiego podniecenia umysłowego wystarczała dawka 0·5 grm. dormiolu do wywołania snu spokojnego. Dawki 2 do 3 grm., podawane w przypadkach cięższych, nie wpływały ujemnie

na tętno i oddechanie. Dormiol podawano w roztworze wodnym 1:5 lub 1:10, albo też w postaci mięszanki: *Dormioli, Mucilag. gummi arab, Syrup. simpl. aa. 10·0 Aquae destillatae 120·0 MDS. Podać 1—2 łyżek po poprzedniem silnem zakłóceniu.* Dormiol rozpuszcza się również w olejach tłustych, można go przeto podawać w postaci kapsułek żelatynowych. *(Therap. Revue d. Allg. Wr. med. Ztg. 30. 1899).* *J. L.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 8 listopada 1899 r.

Przewodniczy kol. prezes prof. Pieniążek. — Członków obecnych 26.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Na przewodniczącego Komisyi przedwyborczej dla wyboru urzędników Towarzystwa na rok przyszły wybrano w myśl wniosków komitetu kol. prof. Jakubowskiego, na członków koll.: Borzęckiego, Bossowskiego, Browicza, Buzdygana, Drobę, Filipkiewicza, Górskiego, Grażyńskiego, Gwiazdomorskiego, Jungera, Kędziora, Kirschnera, Krzyształowicza, Kostaneckiego, Lustiga, Landaua Jana, Reissa, Rosenblatta, Rutkowskiego, Schoenguta, Ściborowskiego, Spirę, Surzyckiego i Świtalskiego.

Na członków czynnych przyjęto koll. Drobę Stanisława, Urbanika Ryszarda, Gawlika Jana i Majewskiego Juliana.

Kol. Borzęcki przedstawił przypadek *mycosis phungoides* u 45-cioletniego mężczyzny i omówił zapatrywania na istotę tej choroby. Choroba rozpoczyna się okresem wypryskowym, drugi okres cechuje się naciekami w skórze, trzeci wytworzeniem guzów. Podczas całego przebiegu choroba jest przyczyną silnego świądu, bardzo chorym dolegającego. U przedstawianego chorego można obserwować w różnych miejscach skóry wszystkie trzy okresy choroby. Trzeci okres uwydatnia się dwoma guzami na przedniej powierzchni klatki piersiowej w okolicy dołków Mohrenheima, płaską guzowatością w skórze okolicy lędźwiowej lewej i w skórze uda prawego. Chory ma być operowany przez kol. Bossowskiego w szpitalu Bonifratrów.

W rozprawach brali udział koll.: Bossowski, Zarewicz, Pieniążek i Browicz.

Kol. Krzyształowicz mówił: »O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny«. (Rzecz przeznaczona jest do druku). Wykład połączony był z demonstracyami chorych, dowodzącemi, że nowa metoda daje wyniki bardzo korzystne. Obecni podziękowali prelegentowi żywymi oklaskami.

W dyskusyi kol. prof. Zarewicz podnosił, że liszaj żrący jest chorobą w zasadzie uleczalną. Jeżeli wyniki leczenia dotychczas nie były dobre, to dlatego, że brak nam było odpowiedniej metody. Taką metodą może się okazać metoda Unny. Jej zaletami są: 1) że sprowadza blizny gładkie, ładne, 2) że oszczędza, o ile możności, tkanki zdrowe, 3) że przez połączenie metody diaskopii z metodą kołkowania pozwala wyśledzić i usunąć poszczególne ogniska chorobowe.

W rozprawach zabierali obok tego głos koll.: Borzęcki, Boczar, Bossowski i Sroczyński.

Sekretarz doroczny: *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

XXIII. Zgromadzenie ogólne, odbyte w dniu 7 kwietnia 1899 r.

Członków obecnych 26. Przewodniczący Radca Dworu Prof. Dr. E. Korczyński.

1. Przewodniczący wyjaśnia, że obecne Zgromadzenie Ogólne jest właściwie XXIV z rzędu, albowiem pierwsze Zgromadzenie, odbyte w dniu 1 listopada 1875 r., dotyczyło zawiązania i ukonstytuowania się Towarzystwa.

2. Na wniosek Przewodniczącego zgromadzeni przez powstanie oddali cześć zmarłym członkom Wydawnictwa, w pierwszym rzędzie ś. p. Prof. Drowi Alfredowi Obalińskiemu i Drowi Ludwikowi Wieszniewskiemu, którzy od początku założenia Towarzystwa byli gorliwymi członkami Wydziału, jak niemniej Drowi Stanisławowi Janie, Drowi Witoldowi Jaroszyńskiemu, Drowi Romanowi Jasińskiemu i Drowi Władysławowi Madejskiemu.

3. Co do postępu wydawnictw dzieł, zawiadamia Przewodniczący, że II wydanie Podręcznika chorób żołądka Prof. Dra Jaworskiego, dedykowane Prezesowi Wydawnictwa, zostało ukończone i rozesłane członkom i prenumeratorom Wydawnictwa, jako premium bezpłatne za rok 1897.

Jako bezpłatne premium za r. 1898 rozesłano członkom i prenumeratorom Wydawnictwa dzieło Dra Wilhelma Piska pod tyt. Terapia chorób serca i naczyń krwionośuych, Cz. I, łaskawie przez autora Wydawnictwu ofiarowane i jego własnym kosztem wydane, a Prezesowi Wydawnictwa, na Jego 25-letni jubileusz zawodu profesorskiego, poświęcone.

4. Trzeciem z rzędu dziełem, którego druk zbliża się do ukończenia, jest dzieło oryginalne Prof. Dra L. Wachholza pod tyt.: Podręcznik Medycyny Sądowej, które autor poświęcił również Prezesowi, jako dar jubileuszowy Jego 25-letniej działalności profesorskiej. Dzieło to rozesłane zostanie członkom i prenumeratorom Wydawnictwa, jako premium bezpłatne za rok 1899 i 1900.

Wobec kosztownych wydań Podręcznika chorób żołądka Prof. Dra Jaworskiego i Podręcznika Medycyny Sądowej Prof. Dra L. Wachholza, wydatki Wydawnictwa znacznie się zwiększyły, albowiem koszta wydania pierwszego dzieła wynosiły łączną kwotę 917 złr 41 ct. w. a., koszta zaś wydania dzieła Prof. Wachholza wynosiły kwotę 2179 złr. 56 ct. w. a.

5. Na wniosek komisyi kontrolującej, złożonej z Dra M. Buzdygana i Dra J. Różeckiego, uchwalono Wydziałowi Wydawnictwa absolutoryum z rachunków za rok 1898 i wybrano tych samych członków do komisyi kontrolującej rachunki z roku 1899.

6. Do Wydziału Wydawnictwa wybrano tych samych członków, a w miejsce zmarłego Prof. Obalińskiego, członkiem Wydziału obrano Dra St. Kwiatkowskiego, podskarbiego i administratora Wydawnictwa. Zastępcą członka Wydziału mianowano Dra Gustawa Bielańskiego c. k. starszego lekarza powiatowego w Krakowie.

7. Przewodniczący zawiadamia o staraniach, jakie podjął co do wydania następnych dzieł. Dotyczą one Chirurgii, Balneologii i Anatomii patologicznej. Rokowania z autorami nie są jeszcze ukończone, nie ulega jednak wątpliwości, że w następnym roku rozpocznie się druk dzieła nowego, które powiększy liczbę dzieł oryginalnych, dotychczas wydanych.

8. Na wniosek Wydziału Zgromadzenie mianowało jednogłośnie członkami honorowymi Wydawnictwa Profesora Dra Przemysława Pieniążka, który bezintesownie odstąpił Wydawnictwu cały nakład swego dzieła pod tyt. »Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy«, jak niemniej »Uzupełnienie« do tego dzieła, które w roku 1887 przez Wydawnictwo wydanem zostało i Dra Wilhelma Piska, który nietylko odstąpił Wydawnictwu bezpłatnie rękopis dzieła pod tyt. »Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych« Cz. I, ale nawet poniósł koszta wydania tego dzieła, chcąc w ten sposób dostarczyć Wydawnictwu bezpłatnego premium, należącego się członkom Wydawnictwa za rok 1898.

9. Sekretarz, podskarbi, a zarazem administrator Wydawnictwa, zdaje sprawę ze stanu liczebnego członków, oraz funduszów Wydawnictwa, a mianowicie:

Z końcem roku 1897 liczba członków wynosiła 268 (3 członków honorowych, 90 czynnych, 175 prenumeratorów). W ciągu roku 1898 umarło członków czynnych 3, prenumeratorów 2; wstąpiło prenumeratorów 17, pozostaje więc z końcem roku 1898 3 czł. honowych, 87 członków czynnych i 190 prenumeratorów; razem 280.

10. Dochód wynosił w roku 1898 584 złr. ct 8 w. a. (a mianowicie pozostałość z r. 1897 złr. 20 ct. 92 w. a., wkładki członków i prenumeratorów 276 złr. 88 ct. w. a. Odsetki od papierów wartościowych złr. 112; ze sprzedaży książek złr. 161 ct. 96 w. a., zwrot portoryum od przesyłki premii złr. 12 ct. 32).

Rozchód wynosi 1593·78 złr w. a. (a mianowicie: reszta kosztów druku »Podręcznika chorób żołądka« Prof. Jaworskiego 652·24 złr.; część kosztów dzieła Prof. Wachholza »Podręcznik medycyny sądowej« 711·11 złr., portorya premii dla członków i prenumeratorów, oraz książek sprzedanych 51·85 złr. Koszta ściągania wkładek zaległych 7·56 złr. Koszta administracyi i wydatki kancelaryjne 158·18 złr., niedobór zatem

z roku 1898 wynosi 1009·70 złr. w. a., który pokryto z majątku Towarzystwa.

Majątek Towarzystwa, który z końcem roku 1897 wynosił 5775·53 złr. w. a., wynosi z końcem grudnia 1898 kwotę 4854·32 złr. w. a. Z tego 2711·80 złr. w obligacyach propinacyjnych galicyjskich, 2061·15 złr. na książeczkach wkładkowych, 81·37 złr. w gotówce.

11. Sekretarz Wydawnictwa Dr. Kwiatkowski zdaje sprawę ze stanu sprzedaży dzieł, z którego wynika, że różnica zwrotu kosztów nakładów wszystkich dotychczasowych dzieł (prócz Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej i trzech ostatnich dzieł) wynosi jeszcze 1079·55 złr. w. a.

12. Przewodniczący dziękuje Zgromadzonym za gorliwy udział w pracach Wydawnictwa i prosi o dalsze poparcie.

13. W tej chwili, gdy Przewodniczący zamierzał zamknąć posiedzenie, podniósł się Zastępca Prezesa, Prof. Dr. Stanisław Domański i obejmując przewodnictwo „pod nieobecność Przewodniczącego“, — na podstawie jednogłośnej uchwały Wydziału Wydawnictwa, przedstawia następujący wniosek Wydziału:

„Zgromadzenie ogólne Członków Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie, w uznaniu zasług Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego na polu krzewienia piśmiennictwa lekarskiego polskiego wogóle, a w szczególności w uznaniu Jego niezmordowanej i długoletniej dla Wydawnictwa działalności i pomnąc, że Wydawnictwo Jemu zawdzięcza swoje powstanie, Jego pieczołowitości swój rozwój, uchwala zmianę § 1. dotychczasowego Statutu w tem brzmieniu, by odtąd (po zatwierdzeniu rządowych Władz) Wydawnictwo nosiło miano: Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego«.

Wniosek ten przez aklamacyę został przyjęty, poczem zastępca Przewodniczącego, Prof. Dr. St. Domański, konstatując jednomyślność, oświadczył, że uchwałę tę poda do wiadomości c. k. Namiestnictwa. (Tę zmianę Statutu zatwierdziło rzeczywiście c. k. Namiestnictwo reskryptem z dnia 24 czerwca 1899).

Dr. St. Kwiatkowski, sekretarz.

VIII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

XIII. Escherich (z Gracu): *Badania nad chorobliwością (morbiditas) dzieci w rozmaitym wieku.* Dla porównań i zestawień statystycznych, dotyczących wieku dziecięcego można użyć przypadków, będących w tym samym wieku. E. ugrupował przypadki ostatnich czterech lat (1895—1898 włącznie) podług wieku i podług miesiąca roku, w którym je obserwowano w szpitalu św. Anny. W badaniach tych pospieszył autorowi z pomocą profesor statystyki Mischler, a Akademia Umiejętności udzieliła znacznej zapomogi*). Zestawienia wykonał E. według następującego szematu:

a) wszystkie przypadki jednego rodzaju dodawał i otrzymywał w ten sposób linię krzywą chorobliwości wieku dziecięcego;

b) wszystkie rodzaje choroby grupował razem, a udział każdej gromady w chorobliwości ogólnej każdego roku życia obliczał i przedstawił graficznie;

c) wszystkie przypadki jednego rodzaju choroby dodawał, a udział każdego roku życia oznaczał odsetkowo. Otrzymuje się w ten sposób dla każdej choroby linię krzywą wieku, której szczyt przypada na te lata, w których choroba ta najczęściej się pojawia;

d) dla każdej choroby wykreśla się krzywą miesięcy, a wyraźne i stałe różnice są wskazówką dla etyologii i patogenezy.

Wnioski badań swych zbiera E. w następujące twierdzenia:

1) Wiek dziecięcy okazuje wielką skłonność do chorób, która od pierwszego roku życia się zmniejsza, a odpowiednio do wieku dziecka rodzaj i przebieg choroby ulega pewnym prawidłowym zmianom, spowodowanym z jednej strony przez właściwości fizyologiczne ustroju, z drugiej przez warunki zewnętrzne, które w tym samym wieku życia są regularniejsze u dzieci, aniżeli u dorosłych.

2) Powolny rozwój narządów u osesków objawia się czynnościowem osłabieniem narządu trawienia i niedostateczną zdolnością przystosowania się do życia pozapłodowego.

3) W drugiej połowie pierwszego roku życia rozpoczynają się zaburzenia w budowie rosnącego ustroju (krzywica, niedokrewność, zołzy), a dosięgają punktu kulminacyjnego w drugim i trzecim roku życia. W tym wieku pojawiają się wskutek nieczystości dzieci choroby, polegające na zakażeniu, jak: błonica, krztusiec, gruźlica miejscowa, pasorzyty narządu trawienia itd.

4) Od 5-go roku życia równocześnie z rozpoczęciem uczęszczania do szkół pojawiają się choroby osutkowe ostre z następowemi chorobami serca i nerek. W wieku tym, wskutek nadmiernego wytężenia fizycznego i umysłowego, pojawiają się tak zwane choroby szkolne (*Schulkrankheiten*). Zresztą choroby tego okresu zbliżają się bardzo do wzoru chorób u dorosłych. (Gościec stawowy, zapalenie śródsierdzia, dur, zapalenie płuc dławcowe, taniec św. Wita, nerwice czynnościowe itp.).

5) Z przewlekłych chorób zakaźnych mnożą się z wiekiem przypadki gruźlicy, podczas gdy liczba przypadków kiły się zmniejsza. W wieku dziecięcym przeważa skłonność do gruźlicy miejscowej, szczególnie narządu chłonnego. Gruźlica prosówkowa również najczęściej pojawia się do 4-go roku życia.

6) Ponieważ wiek dziecięcy należy uważać za okres przygotowawczy do walki o byt w wieku dojrzałym, przeto zadaniem lekarza jest zapobiedz niestosunkowi, któryby się mógł wytworzyć pomiędzy szkodliwościami działającemi, a stanem zdrowia odpowiednego osobnika.

XIV. Biedert (z Hagenau): *Stacya dla badania żywienia, jako konieczność naukowa, państwowa i humanitarna.* Na podstawie przedłożonego szematu, który ma uzasadnić konieczność utworzenia podobnego zakładu, omawia prelegent żywienie dzieci. Co do mleka matki, należy zwrócić uwagę na skład jakościowy mleka, na własności chemiczne pojedynczych jego składników (Biedert, E. Pfeiffer, Camerer i Söldner, Schlossmann, Siegfried, Wróblewski, Szontagh, Knöpfelmacher) i na czystość ze stanowiska bakteryologicznego; przy mleku krowiem zaś, należy dbać o stan zdrowia krów, szczególnie ze względu na gruźlicę, o rodzaj paszy i o przygotowanie mleka, zwracając baczną uwagę na czystość, oględziny bydła przez weterynarza i na chładzanie mleka. Obecnie dla otrzymania czystego mleka poddajemy je pasteuryzacyi (t. j. gotowaniu przez dłuższy czas w ciepłocie 70° C.,) przez co drobnoustroje chorobotwórcze ulegają zniszczeniu, a smak mleka i białko nie ulegają zmianie, lub wyjałowieniu (t. j. gotowaniu w wyższej ciepłocie) dla zniszczenia bakteryj gnilnych, *b. coli* i *proteus.* Co do metod karmienia osesków ogromna panuje niezgoda: gdy bowiem jedni używają mleka rozcieńczonego, inni podają czyste, nierozcieńczone, kierując się nieszkodliwością sernika, który ma zastępować tłuszcz i węglowodany mleka kobiecego; inni znowu kładą nacisk na szkodliwe objawy zakażenia krwi przez wrzekomo strawiony sernik, lub przez tłuszcz, a ten ostatni chcą zastąpić węglowodanami (Malton), zamiast cukru mlekowego. Podczas gdy jedni podają tę samą mięszankę przez cały czas karmienia, inni stopniowo dochodzą do czystego mleka. Ilość pokarmu i potrzeba pokarmu ulegają znacznym zmianom, zależnie od osobnika.

Po omówieniu żywienia dorosłych, szczególnie dorosłych chorych, wskazuje B. na doniosłość utworzenia stacyi doświadczalnej dla systematycznego badania sposobów żywienia i omawia obszernie sposób urządzenia podobnych stacyj, jako też wartość ich dla nauki, państwa i dla ludzkości.

W rozprawie Ranke i inni przychylni są utworzeniu podobnego zakładu, nie uważają jednak chwili obecnej za stósowną ze względów materyalnych.

Stoss (z Berna) widział tylko dwa przypadki choroby Barlowa po podawaniu mleka Gärtnerowskiego; po podawaniu mleka wyjałowionego choroby tej nie widział. Zwraca uwagę na doniosłość rodzaju paszy.

Camerer (z Urach) proponuje na razie utworzenie jednej stacyi w Berlinie, z oddaniem jej w łączne kierownictwo dzielnego chemika, bakteryologa, patologa i pedyatry. Escherich, mimo wielokrotnych badań, tylko raz widział po mleku Gärtnerowskiem chorobę Barlowa i sądzi, że w przypadkach Stossa mleko Gärtnera nie było powodem choroby Barlowa.

XV. Comby (z Paryża): *Kamica nerkowa u osesków.* C. miał sposobność w przeciągu 2 lat widzieć 48 przypadków kamicy

*) Sprawozdawca nie może ominąć sposobności, by nie zwrócić uwagi, na jakie trudności u nas prace tego rodzaju napotykają, gdyż już od lat 3 upomina się o wykonanie podobnej statystyki dla szkół. Niestety bez skutku. *Przypisek sprawozdawcy.*

nerkowej u osesków i zwraca uwagę na częstość tej choroby, jeżeli się dokładniej bada przypadki na stole sekcyjnym. Najczęściej zdarza się u dzieci wyniszczonych, a nie występuje u dzieci dobrze odżywionych, karmionych przez matkę, lub dobrą mamkę. Nie jest to choroba dziedziczna, lecz nabyta, a powstaje przez strącenie się kwasu moczowego pod postacią moczanu sodowego lub amonowego. Kamyki te są zaokrąglone lub nieregularne, twarde i mogą spowodować zatkanie moczowodu, następowo puchlinę nerkową (*hydronephrosis*) lub kolkę nerkowę. W dalszym rozwoju mogą się kamyczki dostać do pęcherza moczowego, uledz powiększeniu i spowodować zaburzenia, wywoływane przez kamienie pęcherza. Zazwyczaj rozpoznanie cierpienia robi się na stole sekcyjnym, gdyż symptomatologia cierpienia z powodu młodego wieku pacyentów jest ciemna. Rokowanie jest wątpliwe; jeżeli pacyenci przetrzymają napady, cierpienie to później znowu się odnawia i według C. w wielu przypadkach kamicy nerkowej lub pęcherza można cierpienie odnieść do pierwszego roku życia. Zapobieganie polega na dobrem karmieniu osesków i podawaniu odpowiedniej ilości mleka dla przepłókania tkanek nerkowych i rozcieńczenia moczu.

Rozprawy, podobnie jak wykład sam odbywały się wyjątkowo dla odznaczenia dzielnego pedyatry w języku francuskim i tak: Ranko (z Monachium) sądzi, że tworzenie się kamieni jest w związku z zawałem (infarktem) moczanowym noworodków. Heubner zapytuje prelegenta o wiek dzieci, dotkniętych kamicą i jaki materyał one stanowią, na co Comby odpowiada, że były to dzieci z polikliniki, w wieku 2, 3, 6 i 9 miesięcy. Finkelstein (z Berlina) również często widział kamyki w miedniczkach nerkowych; nie mają one jednak nic wspólnego z zawałem moczanowym, powstają one przez rozkład tkanek (n. p. w przebiegu ostrych chorób jelit) w tych przypadkach, w których wydzielanie kwasu moczowego jest wzmożone. Soltmann (z Lipska) nie tak rzadko widział cierpienie po obfitej utracie soków. Meinert (z Drezna) sądzi, że kamyczki w moczu znajduje się przy znacznem jego zagęszczeniu. Fischl (z Pragi) odnosi powstawanie kamieni do sztucznego karmienia, wyjaławianie mleka, sole itp. przyczyniają się jednak do szybszego wytworzenia tychże. (C. d. n.).

IX. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

VII.

Ustawa z dnia 23 grudnia 1874, od nazwiska wnioskodawcy nazwana *„Loi Roussel“*, wkłada na państwo obowiązek wyjątkowo troskliwego czuwania nad wiekiem dziecięcym. W departamencie Sekwany, w którego obrębie leży Paryż, jest ona najlepiej wykonywana. — Oto obraz stosunków, panujących pod tym względem: W biórach *Assistance publique* istnieje osobny oddział pod nazwą *„Service des enfants assistés“*, a zakres jego działania jest nadzwyczaj obszerny. — Dzieci znalezione (podrzutki), dzieci nieślubne, urodzone najczęściej w szpitalu, których matki, zmuszone pracować na życie, nie mają czasu się nimi zajmować, dzieci rodziców ubogich, dzieci rodziców obłożnie chorych, pozostających w więzieniu, dzieci rodziców, niemoralnie się prowadzących, wreszcie dzieci, moralnie zaniedbane, dostają się z największą łatwością, bez poprzednich kłopotliwych formalności pod opiekę *Assistance publique*, która wówczas bierze na swój koszt utrzymanie i wychowanie ich aż do pełnoletności (21 lat). —

Zakładem, pozostającym w styczności z pomienionym oddziałem *„Assistance publique“*, wykonawcą w praktyce ustawy jest *„Hospice des enfants assistés“ (74 Rue Denfert Rochereau)*. Zakład ten powołany został do życia podobno przez św. Wincentego à Paulo i był pierwotnie domem podrzutków w ścisłem tego słowa znaczeniu. Obecnie mieści on w sobie szpital dziecięcy i jest miejscem czasowego pobytu dla dzieci, pozostających pod opieką *Assistance publique*, a zarząd tego zakładu zajmuje się odpowiedniem ich rozmieszczaniem. Blisko 800 łóżek pozostaje w tym celu do rozporządzenia, a pawilony szpitalne, oddzielone od mieszkań dzieci zdrowych i prócz tego zupełnie odosobniony oddział dla chorób zakaźnych ułatwiają należyty rozdział napływającego bezprzestannie materyału (czasem 50 i więcej dzieci dziennie). — Co do urządzenia wewnętrznego zakładu, to tylko to można zarzucić, że mimo jego olbrzymich rozmiarów, jeszcze mało miejsca.

Zakład przyjmuje bez żadnych zastrzeżeń wszystkie nowonarodzone dzieci, przesłane mu przez zarządy szpitalne. Dziecko takie dostaje naszyjnik z paciorków z marką metalową, na której wymienione są data przyjęcia i numer porządkowy według ksiąg, w tym celu prowadzonych nadzwyczaj skrupulatnie. — Naszyjnika takiego pod surową karą nie wolno nikomu zerwać przed szóstym rokiem życia dziecka; a odbywa się to wówczas w obecności osobnej komisyi. — Dzieci chore zatrzymuje zarząd na odpowiednim oddziale szpitalnym, zdrowe w jak najkrótszym możliwie czasie (1 do 2 dni) oddaje na wychowanie na prowincyę kobietom, obowiązanym w tym celu wykazać się świadectwem moralności, a, o ile chodzi o oseski, także świadectwem lekarskiem, stwierdzającem, że są uzdolnione do karmienia. Kobiety takie otrzymują w pierwszym roku życia dziecka 25 fr., w drugim 20 fr., w trzecim 15 fr., a od czwartego do dwunastego 10 fr. miesięcznego wynagrodzenia i ubranie dla wychowanka lub pieniądze na nie. — W bliższych, a nawet dalszych okolicach Paryża jest ten sposób zarobkowania tak powszechnie znany, że nigdy nie brak karmicielek, które, czy to po stracie własnego dziecka, czy też po odkarmieniu go, zgłaszają się do zakładu po cudze i wcale nie rzadko zdarza się, że je następnie adoptują. Do dwunastego roku życia włącznie dziecko pozostaje u swej karmicielki, która jest obowiązana posyłać je do szkoły.

Ze strony *Assistance publique* osobni lekarze czuwają nad zdrowiem dzieci i chore, odpowiednio do swego uznania, albo zostawiają u opiekunki, lecząc je sami, albo odsyłają do zakładu do Paryża. Prócz lekarzy t. zw. *agents de surveillance* i inspektorzy czuwają nad wychowaniem dzieci i opiekunkom, wywiązującym się należycie z swego zadania rozdzielają nagrody pieniężne, a opieszałe karzą, wstrzymując miesięczny zasiłek lub dzieci im bezpowrotnie odbierając. Po skończonym 12-tym roku życia dziecko albo pozostaje u swych dotychczasowych opiekunów, szczególniej na wsi i przyucza się (najczęściej dziewczęta) pracy przy gospodarstwie rolnem, albo uczy się rzemiosła swego opiekuna, lub wreszcie dostaje się na naukę rzemiosła do większego miasta. Imieniem *Assistance publique* działają w takich razach przy wyborze zawodu i zawarciu odpowiednich umów *agents de surveillance*.

Z matkami, pragnącemi oddać swe dziecko do przytułku, zarząd przeprowadza układy i jeśli jedynie ubóstwo skłania je do tego kroku, podejmuje się płacić im za utrzymanie dziecka tak, jak obcym, a więc przez pierwszy rok życia dziecka 300 fr. W przeciwnym razie przyjmuje dziecko i postępuje z niem w podobny sposób, jak z podrzutkami. Dziećmi rodziców chorych, lub odsiadujących więzienie, zajmuje się również zarząd zakładu, nie wysyła ich jednak na wieś, lecz przez ten przeciąg czasu pomieszcza u siebie. Są to tak zwane *les enfants en dépôt*. Rodzicom, prowadzącym się niemoralnie, mają władze prawo każdej chwili zabrać dzieci i oddać je również zakładowi do rozporządzenia. Dzieci moralnie zaniedbane, poniżej wieku pełnej odpowiedzialności wobec kodeksu karnego, które zostały przytrzymane przez władze za włóczęgostwo, kradzież i t. p., przyjmuje zarząd zakładu na kilkutygodniową obserwacyę, a następnie, odpowiednio do ich wieku i zdolności, umieszcza bądź to na wsi, bądź też w mieście w pracowniach rzemieślniczych, lub w reszcie w jednej z licznych szkół zawodowych, pozostając ich pod nadzorem i na żołdzie *Assistance publique*.

Aby dać w przybliżeniu obraz, w jakich rozmiarach *Assistance publique* wykonuje opiekę nad dziećmi opuszczonemi, pozwalam sobie na zakończenie podać kilka dat statystycznych. Liczba dzieci przyjmowanych z każdym rokiem

wzrasta i tak przez rok 1876 przyjęto ich 2200, w 1886 — 3257, a w roku 1896 — 4578. Na rok 1876 z lat dawniejszych pozostawało pod opieką *Ass. publ.* 26.508 dzieci; z tych 20.327 z powodu pełnoletności usunęło się z pod opieki, 2813 zmarło, 3368 oddano rodzicom, wydano za mąż i t. d. — W okresie czasu 1876—1896 zapisanych i zostających pod opieką *Ass. publ.* było 73.238 dzieci, z tych 39.270 pozostało na rok 1897; zmarło 19.002, usunęło się z pod opieki z różnych innych przyczyn 14.966. Odpowiednio do wzrostu liczby wychowanków wzrastają i wydatki: kiedy w 1876 roku wydano przeszło 5,000.000 fr., to w roku 1897 wydano 11 milionów, a w roku 1899 wydatki dojdą zapewne do 12 milionów franków.

W wydatkach na podobne cele odnośne władze nie spotykają się tu z ograniczeniami, a mając swobodę działania często nawet grzeszą rozrzutnością.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Przeciw szerzeniu się tęgoryjca (*Anchylostomiasis*) między robotnikami górniczymi wydało węgierskie namiestnictwo spraw wewnętrz. następujące zarządzenia: 1. Górnicy w kopalniach mają oddawać kał tylko do szczelnych kubłów, ustawionych w pewnych oznaczonych miejscach. Kubły te należy codzień po odkażeniu mlekiem wapiennem lub rozcieńczonym kwasem siarkowym wydalić z kopalni i dopiero po za kopalnią wypróżniać na oznaczonem miejscu. 2. Wody ściekowe (Schmutzwässer) kopalń powinny być wyprowadzane; tworzeniu się podziemnych sadzawek należy zapobiegać. 3. Miejsca, stanowiące według doświadczenia dobre podłoże do rozwijania się pasorzyta, jak oślizłe poręcze, belki i t. p., należy często odkażać mlekiem wapiennem. 4. Po odpowiedniem pouczeniu należy górnikom najsurowiej pod grzywną zakazać spożywania pokarmów w kopalni i dopilnować, by żadnych pokarmów do kopalń nie przynoszono. Również należy surowo zabronić używania za napój wód kopalnianych: natomiast należy im dostarczyć w czystych naczyniach dobrej wody do picia z po za kopalni. 5. Przed opuszczeniem kopalni, szczególniej zaś przed posiłkiem po wyjściu z kopalni, mają górnicy umyć sobie dokładnie ręce i twarz. Odpowiednie urządzenia do mycia należy zaprowadzić. 6. Kopalnie należy doskonale przewietrzać. Lekarze kopalniani mają doglądać ścisłego wykonania tych przepisów. Winni oni dalej prowadzić osobny dokładny spis robotników, dotkniętych tą chorobą, i nawet po wyleczeniu poddawać ich peryodycznemu badaniu. W tym celu winni mieć mikroskopy i znać dokładnie sposoby badania. 8. Leczenie chorych powinno odbywać się w szpitalach. Tylko zupełnie wyleczonym wolno powracać do pracy w kopalni. 9. Nowo przyjęci robotnicy winni być przed dopuszczeniem do pracy w kopalni zbadani, czy nie cierpią na tęgoryjca.

Zarządzenia te mają być podane do wiadomości i ścisłego wykonania zarządom kopalni. Równocześnie poleca się lekarzom, leczącym robotników w cegielniach, by poddawali ich peryodycznym badaniom na tęgoryjca (*Öster. Sanitätswesen Nr. 46*).

Odwołując się na uwagi Prof. Gluzińskiego w Nrze 28 i nasze w Nrze 30. *„Przegl. Lek.“*, wyrażamy zdanie, że czas już najwyższy, by i u nas podobne zarządzenia wydano. Odnosić one się jednak winny oprócz do robotników kopalnianych, cegelnianych i t. p. także szczególnie do naszych wychodźców, powracających z Brazylii lub kopalń europejskich, których lekarze urzędowi (najlepiej okręgowi) badać winni zaraz po powrocie. Inaczej stać się bardzo łatwo może, że przy znanem niechlujstwie naszego ludu wychodźcy ci stać się mogą rozsadnikami tej choroby u nas. *Dr. J. Gwiazdomorski.*

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

Dział drugi.

D. Sekcya medycyny wewnętrznej.

Prezes: Potain.

Zastępcy prezesa: Dieulafoy i Grasset.

Sekretarze: Rendu (*Paris, r. de l'Université, 28*) i Widal (*Paris, b^d Haussmann, 55*).

Referaty: 1) Patogeneza dny. Referenci: Legendre (*Paryż*), Ebstein (*Göttingen*); Dyce Duckworth (*Londyn*), i Kolisch (*Wiedeń*).

2) Niewydolność nerek. Referenci: Achard (*Paryż*), Lache (*Chrystyania*), Pawlinow (*Moskwa*).

3) Zapalenie jelit śluzowo-błoniaste. Referenci: Boas (*Berlin*), Mathieu (*Paryż*), Mannaberg (*Wiedeń*).

4) Ostry obrzęk płuc. Referenci: Basch (*Wiedeń*), Masius (*Lüttich*), Sirotinin (*Moskwa*), Tessier (*Paryż*).

5) Wrzód żołądka. Referenci: Bozzolo (*Turyn*), Dieulafoy (*Paryż*).

E. Sekcya chorób dziecięcych.

Prezes honorowy: Bergeron.

Prezes: Grancher.

Sekretarz: Marfan (*Paris, r. de la Boëtie, 30*).

Referaty: O sztucznem żywieniu osesków, w szczególności mlekiem wyjałowionem.

Referenci: Jacobi (*New-York*), Johannessen (*Chrystyania*), Heubner (*Berlin*), Monti (*Wiedeń*), Variot (*Paryż*).

2) Zakażenia i zatrucia żołądkowo-jelitowe u dzieci. Referenci: Epstein (*Praga*), Escherich (*Graz*), Bagiński (*Berlin*), Fede (*Neapol*), Martinez Vargas (*Barcelona*), Marfan (*Paryż*).

3) Gruźlica wieku dziecięcego. Referenci: d'Espine (*Genewa*), Hutinel (*Paryż*), Richardiere (*Paryż*), Moussous (*Bordeaux*).

3) Zapalenie opon mózgowych ostre, a gruźlicze. Referenci: Mya (*Florencya*), Concetti (*Rzym*), Netter (*Paryż*), Rauchfuss (*Petersburg*).

Zarząd Sekcyi pedyatrycznej ma jeszcze na uwadze następujące tematy: Surowicze leczenie błonicy; gościec w wieku dziecięcym, jego stosunek do powikłań sercowych i do pląsawicy; zatrucie wyskokowe u dzieci; zaparcie stolca; choroby grasicy.

F. Sekcya terapii i farmakologii.

a) Terapia.

Zastępca prezesa: Bucquoy.

Sekretarz: Gilbert (*Paris, r. de Rome, 27*).

Referaty: 1) Leczenie kamieni żółciowych. Referenci: Naunyn (*Strasburg*), Gilbert (*Paryż*), Fournier (*Paryż*).

2) Wskazania i przeciwwskazania do upustu krwi. Referenci: Bagiński (*Berlin*), Hayem (*Paryż*).

3) Czy należy leczyć gorączkę? Referenci: Stokvis (*Amsterdam*), Lépine (*Lugdun*).

4) Zastosowanie lecznicze wstrzykiwań rozczynów soli. Referent: Landouzy (*Paryż*).

b) Farmakologia.

Zastępca prezesa: Pouchet.

Sekretarz: Chassevant (*Paris, r. Gay-Lussac, 32*).

Referaty: 1) Jednoczesne podawanie licznych leków, dodatnie i ujemne jego strony. Referenci (?)

2) Fizyologiczne i lecznicze działanie naparstnicy i jej alkaloidów. Referenci: Lauder-Brunton (*Londyn*). Grocco (*Florencya*).

3) Fizyologiczne i lecznicze działanie leków moczopędnych. Referenci: Czerinow (*Moskwa*), Renaut (*Lugdun*).

c) Farmacya.

Zastępca przewodniczącego: Planchon.

Sekretarz: Chassevant (*Paryż, r. Gay-Lussac; 32*).

Referaty: 1) Porównanie leczniczego działania roślinnych środków leczniczych i im odpowiednich pierwiastków działających. Referent (?).

2) Obecny stan wiedzy o skutecznych składnikach naparstnicy. Referent: van Aubel (*Lüttich*).

3) Obecny stan wiedzy o alkaloidach psianek trujących (solanacae). Referent: Thoms (*Berlin*).

4) O zmianach, zachodzących w lekach pod wpływem utlenienia. Referent: Bourquelot (*Paryż*). (D. c. n.),

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30 listopada.

Otrzymujemy następującą notatkę, z prośbą o umieszczenie w łamach Przeglądu Lekarskiego:

»W zeszłym tygodniu odbyło się poufne zebranie kilkunastu lekarzy krakowskich, celem naradzenia się nad organizacyą stanu lekarskiego, zmierzającą do poprawy bytu tak pod względem materyalnym jak i moralnym. Po wyczerpującej dyskusyi zgodzono się jednomyślnie, że kwestya ta jest bardzo na czasie, i wybrano komisyę z 3 członków złożoną, która ma do Nowego Roku opracować szczegółowy plan takiej organizacyi, którąby objęła wszystkich kolegów galicyjskich. Komisya ta bezzwłocznie zabrała się do pracy i uzupełniwszy się trzema jeszcze kolegami, w myśl udzielonego jej prawa kooptacyi, odniosła się listownie do lekarzy wiedeńskich z prośbą o przysłanie do rozpatrzenia statutu powstającej tamże organizacyi. Prócz tego rozpatruje się komisya także w statutach innych stowarzyszeń, mających na celu samopomoc i samoobronę«.

(P.) Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza, odbytem w dniu 7 listopada b. r. pod przewodnictwem Dyrektora —

1) Dr. Krzyształowicz przedstawił kilka przypadków liszaja żrącego, leczonych sposobem Unny.

2) Dr. Supiński i Dr. Brand przedstawili kilka uwagi godnych przypadków zranień jamy brzusznej.

3) Dr. Engländer przedstawił chorą, operowaną w oddziele chirurgicznym skutkiem ciąży zamacicznej.

— Kol. Dr. Karol Kaczkowski ofiarował Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krak. zbiór rozpraw, odnoszących się do sprawy kamieni pęcherzowych, oraz cenne dzieła lekarskie. Za dar ten, złożony z 40 broszur i kilkunastu tomów dzieł, składam ofiarodawcy najgorętsze podziękowanie.

Przy sposobności niech mi wolno będzie wyrazić nadzieję, że za przykładem zechcą pójść inni koledzy, składając Bibliotece zużytkowane już przez siebie piśmiennictwo opracowywanych zagadnień.

Doc. Dr. Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Dr. Henryk Boral, b. lekarz kliniki prof. Nothnagla, osiadł w zimowej stacyi klimatycznej Gardone Riviera nad jeziorem Garda we Włoszech, gdzie, jako lekarz zdrojowy, wykonuje praktykę zawodową.

* Egzamin fizykacki złożyli w Krakowie następujący doktorowie wszechnauk lekarskich: Marek Feldman, Stanisław Jankowski, Andrzej Kondratowicz, Tomasz Piotrowski, Ferdynand Stankiewicz i Maryan Udziela.

* W Wiedniu odbyło się d. 7 listopada posiedzenie Towarzystwa chemiczno-fizycznego, na którem drowie: Meyer i Schweidler demonstrowali nowy pierwiastek — *radium*, który wydaje analogiczne z röntgenowskimi promienie i czyni powietrze dobrym przewodnikiem elektryczności. Połączenia *radium* z chlorkiem borowym (*Gieselsche Präparate*) fosforyzują jak robaczki świętojańskie.

* Organizacya wiedeńskich lekarzy dla samoobrony ściągnęła już gniew i groźby strony przeciwnej, która w swych czasopismach zapowiada, że nie tylko żaden postulat lekarzy nie będzie uwzględniony przez Kasy chorych, lecz że zarząd tych instytucyj pozbędzie się lekarzy własnych, a zawrze stały stosunek z lekarzami szpitalnymi i szpitalami. Wszystko to dobrze, ale co pocznie zarząd, gdy i lekarze szpitalni należeć będą do związku organizacyjnego, jak to oczekiwać należy? Socyalizm stanął na organizacyi i ma dla niej bałwochwalcze uwielbienie gdy idzie o robotników, a zmienia zasady, gdy tej samej taktyki chwyci się inna warstwa społeczna.

* W Berlinie, pod przewodnictwem Flüggego, odbyła się konferencya lekarska przeciwdżumowa. Część naukowa rozpraw nie przyniosła nic nowego, lecz zreasumowano to wszystko, co jest już wiadomo o dżumie pod każdym względem. Powzięto następujące rezolucye: 1) Pożądanem jest założenie instytutów dla wyrabiania ochronnej szczepionki przeciwdżumowej, oraz dla wyrabiania surowicy, w celu badania hodowli dżumowych zapomocą aglutynacyi; 2) należy utworzyć instytut dla wyrabiania leczniczej surowicy przeciwdżumowej.

* Instytut optyczny Reicherta w Wiedniu wykończył mikroskop, który nosi numer dwudziestotysięczny. Reichert ofiarował go Towarzystwu lekarskiemu wiedeńskiemu.

* Rozpoznanie wścieklizny na stole anatomicznym, jak wiadomo, nie jest łatwe. Dr. Proust potwierdził tę trudność, przytaczając następujący przypadek: w St. Denis pies pokąsał przechodnia; weterynarz wydał świadectwo na podstawie sekcyi, że zabity pies nie był wściekły, a jednak po 4 tygodniach pokąsany zapadł na wściekliznę, z której po kilku dniach umarł, sekcya zaś potwierdziła wściekliznę. Ztąd wniosek, że jeśli sekcya kąsającego zwierzęcia da wynik ujemny, to na tem nie należy bezwzględnie polegać, lecz bezpieczniej jest dać się zaszczepić na wszelki wypadek przeciw wodowstrętowi.

* Na jednem z ostatnich posiedzeń Towarz. higien. w Paryżu opowiedział Dr. Proust o zdarzeniu, świadczącem o wielkiej sile zaraźliwości wścieklizny. Pewien chłopak został napadnięty przez psa domowego; broniąc się, wpakował mu rękę do paszczy; ręka zranioną nie była, lecz została pokrytą warstwą śliny; w tymże czasie chłopakowi temu wpadł węgiel do oka, który on usiłował usunąć tą samą ręką zanieczyszczoną śliną. Po dwóch tygodniach chłopak ten zachorował i umarł, a sekcya stwierdziła wściekliznę. Oko również było badane w Instytucie Pasteura, tu również stwierdzono wściekliznę. Jeśli w istocie ręka w tym przypadku nie była pokaleczoną, to należałoby przypuścić, sądzi Proust, że tu wystarczyło same zetknięcie jadu ze spojówką, ażeby zakazić ustrój wścieklizną.

* Wiosną 1900 roku odbędzie się w Neapolu międzynarodowy Kongres dla zwalczania gruźlicy pod protektoratem królowej Małgorzaty. Jednocześnie odbedzie się wystawa higieniczna.

* Międzynarodowy Kongres dla hipnotyzmu odbędzie się od 12 do 16 sierpnia p. r. w Paryżu, pod przewodnictwem Voisina.

Mianowania i odznaczenia. Doc. A. Biedl mianowany został prof. nadzw. patologii doświadczalnej. Doc. N. Ortner — prof. nadzw. chorób wewnętrznych; Doc. Wertheim — prof. nadzw. położnictwa i Doc. J. v. Metnitz — prof. nadzw. dentystyki — wszyscy w Wiedniu. Doc. K. Ebner mian. został nadzw. prof. chirurgii w Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Prof. Birch-Hirschfeld zmarł w Lipsku. Dr. Feliks Zaleski, rodem z Mińska, sybirak, zmarł w Tuckum (Kurlandya) w 73 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Zdrowiu*, zeszyt 170: Artykuł wstępny w sprawie szczepienia przeciw ospie. Prof. Skworcowa: Teorya dynamiczna i zastósowanie jej do życia i zdrowia. Dra Polaka: Szpitalnictwo warszawskie (c. d.). W *Gazecie Lekarskiej* Nr 47: Dra Piltza J.: O wpływie wyobraźni na odruch źrenicowy u ociemniałych. Prof. Prusa J.: O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowanego i wzgórka wzrokowego (dok.). Górnickiego M.: Przyczynek do odżywiania tyfusowych (c. d.). W *Kronice lekarskiej*, Z. 22: Hornowskiego J.: Przyczynek do badań na chemotaksą białych ciałek. W *Medycynie* Nr. 47: Dra. Ołtuszewskiego W.: Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (dok.). Wesołowskiego W.: Przyczynek do anatomii patologicznej *Xerodermatis pigmentosi*. (c. d.). Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 6 grudnia, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. doc. Baurowicz okaże „tubusy" Baera i nożyki pierścieniowe Beckmanna do 3 go migdałka; 2) kol. doc. Ciechanowski okaże i omówi preparat anatomo-patologiczny.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 9 Grudnia 1899. Nr. 49.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa. w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 9 Grudnia 1899. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zestawił
Prof. Dr. Leon Wachholz.

V. Sprawa Färberów.

„Pośród licznych przypadków sądowo-lekarskich, — pisze Blumenstok, rozpoczynając sprawozdanie z głośnego procesu Ritterów, — budzących najwięcej zajęcia u lekarzy i prawników, zdarzają się od czasu do czasu przypadki, zwracające na siebie uwagę i szerszej publiczności w pewnem miejscu lub kraju, a są i takie rzadkie przypadki, które już to z powodu osobistości, odgrywających w sprawie karnej główną rolę, już też z powodu innych okoliczności, jak n. p. dla rzeczywistego lub rzekomego błędu władz sądowych lub znawców, dochodzą do wiadomości ogólnej, wywołując krytykę powołanych i niepowołanych“. Do takich to przypadków sądowolekarskich należy bezwzględnie zaliczyć sprawę, którą na tem miejscu pozwolę sobie przedstawić z wszystkimi jej szczegółami, przywiedzionymi w chronologicznym ich porządku, a to nietyle w celu zaznajomienia czytelników z samą fabułą przypadku, zresztą dość głośnego i znanego, ile raczej w celu zwrócenia uwagi na pewne błędy w dochodzeniach sądowych i sądowolekarskich, jakie w sprawie tej dotkliwie uczuć się dały.

Dnia 22 sierpnia 1897 r. spostrzegł cygan, Stanisław Koniński, zdążając z Szaflar do Nowego Targu o 5 godzinie z rana, zwłoki górala, leżące na ścierni obok gościńca. Zwłoki spoczywać miały na prawym boku, twarzą do ziemi, z ręką prawą i nogą prawą zgiętą i wsuniętą pod ciało, z ręką i nogą lewą wyprężoną. Na prawym boku głowy miał spoczywać góralski kapelusz, a obok zwłok i równolegle z niemi laska góralska. Prócz wyż wspomnianego świadka zauważyli leżące na ścierni zwłoki górala Adolf Gazda, wiozący do Zakopanego pięciu jednorocznych ochotników i Jakób Chabura. Wkrótce też rozeszła się po okolicy wieść, że w Szaflarach zamordowano górala, w którym rozpoznano Józefa Chudobę, mieszkańca Szaflar, liczącego około 60 lat. Wedle zeznań licznych świadków zauważono tuż przy ustach zwłok większą łachę skrzepłej krwi, nadto kilka mniejszych śladów krwawych tuż przy brzuchu zwłok; dalej — większą łachę takiej samej krwi w rowie przydrożnym między gościńcem a ścierniskiem, znacznie od poprzednich mniejszą na gościńcu tuż nad samym rowem, od tej zaś w oddaleniu 5 kroków ku Nowemu Targowi i ku browarowi Herscha Färbera na plancie gościńca piątą największą. Od tej ostatniej biegły drobne ślady krwawe, oddalone od siebie mniej więcej o krok, aż do furty browaru, gdzie stwierdzono jeszcze jedną kroplę krwi na liściu babki, następnie zatarte ślady na kamieniach podwórza browaru i na odrzwiach, wiodących z podwórza do sieni zabudowań H. Färbera. Te ślady krwawe rzuciły podejrzenie na Chaima Färbera, właściciela browaru w Szaflarach, liczącego lat 56, jako na domniemanego sprawcę zbrodni, mimo, iż podejrzany doniósł pierwszy o zagadkowej śmierci ś. p. Chudoby posterunkowi żandarmeryi i sądowi w Nowym Targu. Słuszność tego podejrzenia potwierdzały następujące, przez śledztwo wykazane, okoliczności:

Chaim Färber miał już od dłuższego czasu zatargi z zarządem dóbr Zakopiańskich, a to o to, iż nie mając prawa wyszynku we wsi Szaflarach, nieprawnie wyszynkiem, to jest niedozwoloną sprzedażą 25-ciolitrowych antałków piwa na szkodę dzierżawcy prawa propinacyjnego, hr. Zamojskiego się zajmował. Zatarg ten dał powód do skargi, wniesionej przez zarząd dóbr Zakopańskich na Chaima F. do starostwa w Nowym Targu, gdzie też po dłuższem postępowaniu wydano nieprawomocny na razie nakaz zniesienia budki Färbera w Zaskalu, zkąd wyszynk piwa się rozchodził. Ponadto wpłynęło jeszcze w tej samej sprawie siedem doniesień do starostwa nowotarskiego na Färbera ze strony zarządcy dóbr Zakopiańskich E. Winiarskiego. Starostwo zażądało ścisłych dowodów na poparcie rzeczonych doniesień, a wskutek tego starał się Winiarski za pośrednictwem Jana Almassyego, dzierżawcy karczmy w Szaflarach, wyśledzić ludzi, którzy się naocznie przekonali o nieprawnem postępowaniu Färbera. Wreszcie zalecił Winiarski Almassyemu, aby najął człowieka do śledzenia Färbera i do naocznego przekonania się i zbadania tych nadużyć. Almassy starał się o takiego dozorcę i ofiarował tę służbę kilku gospodarzom z Szaflar, którzy jednak, zdaje się z obawy przed Färberami, nie przyjęli tego obowiązku na siebie. Po dłuższem bezkutecznem szukaniu za dozorcą, przyjął wreszcie tę służbę w połowie sierpnia 1897 r. Józef Chudoba mimo odradzań ze strony własnej żony.

Dnia 21 sierpnia 1897 polecił Almassy Chudobie, aby w dniu tym wieczorem (po szabasie) zwracał szczególną uwagę na browar Färbera. Chudoba wykonywał swój nadzór nad browarem w ten sposób, że często wychodził na wzgórze pod las, zkąd mógł objąć okiem wszystkie, rozchodzące się tam gościńce i obejście browaru i mógł w ten sposób dojrzeć, czy Färber 25-litrowe antałki rozsyła. Chcąc zaś upozorować swą częstą bytność w tem miejscu, opowiadał rozmyślnie, że mu zalecił pewien lekarz, celem wyleczenia się z dychawicy, picie wody ze źródła, wytryskującego opodal pod lasem. Stósownie do polecenia udał się Chudoba dnia 21 sierpnia wieczorem w stronę browaru, poczem wstąpił koło godziny

8 wieczorem do sąsiadującej z browarem karczmy Steinerów, zaprzyjaźnionych z Färberami. Nic nie pijąc, usiadł sobie przy oknie i spoglądał na browar. W tymże czasie wstąpił do karczmy Chaim Färber, wrzekomo poszukujący swego syna, a wkrótce potem przybył Salomon Färber, syn, który zabawił w karczmie czas dłuższy. Tymczasem zajechał wozem do browaru Jędrzej Janik i zabrał jedną ćwiartkę piwa dla szynkarza w Bańskiej. Wkrótce potem przyjechał znowu Stanek (Buczek) i żądał od Färbera ćwiartówki piwa, której mu jednak Färber nie wydał. W tymże wreszcie czasie naładował Salomon Färber wóz 30 antałkami piwa, które wywiózł potem do Chochołowa parobek Färberów, Jan Janik, z drugim synem Färbera Abrahamem. Około $9^1/_2$ godziny wieczorem miał Chudoba opuścić karczmę Steinerów, która zaraz po jego odejściu zamknięto. Przypuszczać należało, że śp. Chudoba udał się w stronę browaru, gdyż umówił się już poprzednio z Almassym, iż będzie go wracającego nocą z Nowego Targu oczekiwał obok browaru. Tymczasem Almassy o $10^1/_2$ godzinie w nocy koło browaru daremnie czekał na Chudobę, gdyż ten nie pokazał się w pobliżu browaru. W browarze było podówczas ciemno i cicho. Skoro nazajutz z rana zauważono na ścierni leżące zwłoki śp. Chudoby, a o fakcie tym między innymi dowiedzieli się Färberowie, do zwłok się wcale nie zbliżali, a Chaim Färber zagadnięty przez włościan, co się mogło stać Chudobie, ruszył ramionami i odpowiedział, iż pewno opił się wody ze źródła, krew się w nim wzburzyła i zalała go.

Dnia 23 sierpnia wysłana przez sąd powiatowy w Nowym Targu komisya sądowa przystąpiła do sekcyi zwłok śp. Chudoby, atoli nie podjęła ani oględzin miejsca, ani też nie zarządziła badania śladów krwawych, co tem bardziej było wskazanem, gdy, jak to późniejsze, przez sąd krajowy karny w Krakowie, w pół roku potem przeprowadzone śledztwo wykazało, członkowie rodziny Färberów zacierali te ślady w pobliżu browaru.

Znawcy sądu Nowotarskiego podali następujący wywód oględzin.

Zewnętrznie: 1. Zwłoki mężczyzny, lat około 60 liczyć mogącego, rozpoznane jako należące do Józefa Chudoby, dobrze zbudowanego i miernie odżywionego. 2. Stężenie utrzymane w odnogach tak górnych, jak i dolnych, plamy pośmiertne ciemno-fioletowe, na karku oraz plecach przez nacięcia, jako takie, stwierdzone. Rogówki zamglone, tęczówki modre, otwory naturalne ciała wolne, brzuch rozdęty, twarz w okolicy ust powalana zeschłą krwią, otwór zaś stolcowy powalany żółtym gęstym kałem. 3. Nad kością czołową po stronie prawej w części tylnej tejże siniec wielkości $^1/_2$ centa, nad którym brak częściowy naskórka, poniżej tegoż mniej więcej na środku czoła nad okiem prawem 5, pod okiem prawem 1, na nosie 3 drobne sińce od wielkości siemienia konopnego do wielkości soczewicy dochodzące, wszystkie zaś po nacięciu okazują podbiegnięcie krwawe. 4. Na szyi poniżej małżowiny usznej na przedniej powierzchni mięśnia mostko-sutko-obojczykowego i w okolicy stawu szczęki dolnej 8 drobnych obok siebie położonych, nieregularnie półksiężycowatych sino zabarwionych znaków, okazujących po nacięciu podbiegnięcie krwawe. 5. W przegubie stawu łokciowego lewego po stronie wewnętrznej siniec wielkości fasoli.

W obydwóch jamkach pachowych (fossa axillaris) znajdują się sińce umieszczone z przodu tychże jamek; z tych siniec po prawej stronie wielkości grochu okrągłego, zaś po lewej wielkości $^1/_4$ centa, wszystkie okazują podbiegnięcie krwawe. 6. Skóra worka mosznowego na powierzchni przedniej oraz bocznej sino-czerwono zabarwiona. Zresztą, po dokładnem oglądnięciu zwłok, nie zauważono nic uwagi godnego.

Wewnętrznie: 7. Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej odpowiednio do zmian opisanych pod 3, okazują podbiegnięcie krwawe, zresztą bez zmian. 8. Sklepienie czaszki symetryczne, kości czaszki średniej grubości, nigdzie nieuszkodzone. 9. Opona twarda, gładka, połyskująca. Opony miękkie bez zmian, jedynie naczynia krwionośne, zwłaszcza żylne, silnie wypełnione krwią. 10. Mózg zbitości prawidłowej z wybitnymi rowkami międzyzwojowymi; rozgraniczenie istot wyraźne; na przekroju tak mózg, jak móżdżek oraz wielkie zwoje okazują liczne punkta czerwone, odpowiadające przekrojom naczyń krwionośnych. Podstawa czaszki po zdjęciu opony twardej nigdzie nie uszkodzona. 11. Język suchy, pokryty krwią zaschłą na samym końcu z jamy ustnej przy zmianie położenia trupa wydobywa się krew ciemna, płynna. 12. Kość gnykowa, ani krtań nie uszkodzone. Błona śluzowa krtani pokryta płynną krwią, nieco różowo zabarwiona, taki sam obraz przedstawia tchawica. 13. a) Płuca różowawo zabarwione, marmurkowane wskutek osadzonego pyłu węglowego, na brzegach poduszkowato rozdęte, wszędzie powietrzne; płuco prawe w częściach dolnych lekkimi zrostami przyczepione do klatki piersiowej; zresztą opłucna wszędzie gładka, połyskująca. Na rozkroju płuca, zwłaszcza lewe, wydziela za uciskiem ciecz krwawo zabarwioną, drobno-pienistą w dość obfitej ilości. Z oskrzeli drobnych wydziela się nieco śluzu, zaś w oskrzelach większych znajduje się krew płynna dość obficie. 13. b) Serce w wymiarze poprzecznym nieco powiększone, w stanie rozkurczu; w obydwóch komórkach mieści się nieco krwi płynnej, ciemnej. Zresztą tak mięsień, jak śródsierdzie, osierdzie i zastawki prawidłowe. 14. Klatka piersiowa nie zawiera żadnej treści nieprawidłowej, u wnęki zaś płuc znajdują się 3 krwawe wybroczyny podopłucnowe. 15. Wątroba prawidłowych rozmiarów, torebka gładka. Śledziona nie powiększona, miąższ prawidłowej zbitości. 16. Nerki ciemno-wiśniowo zabarwione, torebka schodzi gładko, rysunek na przekroju utrzymany. Pęcherz zawiera nieco moczu bladego. 17. W żołądku mieści się około 4 łyżek treści krwawo zabarwionej, zbitości ciastowatej, w której to treści dadzą się rozróżnić łupiny z bobu. Błona śluzowa żołądka pokryta zresztą skąpą ilością śluzu. 18. Kiszki cienkie i grube zawierają dość znaczną ilość kału żółtego średniej zbitości. Błona śluzowa tychże bez zmian. Jama brzuszna nie zawiera żadnej treści nieprawidłowej.

Orzeczenie: Z powyższego badania wynika:

a) Że obdukowany zmarł śmiercią z uduszenia, za czem przemawia cały obraz sekcyi, a mianowicie płynna ciemna krew, przekrwienie organów wewnętrznych, jak płuc i mózgu, wybroczyny krwawe pod opłucną, a nadto brak jakiejkolwiek innej przyczyny śmierci. Znaki opisane pod 3, 4, 5 i 6, znalezione na powłokach zewnętrznych, które wszystkie powstały za życia, przemawiają za śmiercią gwałtowną denata. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi epikrytyczne i rozpoznawcze nad przypadkiem utworowej wady sercowej.

Podał

Prof. Dr. A. Gluziński.

(Według demonstracyi na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. w d. 13 października b. r.).

(Dokończenie).

Podniosłem już poprzednio, na jakich podstawach klinicznych opierało się nasze rozpoznanie za życia, zgodne w całości z wynikami sekcyi, a poruszam tę sprawę jeszcze raz dlatego, aby zwrócić uwagę na kilka szczegółów.

Sinica u naszego chorego, jakkolwiek wyraźna i na pierwszy rzut oka zwracająca uwagę, nie była znów tak wybitna, jak to miałem sposobność widzieć n. p. u dziesięcioletniego chłopca, u którego barwa skóry wpadała w fioletowo-ciemną. Sinica ta, która zwracała czasami uwagę samego chorego od 10 roku życia, nie musiała być dawniej znaczna, a bardzo możliwe, że występowała tylko wśród

pewnych okoliczności, na przykład zmęczenia, jeżeli podczas poboru chorego do wojska, nie zwróciła uwagi lekarza i nie stanowiła przeszkody do uznania go za zdrowego. Odnośnie do sinicy możnaby zaliczyć przypadek nasz do „formes tardives“ Francuzów. Peacock n. p. na 101 przypadków „cyanosis congenita“ znalazł ją w 27 spóźnioną, a to w 15 przypadkach wystąpiła ona z końcem 1 roku życia, 1 w 16 miesiącu, 3 po 2 latach, 2 w 3, 1 w $3^1/_2$, 2 w 5 latach, a po 1 w 8, 13 i 14 r. życia. Brak zatem, a względnie niewybitność sinicy w pewnym okresie życia naszego chorego (wzięcie do wojska), nie mogło wobec tego stanowić przeszkody i wstrzymywać od rozpoznania wrodzonej wady sercowej, a to tembardziej, że, jak wspomniałem, znane są w literaturze te późne wystąpienia sinicy, widziano przypadki, w których mimo długiego względnie życia, sinicy wcale nie zauważono.

Tu odnosi się n. p. przypadek Bouillauda, tyczący krawca 39 lat liczącego, ze zwężeniem tętnicy płucnej i z zupełnym brakiem przegrody komorowej, a więc z tą samą zmianą, co i nasz chory, u którego nigdy sinicy nie zauważono. Wyraźniejszą u naszego chorego stała się sinica dopiero później, gdy rozwinęły się zmiany gruźlicze w płucach. —

Zmiany w płucach (gruźlica) były, jakem wspomniał, jednym, jakkolwiek wcale drugorzędnym, z momentów, potwierdzających nasze rozpoznanie zwężenia tętnicy płucnej. Zapatrywania nasze na stosunek gruźlicy do wad sercowych zmieniły się, jak wiemy, znacznie. Przed 40 laty panującem było zdanie Rokitanskyego, że wszelki zastój w płucach nadaje im niejako odporność przeciw gruźlicy. I w tym jednak już czasie wyjątek od tego prawidła stanowiło zwężenie tętn. płucnej. Dzisiaj wiemy, że wady sercowe wogóle gruźlicy nie wykluczają. Flechner na materyale sekcyjnym drezdeńskiego szpitala znalazł n. p. przy *insuf. valv. sem. aor.* w 15·4% gruźlicę płuc, przy *stenosis aortae* w 12·5%, przy *stenosis ostii ven. sin.* w 10·8%, a przy *insuf. bicusp.* w 10·5%.

Dla zwężenia tęt. płucnej, zwłaszcza wrodzonego, mamy zestawiony stosunek w dziele Vierordta, którego wynik najlepiej ilustruje następujące zdanie: „Zwężenie tętnicy płucnej, w porównaniu z wadami w innych ujściach serca, wikła się stanowczo częściej z gruźlicą płuc; wogóle jednak powikłanie to spotykamy przy zwężeniu tętn. płucnej prawie tak samo często, jak przy innych zboczeniach ustroju, pociągających za sobą głębokie zaburzenia w odżywianiu“. Gruźlica zatem płuc, przy rozpoznaniu zwężenia tętn. płucnej *ceteris paribus* wprawdzie nie jest bez znaczenia, ale w każdym razie gra podrzędną rolę.

Statystyka dzisiejsza wykazuje dalej, że gruźlica płuc do istniejącej wrodzonej zmiany w tętnicy płucnej — przyłącza się najczęściej w 2 gim dziesiątku życia, t. j. w tym czasie, kiedy gruźlica u wszystkich wogóle jest najczęstszą, że przebiega ona dość wolno. I nasz chory, według wywiadów, nabył gruźlicę w końcu 2-go dziesiątka swego życia, w tym czasie bowiem rozpoczął się kaszel, obfite wykrztuszanie i podupadanie w odżywianiu, a żył z nią koło lat 10-ciu. W późniejszym też wieku nie zboczenia w sercu same przez się skracają życie, lecz gruźlica płuc; i przypadki też ogłoszone z wrodzonem zwężeniem tętn. płucnej, które późnego względnie wieku dożyły, nie miały gruźlicy i dożyły zdaje się dlatego tego późnego wieku, że unikły zakażenia gruźliczego.

Ze sprawą gruźliczą jest w związku zmiana zapalna śródsierdzia w ujściu tętniczem prawem, o której wspomina protokół sekcyjny. Niedawno też Kerschensteiner opisał *endocarditis pneumonica* na zastawkach tętnicy płucnej przy rozmaitych wrodzonych wadach serca, w których rozwinęła się gruźlica płuc.

W rozpoznaniu ubytku w przegrodzie międzykomorowej, obok innych szczegółów, o których wspomniałem, pierwszorzędną rolę, jak to podniosłem, grał szmer skurczowy, słyszany najwyraźniej nad mostkiem na wysokości 4-go żebra. Na szmer ten, jak wiemy, zwrócił uwagę Roger. Źródłem tego szmeru jest przechodzenie podczas skurczu serca krwi z jednej komory do drugiej; podczas rozkurczu szmeru tego najczęściej nie słyszymy, bo zastawki dwu- i trójdzielna, przylegając w tej fazie czynności serca do przegrody komorowej, zamykają otwór komunikujący.

Nie brakuje jednak spostrzeżeń, że albo szmer ten skurczowy słyszano najwyraźniej gdzieindziej, n. p. w II-gim przestworze międzyżebrowym po stronie lewej (Lavergne), lub nad końcem serca (Gerhardt), lub nawet czyste tony (Bednař, Variot et Gampert), a Škoda podnosi już, że im większy otwór komunikujący, tem coraz mniejszy powód do powstania szmeru.

Na podstawie jednak naszego przypadku możemy śmiało powtórzyć zdanie Vierordta „Alles in Allem dürfte in diagnostischer Beziehung das Sternalgeräusch im Sinne Roger's mit des grössten Intensität in der Höhe des dritten (linken) Intercostalraumes und der vierten Rippe das meiste- Vertrauen verdienen“. Objawem jedynym, który za życia chorego trudno nam było sobie wytłómaczyć, — to tętnienie wybitne we wszystkich tętnicach obwodowych, — nawet odległych od serca, np. w tętnicy stopowej.

Objaw ten zwykły dla przerostu lewego serca, zwłaszcza przy niedomykalności zastawek półksiężycowych tętn. głównej *(insuf. valv. sem aortae.)* w naszym przypadku był pozornie za życia niezrozumiałym, bo wykluczyliśmy stanowczo wszelkie zmiany w tętn. głównej i w lewem sercu.

Z wyników sekcyi starałbym się ten objaw tak tłómaczyć.

Znanym faktem jest, że wśród wrodzonych wad sercowych, zwężenie tętn. płucnej łączy się często z ubytkiem w przegrodzie komór, jak to właśnie nasz przypadek ilustruje, — a nadto, że równocześnie często jest rozmaitego stopnia „przemieszczenie naczyń“ i to znów najczęściej w ten sposób, że tętnica płucna bierze wprawdzie początek z prawej komory, ale tętn. główna *(aorta)* usadawia się nad samym ubytkiem komór, a więc ściśle biorąc, należy do obydwóch komór *(„eine reitende Aorta“* Niemców). — W naszym przypadku to mamy, jak Panowie na tym preparacie widzicie — i podczas skurczu dostaje się do tętnicy głównej krew tak z lewej komory, jak i z przerosłej prawej, ta bowiem wobec przeszkody w tętn. płucnej posyłała część krwi w kierunku mniejszych oporów, a więc i do tętn. głównej. Krażenie zatem krwi w układzie tętniczym dużym było pod wpływem komory lewej, a częścią i przerosłej komory prawej, — były zatem te same warunki dla powstania tętnienia w tętnicach obwodowych, — jak przy przeroście komory lewej.

Objaw ten, bardzo wybitny w pierwszych czasach pobytu chorego w klinice, słabł, gdy akcya serca podupadła tak, że w ostatnich dwóch dniach życia chorego już go stwierdzić nie mogłem.

Na objaw ten, na to tętnienie w tętnicach obwodowych, szczególniejszy nacisk kładę, nie znalazłem go bowiem nigdzie opisanego, — a zdaje się że jest on patognomoniczym, jeżeli stwierdzimy go przy wrodzonej zmianie w tętnicy płucnej i ubytku w przegrodzie komory, dla komunikacyi częściowej tętn. głównej z komorą prawą, dla okrakiem siedzącej tętn. głównej (*„reitende Aorta“*).

III. Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu.

O występowaniu *bac. proteus vulgaris* w stolcach niemowląt; próba leczenia przez podawanie hodowli bakteryjnych.

Podał

Dr. Józef Brudziński.

(Dokończenie).

Nim przejdę do szczegółów mych doświadczeń, parę słów poświęcić muszę próbie terapii, jaką stósowałem w niektórych z moich przypadków. Wyniki szczegółowe znajdą miejsce przy odpowiednich przypadkach (Benesch, Jersche, Fleck, Reinhardstätter); tutaj tylko zaznaczę, że wypadły nader zachęcająco. Chodziło mianowicie o to, czy nie możnaby, wprowadzając do przewodu kiszkowego dziecka hodowle bakteryj niechorobotwórczych, przebywających prawidłowo w przewodzie kiszkowym, zniszczyć odmianę bakteryjną, obcą i szkodliwą dla tego przewodu kiszkowego, — jednem słowem wesprzeć w walce o byt dwu odmian bakteryjnych, odmianę nieszkodliwą, n. p. *bact. lactis aërogenes*. W wzmiankowanej wyżej pracy przytacza Bagiński (r. 1888) następujące doświadczenie: gdy zaszczepił jednocześnie *bact. lactis aërogenes* i t. zw. *weisse verflüssigende Bact.*, czyli proteusa do żelatyny, zawierającej cukier mlekowy, pierwszy gatunek rozwinął się wspaniale, a żelatyna pozostała w stanie stałym, co dowodzi, iż drugi gatunek (proteus) bakteryj został przez pierwszy zniszczony.

Objaśnienie dla tego doświadczenia znajdujemy w tym fakcie, że *bact. lactis aër.* wytwarza z cukru kwas, który przeszkadza rozwojowi proteusa. Wszystko przemawia za przeniesieniem tego doświadczenia do przewodu pokarmowego niemowlęcia, tembardziej, że już w r. 1887 Escherich[1]) zwrócił uwagę na znaczenie, jakie posiada kwaśny odczyn w przewodzie kiszkowym dla zwalczenia gnicia białkowego (t. zw. przez niego „fermentacyi alkalicznej“). W tym celu zaproponował Escherich dodawanie do mleka n. p. cukru mlekowego, lub wprost hodowli bakteryj fermentacyi kwaśnej. Przez dodanie pożywki, sprzyjającej rozmnażaniu się rozkładających cukier bakteryj, lub ich hodowli, wzmaga się działanie antagonistyczne bakteryj do tego stopnia, że nawet w tych razach, gdzie już ma miejsce wyraźne gnicie białkowe, zostaje ono wstrzymane, a miejsce rozkładających białko bakteryj, zajmują bakterye fermentacyi kwaśnej.

W ostatnich czasach sprawę tę podniósł i w praktyce stósował de Jager[1]). „Fermentacye nieprawidłowe, mówi de Jager, pierwotne czy następowe w przewodzie kiszkowym chorego niemowlęcia, nie dają się pokonać jedynie przez pokarm wyjałowiony. Mamy tu dwie drogi, które nam wskazuje bakteryologia: albo zmianę pożywki, albo też wprowadzanie nieszkodliwej odmiany bakteryjnej“. Autor stósował z pomyślnym wynikiem drugą metodę. Podaje on mianowicie niemowlęciu, obok jego pokarmu zwykłego, dużą ilość żyjących bakteryj kwasu mlekowego w postaci maślanki. W naszych doświadczeniach wybraliśmy inną formę podawania, aby uniknąć dużej ilości sernika, jaką się wprowadza z maślanką. Przygotowywaliśmy większą ilość serwatki, przyczem zwracaliśmy uwagę, by odczyn jej był obojętny, lub słabozasadowy; poddawaliśmy serwatkę wyjałowieniu, następnie rozlewaliśmy w probówki wyjałowione po 10 ctm. sześc. w każdej i poddawaliśmy ponownemu wyjałowieniu. Serwatka miała barwę słomkowo-żółtą i była zupełnie przeźroczysta (resztka osadu-sernika po pierwszem wyjałowieniu była odsączana). Do poszczególnych porcyj przeszczepiałem z czystej hodowli *bact. lactis aërog.* i 24-godzinną hodowlę podawałem dzieciom wraz z pokarmem, 3 probówki lub więcej dziennie.

Wogóle badałem 18 przypadków. Stolce z cechującą wonią i podanemi wyżej właściwościami spotykałem w 8-miu przypadkach; w 7 dowiodłem obecności *proteus vulgaris*, do tych dołączyć należy 5 przypadków, badanych przez prof. Eschericha, z których on wyhodował *proteus vulgaris* ze wszystkiemi jego charakterystycznemi właściwościami. Przy badaniu prawidłowych stolców dzieci, karmionych piersią i sztucznie, znalazłem w 2 przypadkach na 10 odmiany bakteryjne, rozpuszczające żelatynę, które jednak przy dalszem badaniu nie dały charakterystycznych dla proteusa wyników (proteolityczne bakterye Spiegelberga).

Przypadki, w których ze stolców (o cechach wyżej opisanych) wyhodowałem *proteus vulgaris* ze wszystkiemi dlań charakterystycznemi właściwościami, są następujące:

1. Johanna Gaber, dziecko 4-tygodniowe, przyjęta do kliniki z wymiotami płynnemi, tryskającymi i zielonymi stolcami. W stolcu makroskopowo nie można wykryć ani ropy, ani krwi. Mikroskopowo na preparacie zabarwionym podług Weigert-Eschericha — czerwone i niebieskie prątki, pierwsze w znacznej ilości. Stan chorej nie poprawia się, do tego przyłącza się zatrucie rezorcynowe. Śmierć po kilku dniach. Przy sekcyi stwierdzono: *gastroenteritis, anaemia, atrophia.* W tym przypadku wyhodowałem *proteus vulgaris* ze stolców, które w pewnym okresie nosiły cechę wyżej opisaną. Wykonano liczne doświadczenia na zwierzętach. Myszy ginęły już przy zastrzyknięciu 0,25 ctm. sześć. 24-godzinnej hodowli bulionowej po 12 godzinach. Przy sekcyi znaleziono obrzęk wybroczynowy w tkance podskórnej na miejscu zastrzyknięcia, wysięk surowiczy w jamie otrzewnowej. Świnka morska, ważąca 315,0 grm., otrzymała podskórnie 1,0 ctm. sześć. 24 godz. hodowli bulionowej; padła po 5 dniach. Przy sekcyi znaleziono: obrzęk wybroczynowy w tkance podskórnej na miejscu zastrzyknięcia; inna ważąca 570,0 grm. po tej samej dawce pozostała przy życiu (silne wybroczynowe nacieczenie na miejscu zastrzyknięcia). Trzecia, mająca 380,0 grm. wagi, po zastrzyknięciu 1,0 ctm. sześć. 48 godzinnej hodowli bulionowej po 5 dniach, wychudła i zmarniała, po 10 dniach spadła na wadze o 150,0 grm. i w krótkim czasie padła; wynik sekcyi jak wyżej. Czwarta, 280,0 grm. ważąca, otrzymała 5 ctm. sześć. jadów (Proteus-Gaber) podskórnie. Padła po 12 godzinach. Przy sekcyi stwier-

[1]) Beiträge zur antiseptischen Behandlungsmethode der Magendarmerkrankungen des Säuglings. Odbitka z *Therapeutische Monatshefte*, październik 1887.

[1]) Die Verdauung und Assimilation des gesunden Säuglings nebst einer rationellen Methode zur Säuglingsernährung. Berlin 1898.

dzono: obrzęk wybroczynowy tkanki podskórnej w miejscu ukłócia, przekrwienie otrzewnej, w jamie otrzewnej dosyć duża ilość płynu surowiczego.

Świnka morska, 315,0 grm. ważąca, otrzymała 1,0 ctm. sześć. 48 godzinnej bodowli bulionowej: naciek podskórny wybroczynowy, wyzdrowienie zupełne; drugi raz 1,0 ctm. sześć. Po 18 dniach wzięto krew do odczynu surowiczego. Rozcieńczenie przygotowano: 1:50, 1:100, 1:200, 1:250, 1:300; po $^1/_4$ godzinie w rozcieńczeniu 1:50 wyraźna aglutynacya, w innych rozcieńczeniach zaledwie ślady aglutynacyi, po $1^1/_2$ godz. nadzwyczaj wyraźna aglutynacya we wszystkich rozcieńczeniach, nawet w 1:300. Druga świnka, 365,0 grm. ważąca, również uodporniona. Przy odczynie surowiczym po $^1/_2$ godz. aglutynacya we wszystkich rozcieńczeniach, aż do 1:250; po 4 godz. nawet w rozcieńczeniu 1:300. Świnka morska, 680,0 grm. ważąca, otrzymała podskórnie 2,5 ctm. sześć. jadów (Proteus-Gaber); po sześciu dniach znowu 1,5 ctm. sześć., po 3 tygodniach wzięto krew do odczynu surowiczego. W rozcieńczeniach 1:5, 1:10, 1:20, 1:50 wyraźna aglutynacya po $^1/_2$ godz.; przy innych rozcieńczeniach (aż do 1:100 włącznie) również wyraźna aglutynacya po 1 godzinie.

Kot (używany poprzednio do sprawdzenia wyników karmienia) 225,0 grm. ważący, otrzymał podskórnie 5,0 ctm. sześć. jadów (proteus-Gaber); padł po 20 godzinach. Przy sekcyi znaleziono: obrzęk wybroczynowy w tkance podskórnej na miejscu zastrzyknięcia, przekrwienie lekkie jelit cienkich, silne przekrwienie jelit grubych. U kota zaś, karmionego dłuższy czas hodowlą proteusa w mleku (który, jak już wspomniano, reagował w pewien sposób), przy sekcyi (po wzięciu krwi do odczynu surowiczego) nie znaleziono żadnych zmian. Odczyn surowiczy wypadł ujemnie, nawet w rozcieńczeniu 1:10 ani śladu aglutynacyi.

Zastrzyknięcie trzeciemu kotowi 1,0 ctm. sześć. nie wywołało żadnych zmian chorobowych.

Karmieniu hodowlami Proteusa poddane były również, jak już wspomniano, małe szczenięta, ważące 1900 wzglednie 2400 grm. Otrzymywały one hodowlę proteusa w mleku w przeciągu 5 dni co 2—3 godziny, wypiły przez ten czas 4 litry. Podjęte przed doświadczeniem badanie stolców było ze względu na proteusa ujemne; po 3 dniach karmienia ze stolców daje się wyhodować *proteus vulgaris* przy zupełnie dobrym stanie zwierząt. Dla wywołania obrażeń w przewodzie kiszkowym i otworzenia w ten sposób wejścia dla bakteryj, dodawano szkło drobno tłuczone do pokarmu i to jednak pozostało bez skutku. Następnie spróbowano karmienia mięsem, odpowiednio przygotowanem, wyjałowionem, w które zaszczepiono proteusa; po kilku dniach tego karmienia nie zauważono również żadnych zmian, szczenięta przybywały na wadze. Mniejsze szczenie otrzymało 1,0 ctm. sześć. hodowli bulionowej (proteus Gaber), większe 5,0 ctm. sześć. jadów podskórnie. Pierwszego dnia daje się zauważyć pokładanie się zwierząt, bóle, posmutnienie, po 2 dniach wyzdrowienie zupełne.

2) Elise Payer, dziecko 4-miesięczne. Przyjęta do kliniki z zaburzeniami w trawieniu, wymioty, częste stolce wolne. Przebieg wykazał *Catarrh. gastrointestinalis*, do tego przyłączyło się zrazikowe zapalenie płuc. Stolce, które były dyspeptyczne, śluzowe, lecz bez woni, pewnego dnia wykazują cechującą woń i powyżej opisane wejrzenie. Podjęto badanie stolców na proteusa. Dziecko zmarło w kilka dni potem. Przy sekcyi stwierdzono: *Cat. gastrointestinalis, atrophia universalis, pneum. lobularis sinistra.* Badanie stolców metodą już opisaną wykazało obecność *prateus vulgaris*. Odczyn surowiczy z surowicą krwi, otrzymanej przez nakłócie serca bezpośrednio po zgonie, dał wynik ujemny. We wszystkich doświadczeniach na zwierzętach i ten szczep proteusa wykazuje energiczne działanie. Myszy od 0,2 ctm. sześć. hodowli bulionowej padały w 12 godzin. Świnki morskie po 1,0 ctm. sześć. ginęły po 24 godz.; po 0.5 ctm. sześć. po 4 dniach. Przy sekcyi stwierdzono: obrzęk wybroczynowy w tkance podskórnej. Karmienie 2 kotów hodowlą proteus-Payer w mleku działało tylko na jednego z nich i to niezbyt energicznie (lekka biegunka, ubytek na wadze). W stolcach kotów po 3 dniach karmienia stwierdzono obecność proteusa, którego w badaniach przed doświadczeniem nie odkrywano. W moczu kotów próba na indykan wypadła dodatnio. Jak już wspomniano wyżej, odczyn surowiczy, podjęty w jakiś czas po zaprzestaniu karmienia, wypadł ujemnie. Na drugiego kota karmienie, jak również zastrzyknięcie hodowli bulionowej (1.0 ctm. sześć.) w dawce śmiertelnej dla świnki morskiej, nie wywarło żadnego wpływu.

3. Marianne Bencsh, dziecko 14-dniowe, zaparcie stolca, poród przedwczesny. Ubywa na wadze i powolnie gaśnie; stolce dyspeptyczne z wonią charakterystyczną, gliniaste. Zejście po 12 dniach pobytu w szpitalu. Przy sekcyi nie stwierdzono żadnych zmian. Badanie stolców wykazało obecność *proteus vulgaris*. 0,5 ctm. sześć. hodowli bulionowej okazuje się dawką śmiertelną dla myszy.

W tym przypadku zastosowaliśmy pierwszy raz leczenie zapomocą podawania do wewnątrz hodowli *bact. lactis aërog.* w serwatce. Podawano dziecku 3 razy dziennie po 10 ctm. sześć. w pokarmie. Po 2 dniach stolce bez woni charakterystycznej, nawet z pewnym zapachem kwaśnawym, przyjemnym. Odczyn stolców kwaśny. Leczenie w dalszym ciągu — (6 porcyj po 10 ctm. sześć.). Badanie stolca po 3 dniach tego leczenia: na barwionym preparacie czerwone i niebieskie prątki prawie równomierne, drogą hodowli otrzymuje się jeszcze *prot. vulgaris*, jednak siła jego wydaje się jakby osłabioną; gdy bowiem poprzednio żelatyna rozpuszczała się już po 24 godz. bardzo wyraźnie, obecnie po 48 godz. zaledwie maleńkie miejsca rozpuszczonej żelatyny. Przy badaniu po 6 dniach tej terapii — nie wykrywa się proteusa więcej. Stolce z wonią aromatyczną, zwykłej gęstości i barwy. Dziecko zmarło po paru dniach; przy sekcyi, oprócz *debilitas vitalis*, nie stwierdzono żadnych innych zmian.

W tym przypadku doświadczenie ukształtowało się jak w próbówce, przewód bowiem kiszkowy dziecka był jak gdyby wyłączony z całego ustroju; doświadczenie, jako takie, należy uważać za udane. Odczyn surowiczy podjęty z surowicą krwi, otrzzmanej zaraz po zgonie zapomocą nakłócia serca, dał wynik ujemny, nawet w rozcieńczeniu 1:10: — świadczy to za tem, iż nie mieliśmy tu do czynienia z ogólnem zakażeniem proteusowem, a raczej z zatruciem.

4. Hans Jersche, 5 mies. Nieodpowiednie odżywianie; od czwartego miesiąca dostaje rozgotowaną bułeczkę, przedtem również były błędy w dyecie. Od 5 dni stolce płynne, 3—4 razy dziennie, wymioty. Przyjmowanie pokarmu ciężkie. Na trzeci dzień po przyjęciu stolce — maziste, obfite, dotkliwą wonią — cuchnące. Na preparacie barwionym przy parokrotnem badaniu wyłącznie prątki czerwone. Badanie stolców wykazuje obecność proteusa. Dawka 0,5 ctm. sześć. hodowli bulionowej śmiertelna dla myszy.

Dnia 16 maja rozpoczęto podawanie hodowli *bact. lactis aërog.* w serwatce po 3—4 porcyj dziennie w mleku Gaertnera w przeciągu tygodnia. Po 3 dniach podjęte badanie stolców nie wykazuje proteusa. Żelatyna nie rozpuszcza się nawet po 4 dniach. Stolce bez woni, gęstość stolców prawidłowych u niemowląt, karmionych sztucznie. Na preparacie barwionym 20/V czerwone prątki jeszcze przeważają, są już jednak i niebieskie w dużej ilości; 22/V wegetacya bakteryjna zwykła u dzieci karmionych sztucznie. Stolce z zapachem aromatycznym. Polepszenie stałe. Dziecko wyleczone, oddano do domu. Pokarm: pierwszego dnia dyeta herbaciana, następnie mleko tłuste Gaertnera — po połowie z odwarem ryżu, w końcu mleko Gaertnera bez domieszek.

Przypadek ten jest nader typowy, zarówno ze względu na wegetacyę bakteryjną przy charakterystycznych stolcach, jak również ze względu na pomyślny wynik leczenia, przez nas zapoczątkowanego. Można go uważać jako *dyspepsia ex alimento*, wskutek nieodpowiedniego żywienia z gniciem białkowem, które zostało usunięte zupełnie przez zwycięstwo *bact. lactis aërog.* nad proteusem.

5. Richard Löschnigg, dziecko 11 dniowe. Przyjęty z powodu nacieczenia w pasze prawej. Po wyleczeniu oddany na opiekę wychowawczyni, po 2 tygodniach mocno zaniedbany, przyjęty znowu do kliniki. Cierpi na wyprzanie i czyraki; stwierdzono duży ubytek na wadze. Przy odpowiedniem leczeniu, a głównie przy piersi mamki, dziecko odzyskało siły w zupełności. W dniu przyjęcia waga 3200,0; w dniu drugim 2500,0; po $1^1/_2$ miesięcznym pobycie na klinice 3500.0 gramów. Przy końcu pobytu podawano, jako pokarm mleko tłuste Gaertnera. Stolce dobre, mikroskopowo prawidłowa wegetacya bakteryjna. Po kilku dniach wystąpiła bladość, przygnębienie, stolce stały się gęste, barwy gliniastej, obfite, cuchnące. Badanie wykazało obecność proteusa. Wskutek zabrania dziecka nie przedsiębrano terapii wyżej wzmiankowanej.

6. Grete M., 8 miesięczna (leczenie domowe). Odżywianie sztuczne. Zaparcie stolca. Stolec gliniasty, obfity, cuchnący. Mikroskopowo: kryształy tłuszczowe, krople tłuszczowe obficie. Na barwionym preparacie przeważają czerwone prątki. Badanie na proteusa wypada doda-

tnio; 1,0 ctm. sześć. hodowli bulionowej okazuje się silną dawką śmiertelną dla myszy, zgon po 6 godzinach.

W przypadku następnym nie udało się z cuchnących stolców wyhodować proteusa. Leczenie przez podawanie hodowli *bact. lactis aërog.* z wynikiem pomyślnym.

7. Wilhelm Reinhardstältner liczy $2^1/_2$ miesiąca życia. Stolce tryskające, wodniste (5—10 dziennie). Wymioty. Na drugi dzień po przyjęciu do kliniki 4 stolce dyspeptyczne, obfite, z domieszką śluzu. Dalszy przebieg odpowiada *Cat. gastrointestinalis acutus.* Upadek sił. *Hypodermoclysma.* Pewnego dnia cuchnące stolce, obfite, lecz z wejrzenia nie podobne do opisanych powyżej. Na barwionym preparacie prątki czerwone i niebieskie, ostatnie w przeważającej liczbie. Badanie zapomocą metody wyżej opisanej nie wykazało obecności proteusa. Podjęto jednak leczenie *bact. lactis aërog.* 3 porcye po 10 ctm. sześć. dziennie. Po 4 dniach stolce zupełnie nie cuchnące, po 6 dniach nawet z przyjemnym kwaśnym zapachem.

Ostatni wreszcie przypadek jest dość zawikłany. Cuchnące stolce charakterystyczne wystąpiły tu już w okresie, gdy stan chorego był nader marny i prawie że nie było widoków na wyleczenie. Odpowiednie odżywianie i podawanie hodowli *bact. lactis aërog.* uratowały chorego.

8. Anton Fleck, dziecko 7 tygodniowe. Przyjęty do kliniki z biegunką i wymiotami, pozostawał w niej $2^1/_2$ mies. z objawami *Cat. gastrointestinalis.* Przebieg był nadzwyczaj nieprawidłowy. D. 30/IV czytamy w historyi choroby: przybytek na wadze, przyjmowanie pokarmu dobre, stolce prawidłowe, a już 8/V stolce płynne, ubytek na wadze, 9/V znaczny ubytek, stan bliski konania, 12 płynnych stolców pomimo tanigenu i atropiny; do 22/V stolce obfite, z domieszką śluzu, gliniaste, cuchnące. Badanie stolców wykazuje obecność *proteus vulgaris.* Spróbowano podawać hodowle *bact lactis aërog*, w serwatce 3 razy dziennie po 10 ctm. sześć. i stósowano ten środek w przeciągu 2 tygodni. Na barwionym preparacie przeważają prątki czerwone; po 4 dniach stolce jeszcze posiadają dawniejsze cechy. D. 28/V stan chorego beznadziejny. Stolce prawie bez woni. Przy badaniu już nie wykryto proteusa. Badanie stolca, podjęte 30/V, wykazuje na płytce agarowej niebieskawo-zielony nalot; woni charakterystycznej na agarze niema. Przy dalszem badaniu wyhodowano *bac pyocyaneus.* Terapia w dalszym ciągu. D. 7/VI badanie stolców nie wykazuje ani *pyocyaneus.*, ani proteusa. Stolce prawidłowe z przyjemnym zapachem. Dziecko karmi się mlekiem tłustem Gaertnera. Przybytek na wadze duży. D. 3/VI waga 2900 grm, 18/VI 3900 gramów.

Dla przekonania się, jaki wpływ posiada mleko na występowanie proteusa w stolcach, badałem mleko, brane z różnych źródeł w Gracu i paru miejscowości okolicznych, które przeważnie zaopatrują miasto w mleko. Badanie w tym względzie dało tylko w jednym przypadku wynik dodatni, mianowicie w mleku gotowanem, które stało nieprzykryte w przeciągu 24 godz., wykryłem metodą, używaną przy badaniu stolców, obecność proteusa. Badanie mleka surowego wypadło zupełnie ujemnie, co naprowadziło mnie na myśl, czy w tym razie następujące w mleku niegotowanem kiśnienie (fermentacya kwaśna, nie przeszkadza wystąpieniu proteusa. W tym celu przeszczepiałem z hodowli *proteus vulgaris* na agarze do różnych prób mleka — świeżego, niegotowanego, kwaśnego, gotowanego i po 24 godzinach badałem metodą zwykłą na proteusa. W mleku gotowanem rozwijał się proteus obficie już po 24 godzinach. Mleko ścinało się z odczynem kwaśnym, na agarze, woń charakterystyczna, żelatyna rozpuszczona. W mleku niegotowanem, nieskwaśniałem wyniki były zależne od świeżości mleka; wogóle jednak w większości przypadków proteus rozwijał się bez przeszkody, w niektórych rozwój jego jak gdyby był osłabiony; za to w mleku kwaśnem wyniki o tyle się zgadzały, że w niektórych próbach proteus się zupełnie nie rozwinął, w innych zaś jakby siła jego została osłabioną, żelatyna rozpuszczała się bowiem zaledwie po 2—3 dniach w słabym stopniu.

W naszych więc doświadczeniach musimy wyłączyć wpływ mleka na występowanie proteusa w stolcach, czyli t. zw. zakażenie zewnętrzne *(ectogene Infection).* Postacie chorobowe, spowodowane przez zepsute mleko, są zresztą daleko groźniejsze; przedstawiają często obraz cholery dziecięcej. Wpływ mięsa musimy również wyłączyć, spożywanie bowiem mięsa nie miało miejsca.

Przypadki Bookera, którym on nadaje miano „cholera infantum" z nader ciężkim przebiegiem, odróżniają się znacznie od spostrzeganych przez nas. Gdy przyjrzymy się uważnie naszym przypadkom, widzimy, że występowanie proteusa ma miejsce u dzieci z ciężkiem lub lżejszem cierpieniem przewodu pokarmowego. „Zwykle dopiero przez jakieś szkodliwe czynniki wywołane zaburzenia w prawidłowem wydzielaniu, chłonieniu i ruchomości żołądka, oraz górnych odcinków przewodu kiszkowego, — mówi Escherich, — dają powód i możność rozwoju drobnoustrojów, obcych przewodowi kiszkowemu w zwykłych warunkach".

Występowanie *proteus vulgaris* w stolcach dzieci jest więc w takich przypadkach następowe. W większości przypadków nie dochodzi też do zakażenia ogólnego proteusowego, lecz raczej do samozatrucia. Dowodu dostarcza nam w tym względzie odczyn surowiczy; gdy bowiem w przypadkach naszych nie otrzymywaliśmy aglutynacyi z surowicą chorych, ani z surowicą zwierząt, karmionych hodowlami *proteus vulgaris*, otrzymywaliśmy natomiast ją z surowicą zwierząt, którym zastrzykiwano hodowle proteusowe i jady. Pfaundler[1]) otrzymał wyniki dodatnie w 2 przypadkach, gdzie stwierdzono zakażenie proteusowe, w jednym nawet t. zw. „Fadenreaction".

Badania nasze zdają się przemawiać za tem, że *proteus vulgaris* w przewodzie kiszkowym niemowląt, żywionych sztucznie, częściej występować może, niż to dotąd przypuszczano i nie wyłącznie wśród tak ciężkich objawów, jak to opisują Booker i Lesage, lecz często w przypadkach, gdzie wskutek zaburzeń w ruchu robaczkowym i wzmożonem wydzielaniu, wobec dużej ilości białka w przewodzie kiszkowym, występują pomyślne warunki dla sprawy gnicia białkowego. Gnicie białkowe, które w przewodzie kiszkowym dziecka, karmionego piersią, nigdy, zaś karmionego sztucznie — w nader nikłym stopniu ma miejsce w dolnych odcinkach jelit, wzmaga się i dochodzić może do stopnia, wymagającego usunięcia drogą leczniczą.

Pomyślne wyniki terapii, osiągnięte przez podawanie do wewnątrz hodowli *bact. lactis aërog.*, otrzymane w naszych doświadczeniach, zdają się zachęcać do dalszych prób na tej drodze.

IV. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż

Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

(Dokończenie).

Z tego cośmy wyżej powiedzieli widać, że chcąc narysować obraz chorobowy duru brzusznego, trzebaby każdy przypadek z osobna opisać, coby naturalnie było rzeczą niepotrzebną i niemożliwą; dlatego, stósownie do przebiegu, podzielmy dur brzuszny na przypadki z przebiegiem lekkim, przypadki z przebiegiem ciężkim i na przypadki, zajmujące miejsce pośrednie, a więc przypadki średnio-ciężkie. Te objawy, które w pierwszych przypadkach zaledwie będą zaznaczone, w drugich wystąpią w całej pełni i groźnie, w przypadkach zaś średnio-ciężkich znajdujemy je dobrze zazna-

[1]) Eine neue Form der Serumreaction auf Coli und Proteusbacillosen. *Centralbl. f. Bacteriologie* I Abt., XXIII, 1898, Nr. 1, 2, 3.

czone. Z tego powodu, zdaje mi się, wystarczy podać przebieg średnio-ciężkiego duru, a ten przedstawia się mniej więcej, jak następuje: przypadłości, któreśmy w okresie zwiastunów poznali, przybierają z każdym dniem na sile tak, że w ciągu pierwszego tygodnia choroba dosięga swego punktu kulminacyjnego. Siły chorego z każdym dniem słabną do tego stopnia, że chorzy z trudnością tylko oddają się swemu zatrudnieniu i pozostawać muszą w łóżku. Łaknienie znika całkiem, występuje natomiast silne pragnienie, język staje się obłożony, na brzegach czerwony, gorączka wieczór i w nocy okazuje silne wzniesienia, podczas gdy w godzinach rannych występują silne zwolnienia. Stolec w tym okresie jest zazwyczaj zaparty. Powłoki skórne suche, od czasu do czasu pokrywają się lekkim potem, przyczem język staje się mniej wilgotnym i więcej czerwonym. Ciepłota ciała okazuje wieczorne wzniesienie do 40 C, rano jest nieco mniejsza. Tętno silnie napięte, niekiedy już wyraźnie dwubitne, liczba waha się między 80—100 uderzeń na minutę, rzadko tylko dosięga powyżej 100. Wargi suche i spiekłe. Chorzy cierpią na światłowstręt, słuch okazują przytępiony, umysł jednak jasny, a pamięć nie zamącona. Brzuch nieznacznie wzdęty, przy obmacaniu tkliwy, szczególnie w okolicy kiszki ślepej, gdzie często wyczuć się daje kruczenie. Niekiedy pojawiać się mogą wymioty i biegunka. Śledziona jest nieznacznie powiększona, rzadko daje się wymacać, a wtedy jest miękka i boleśna. Chorzy skarżą się na bóle głowy, na ciągnienie i bóle w członkach i mięśniach, które to ostatnie są przy obmacaniu silne boleśne, — leżą spokojnie w łóżku, nie troszcząc się o otoczenie. Na policzkach pojawić się mogą różowe plamy, przypominające wypieki osób gruźliczych.

Koło siódmego dnia choroby, czasem wcześniej lub później, pojawia się cechująca wysypka, różyczka durowa, która szczególnie usadawia się na brzuchu i dolnych częściach klatki piersiowej. Rzadko występuje na całem ciele, a szyja i twarz z reguły są wolne od niej. Obfitość wysypki bywa rozmaita, począwszy od kilku plam do kilkuset; różyczka trwa czas krótki, poczem znika, a po pewnym czasie znowu się pojawia. Różyczka pod uciskiem zupełnie znika, a po zaprzestaniu uciskania znowu występuje. Ciepłota ciała dosięga swego największego wzniesienia i odtąd, jako gorączka stała, utrzymuje się przez następne dwa tygodnie. Tętno okazuje teraz bardzo wyraźną dwubitność, waha się między 90 100 i jest silnie napięte. Oddechy regularne, 20—30 na minutę. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego, kaszel nieznaczny, plwocina skąpa. Bóle głowy i mięśni, które zazwyczaj utrzymują się do połowy drugiego tygodnia, ustępują; natomiast pojawia się śpiączka i zamącenie umysłu, a chorzy zaczynają majaczyć, stają się niespokojni, co mianowicie występuje pod wieczór silnie. Zresztą chorzy leżą w łóżku, jakby bez czucia, zupełnie spokojnie, na pytania jednak dają dobre odpowiedzi. W dalszym ciągu choroby chorzy mają wyraz twarzy apatyczny, powłoki skórne blade, źrenice rozszerzone, na światło oddziaływają dobrze, język suchy, twardy jak deska, ciemno zabarwiony i bruzdami poprzedzielany. Przy wystawianiu język się trzęsie. Wargi porozpadane, suche i pokryte czarnemi, zeschłemi masami, chorych trapi niekiedy pragnienie, które mlaskaniem się zdradza. Brzuch przeważnie wzdęty, pojawia się biegunka, przyczem stolce posiadają cechujące własności stolców durowych (grochowe). Mocz skąpy, o wysokim ciężarze gatunkowym, okazuje odczyn dwuazotowy i zawiera białko.

Wychudnienie i ogólne osłabienie z dniem każdym postępuje. Ciepłota ciała, jako gorączka stała, może okazywać małe zwolnienie. Liczba tętna zwiększona; staje się ono słabo wyczuwalne, nitkowate, przejść może w galopujące. Skóra zaczyna być wilgotnawa, w miejsce różyczki pojawia się potówka *(miliaria cristallina)*. Często przy znacznem osłabieniu mocz i stolec oddają chorzy pod siebie, wydarzyć się mogą silne bredzenia i rozmaite stany psychiczne, w których, przy coraz większem osłabieniu serca, nastąpić może i śmierć, W przypadkach pomyślnych już w tygodniu trzecim, albo w początku czwartego, zaznaczyć się daje zwrot pomyślny. Ciepłota ciała okazuje silne zwolnienia, przyczem i ciepłota wieczorna z każdym dniem staje się mniejszą, aż wreszcie spada do prawidłowej, a przez dni kilka nawet pod prawidłową. Tętno pełnieje i jest mniej częste, oddechanie powraca do stanu prawidłowego. Wpada szczególnie w oko nagłe odzyskanie łaknienia, tak, że chorzy, którzy jeszcze okazują gorączkę, cierpią na wilczy głód i wszystko, co im pod oczy wpadnie, przyswajają, by tylko swój głód zaspokoić. Język staje się czystym, a sen, jaki w tym czasie chorych nawiedza, jest jedyną ich pociechą i szczęśliwym dla nich objawem. Powoli i stolce stają się uformowane, śledziona powraca do rozmiarów prawidłowych, chorzy przybierają wejrzenie dawniejsze, słowem znajdują się w okresie uzdrowienia, w którym dosyć wolno powracają do utraconych sił. Trwanie więc samej choroby wynosi 3—4 tygodni.

Jak wyżej powiedzieliśmy, dur brzuszny cechuje się przedewszystkiem tem, że obraz chorobowy może być najrozmaitszy, że powyżej nakreślony obraz chorobowy może przechodzić od postaci najłagodniejszych do najcięższych, tak że śmiało powiedzieć możemy, iż każdy przypadek duru brzusznego stanowi dla siebie jakby osobny typ chorobowy. Już z tego widać, jak trudne może być rozpoznanie i że tylko ten, co nie trzyma się ściśle szematu, ale cały obraz chorobowy, a wogóle wszystkie możliwości i powikłania w przebiegu duru ma na oku, przyjść może do pewnego rozpoznania. Pamiętać także należy, że pewne postacie duru okazują w swym przebiegu zaledwie zaznaczone objawy, które w durze przywykliśmy spostrzegać, jak to np. w durze o przebiegu nadzwyczaj łagodnym *(typhus levis, ambulatorius, abortivus, afebrilis* i t. d.), podczas gdy zmiany anatomiczne, cechujące dla duru, a więc przedewszystkiem zmiany w jelitach, mogą być bardzo rozległe.

W a ż n o ś ć o b j a w ó w w d u r z e s p o s t r z e g a n y c h. Najważniejsze i najwięcej cechujące objawy dla duru, które, jeżeli ich kilka w jednym czasie znajdziemy, pozwalają postawić pewne rozpoznanie, są: 1. przebieg ciepłoty ciała; 2. stosunkowe zwolnienie tętna i względna równoległość między krzywemi ciepłoty, tętna i oddechów; 3. obrzęk śledziony; 4 wysypki; 5. odczyn Widala; 6. odczyn dwuazotowy. Obok tych, w drugiej linii tu należą: nieżyt oskrzeli, bóle głowy, wejrzenie języka, stolce, zachowanie się krwi, kruczenie nad kiszką ślepą i krwotoki nosowe. Najważniejszym z tych objawów zdaje mi się być, obok odczynu Widala, pojawienie się cechującej osutki durowej, tak, że przy braku jej rozpoznanie nasze będzie się wahać. Im więcej z tych objawów znajdziemy, tem rozpoznanie pewniejsze. Ujemny wynik próby Widala nie przemawia przeciwko durowi, gdyż takowa dopiero w dalszym przebiegu choroby wystąpić może.

Przeciw durowi brzusznemu przemawiałyby: stały brak odczynu dwuazotowego i próby Widala, nieżyt nosowy, poty, zapadnięcie brzucha, stałe zaparcie stolca, opryszczki wargowe, a wreszcie brak różyczki durowej.

Przy obecności powyżej wymienionych objawów nietrudno przyjdzie nam rozpoznać dur brzuszny. W pierwszym jednak tygodniu, a więc w początku choroby, nie łatwo wynaleźć większość tych objawów, tak, że jednorazowe badanie chorego nie doprowadzi nas do żadnych wniosków pewnych, a tylko dalsze spostrzeganie choroby zazwyczaj o rozpoznania rozstrzyga. Przy braku jednego lub więcej cechujących objawów możliwem jest rozpoznanie tylko przez wykluczenie innych cierpień, przyczem własne doświadczenie i bystrość rozpoznawacza nie małej tu są wagi.

R o z p o z n a n i e r o ż n i c z k o w e. Z tego wszystkiego cośmy wyżej o objawach i rozpoznaniu duru brzusznego powiedzieli, widać, że choroba ta, w obec bardzo niestałych objawów, nader często może dać powód do pomyłek rozpo-

znawczych, które, szczególnie w pierwszym okresie duru, nawet najtęższym klinicystom zdarzyć się mogą.

W pierwszym rzędzie ostra gruźlica prosówkowa należy do tych chorób, które mogą wiele mieć do duru podobieństwa, co mianowicie odnosi się do objawów ogólnych (ból i zawrót głowy, uczucie znużenia, krwotoki nosowe), które tak dobrze za durem brzusznym, jako też i za gruźlicą prosówkową przemawiać mogą. Potrzebaby w przypadkach takich bystrego oka i nader krytycznego zmysłu, aby obie choroby od siebie odróżnić. Mimo bardzo podobnych napozór objawów znaleźć przecież możemy pewne wskazówki, które przemawiać każą za gruźlicą prosówkową. Już z wywiadów dowiadujemy się, że w rodzinie chorego gruźlica jest dziedziczna, a przy dokładnem badaniu stwierdzamy u niego powiększenie gruczołów szyjnych, a może blizny po operacyach, dających się odnieść do spraw gruźliczych; dalej znaleźć możemy ogniska gruźlicze w płucach lub w innych narządach, zkąd mogło wyjść zakażenie. Nie należy spuszczać z oka narządów owych, gdzie znaleźć możemy pierwotne ogniska (gruźlica jąder) i w ten sposób rozpoznanie sobie ułatwić.

Przebieg gorączki o tyle miałby znaczenie rozpoznawcze, o ile w przebiegu typowym duru znajdziemy stałą gorączkę, a w gruźlicy zaś okazuje ona znaczne zwolnienia, a nawet w pewnych okresach możemy stwierdzić brak gorączki. Wcześniejszym objawem różniczkowym są dla tych chorób poty, które w gruźlicy prosówkowej należą do objawów stałych i są zazwyczaj bardzo obfite.

Zachowanie się tętna jest w obu chorobach nie jednakowe; w durze brzusznym znajdziemy zawsze względne jego zwolnienie obok wyraźnej i stałej dwubitności; w gruźlicy prosówkowej zaś (nie powikłanej zapaleniem opon mózgowych) tętno jest wyraźnie przyspieszone i zazwyczaj dwubitności nie okazuje.

Badanie płuc nie zawsze wyświetla rozpoznanie. W obu chorobach możemy znaleźć nieżyt oskrzelowy, który w durze usadawia się przeważnie w dolnych częściach płuc, w gruźlicy prosówkowej natomiast częściej zajęte są szczyty płucne. Ważne zjawisko dla gruźlicy prosówkowej stanowi przyspieszenie oddechów i cechująca duszność skutkiem zatkania oskrzelików produktami gruźliczymi; objawów tych w durze brzusznym prawie nigdy nie spotykamy.

Obrzęk śledziony i jej stopniowe powiększanie się w miarę postępu choroby przemawia raczej za durem, gdyż przy gruźlicy często brak obrzęku śledziony.

Upadek sił i wyniszczenie bardzo prędko pojawiają się w gruźlicy, niedokrewność występuje na plan pierwszy i obok charakterystycznej sinicy nadaje chorym odrębne wejrzenie. Sinica szczególnie widoczna jest na twarzy.

Rozwolnienie pojawić się może i w gruźlicy prosówkowej; wzdęcie zaś brzucha częściej spotykamy w durze, a wystąpienie krwotoków jelitowych przemawia stanowczo za durem brzusznym. Rozstrzygające znaczenie, przemawiające stanowczo za gruźlicą prosówkową, ma stwierdzenie na naczyniówce oka gruzełków gruźliczych; to też badanie wziernikiem nigdy zaniechane być nie powinno.

W ostatnich czasach podnosi Barregi zachowanie się krwi, które ma dać bardzo ważne wskazówki różniczkowego rozpoznania. We krwi durowych brak jest we krwi skrzepów, podczas gdy krew gruźliczych odznacza się nadzwyczaj wybitną krzepliwością.

Dur osutkowy. Początek choroby zazwyczaj nagły. Po jednorazowych dreszczach występuje silna gorączka tak, że w przeciągu krótkiego czasu (24 godzin) dosięga 40—41 stopni, poczem przez cały czas trwania choroby jest mniej więcej ciągłą, okazując bardzo małe tylko wahania. Ciągła ta gorączka trwa 14—17 dni, poczem następuje krytyczne zakończenie choroby i gorączki, często przy obfitych potach. Zachowanie się i przebieg gorączki daje nam bardzo ważne różniczkowe wskazówki. W durze brzusznym widzieliśmy, że gorączka jak po stopniach wznosi się przez pierwsze 3—6 dni, trwa wśród znacznych wahań przez 3—5 tygodni, poczem opada *per lysin*.

Drugim ważnym znakiem dla duru osutkowego jest zachowanie się tętna. Bez względu na wiek i rodzaj osób, tętno już w samym początku choroby dosięga znacznej liczby tak, że 120—130 uderzeń na minutę należy do objawów stałych, podczas gdy w durze brzusznym liczba tętna dosięga rzadko tak wysokiej częstości i jest dwubitne; ostatnie to zjawisko nie należy do częstych w przebiegu duru wysypkowego.

Bardzo ważnym objawem różniczkowym dla obu rodzajów durów jest zachowanie się i właściwości osutki. Różyczka duru brzusznego występuje zawsze nad powierzchnię skóry, ostro jest odgraniczona, okrągła i przez czas trwania wyraźnie różowo-czerwonej barwy. Wysypka duru osutkowego jest najczęściej plamista, mało po nad powierzchnię skóry wyniosła, nie ostro odgraniczona tak, że obrysy jej są rozlane; jest ona z początku bladą, często może być krwotoczną tak, że plamy te okazywać mogą barwę czarną. Nigdy prawie nie widać barwy żywo-różowej, ale natomiast barwa osutki duru plamistego okazuje więcej barwę miedzianą, przy dodatku barwy sinej.

W durze plamistym osutka pojawia się wcześniej, między drugim, a najpóźniej 5-tym dniem choroby. W przeciwieństwie do duru brzusznego, w którym osutka usadawia się najczęściej na dolnej części klatki piersiowej i na brzuchu, a bardziej odległe części ciała są w mniejszym stopniu przez nią zajęte, osutka duru plamistego zajmuje z upodobaniem kończyny, przyczem twarz, dłonie i podeszwy wolne są od niej. Pamiętać też należy, że osutka nie jest stałym objawem duru plamistego i że często może jej brakować.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego rzadko spotykamy w durze plamistym. Brzuch, jako też okolica biodra prawego, są nie bolesne, przelewania w kiszce ślepej niema, a stolce są zazwyczaj zaparte. Stolce krwawe lub rozwolnienia z cechą stolców grochowych rzadko tylko w durze plamistym występują i należą do nadzwyczajnych wyjątków.

Obrzmienie śledziony jest stalszym objawem duru plamistego, aniżeli duru brzusznego, występuje wcześniej i ustępuje prędzej. Bóle głowy i zajęcie sfery umysłowej należą do stałych objawów duru plamistego, pojawiają się od samego początku choroby i trwają przez cały przeciąg choroby, co stanowi przeciwieństwo do duru brzusznego.

Dur powrotny. Pomieszanie duru brzusznego z durem powrotnym mogłoby nastąpić tylko w samym początku, w pierwszych dniach choroby. Późniejszy bowiem przebieg bez wielkich trudności rozstrzygnie rozpoznanie. Pamiętać więc należy, że dur powrotny rozpoczyna się nagle, jednorazowymi dreszczami i znacznem wzniesieniem ciepłoty ciała, cechuje się dalej typowym przebiegiem ciepłoty ciała, zupełnie nieprawidłowym, trwającym 5—10 dni i zakończeniem choroby nagłem *(per crisin)* przy pojawieniu się silnych potów. Osutki w durze powrotnym niema, jako też objawy ze strony przewodu pokarmowego są nadzwyczaj nieznaczne. Wreszcie, wyszukanie prątków swoistych dla duru powrotnego *(spirillae Obermayeri)*, we krwi rozstrzyga stanowczo o rozpoznaniu.

Zakażenie ropne ukryte *(Septicaemia cryptogenetica)* może również dać powód do pomyłek rozpoznawczych z durem brzusznym, jeżeli przebiega wśród objawów zajęcia sfery umysłowej i wśród objawów, które i w durze brzusznym się spotyka (jak obrzęk śledziony, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, osutka, nieżyt oskrzeli itd.). W takich przypadkach zwrócić przedewszystkiem należy uwagę na przebieg gorączki zazwyczaj z gwałtownymi spadkami i na obecność potów i prawie codziennych dreszczy, których w durze brzusznym nie spotykamy. Dalej, pojawienie się zapalenia wsierdzia, zajęcie stawów, różnorodność osutki, bóle kości i mięśni, wybroczyny w skórze, zmiany na dnie

oka, zachowanie się tętna względem ciepłoty ciała, oto objawy, które przeciw durowi przemawiać będą.

Pomyłki rozpoznawcze między durem brzusznym a zimnicą w rzadkich tylko przypadkach zdarzyćby się mogły, a mianowicie w przypadkach takich dokładne zbadanie, w którem rozstrzyga nie samo wyśledzenie obrzęku śledziony, ale przedewszystkiem tak dzisiaj dla każdego przystępne wyszukanie tworów zimnicy *(plasmodium)* we krwi, będzie dla nas rozstrzygającem o rozpoznaniu.

Ostre osutki: ospa, odra, płonica tylko w okresie zwiastunów mogłyby dać powód do pomyłek rozpoznawczych. W późniejszym bowiem okresie, kiedy się charakterystyczna osutka na ciele pokaże, rozpoznanie nie napotyka na żadne trudności. Najwięcej podobieństwa ma może osutka odrowa do osutki durowej. W odrze jednak osutka występuje przedewszystkiem na twarzy, co w durze brzusznym się nigdy nie zdarza; błona śluzowa gardła i podniebienia okazuje zaczerwienienie i małe ciemne plamki. Częściej pomięszaćby można dur brzuszny z grypą *(influenza)* i odwrotnie; grypa jednakże jest chorobą gorączkową krótkotrwałą, rozpoczynająca się nagle dreszczem, bólami w krzyżach i rwaniem w członkach, zajęciem błon śluzowych; cechuje się dalej brakiem osutki (odczyn dwuazotowy wyjątkowo spostrzegano) i obecnością swoistych drobnoustrojów, znajdujących się w wydzielinach i we krwi chorych na grypę *(bacillus influenzae)*.

Włóknikowe zapalenie płuc, jeśli sprawa chorobowa ma swą siedzibę w głębszych warstwach płuc *(pneumonia centralis)*, nie dające żadnych objawów fizykalnych skutkiem swego usadowienia, mogłoby dać powód do pomięszania tej choroby z durem brzusznym. W takich razach zwrócić należy uwagę przedewszystkiem na początek choroby, który w zapaleniu płuc jest nagły, po dreszczu następuje silna gorączka, stała, bez znacznych zwolnień. Oddechy są przyspieszone, często pojawia się żółtaczka, plwocina zawiera mniejszą lub większą domieszkę krwi i jest rdzawą, we krwi świeżej znaczna ilość włóknika i zazwyczaj leukocytoza. Na wargach opryszczki, a liczba tętna jest w stosunku prostym do stopnia gorączki.

Zapalenie opon mózgowych zdradza się sztywnością w karku i szalonymi bólami głowy, występującymi często w przerwach. Gorączka okazuje tor nieregularny, pojawiają się kurcze i porażenia kończyn, a często i opryszczki, szczególnie na kończynach. Brakuje natomiast wyraźnego obrzęku śledziony, charakterystycznej różyczki durowej i stolców grochowych. Wreszcie, w przypadkach wątpliwych, uciec się możemy do środków przeciwgorączkowych, które w zapaleniu opon mózgowych ciepłoty nie obniżają.

Wreszcie wspomnieć mi wypada, że i ostre nieżyty kiszek *(gastr. enteritis acuta)* mogą dać powód do pomyłek. Spotykamy je często w porze letniej, w następstwie błędów dyetetycznych. Gorączka w krótkim stosunkowo czasie, bo już w pierwszym dniu, okazuje znaczne wzniesienia, które wkrótce ustępują, — objawy dyspeptyczne są bardzo wyraźne, brakuje typowej różyczki i w moczu nigdy nie pojawia się odczyn dwuazotowy.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Eitelberg (Wiedeń). I. **Ueber die Behandlung der Mittelohrsklerose mit Thyreoidintabletten.** *(Archiv. f. Ohrenheilkunde* T. 43. Z. 1).

II. **Ein weiterer Beitrag zur Behandlung der Mittelohrsklerose mit Thyreoidintabletten** *(Wien. med. Presse* Nr. 29, 1899).

III. **Dritter Beitrag zur Behandlung der Mittelohrsklerose mit Thyreoidintabletten.** *(Die ärztliche Praxis* 12 Jahrgang 1899, Nr. 17—18).

Do najfatalniejszych i najprzykrzejszych, a niestety także do najpospolitszych cierpień narządu usznego należy, jak to każdemu specyaliście aż nadto wiadomo, przewlekły suchy nieżyt i stwardnienie (sklerosis) ucha środkowego. Wszystkie, z największym sprytem, roztropnością i pomysłowością wymyślone metody i sposoby, czy to mechaniczne, czy też operacyjne, w celu uleczenia tej choroby, zawiodły, albo przynajmniej nie doprowadziły do wyniku pożądanego. To skłoniło część autorów, poszukujących skuteczniejszych środków, uciec się do lekowania wewnętrznego, w nadziei lepszego powodzenia. I tak Vulpius *(Archiv f. Ohrenhlk.* T. 41), zauważywszy, że chorzy, dotknięci obrzękiem śluzakowym, powikłanym z przytępieniem słuchu, doznali pod wpływem leczenia gruczołem tarczykowym istotnego polepszenia, nietylko stanu ogólnego, lecz także i bystrości słuchu, rozpoczął podawać cierpiącym na postępującą głuchotę wspomniany przetwór gruczołowy. W początku wstrzykiwał wyciąg gruczołu do jamy bęb., później podawał go wewnętrznie, zaprzestając równocześnie wszelkiego leczenia miejscowego. Korzystne wyniki, na tej drodze otrzymane, zachęciły Brühla *(Monatschrift f. Ohrenheilkunde* Nr. 12, 1895 i Nr. 1, 1897), Alta *(ibidem* Nr. 12, 1896), a wreszcie Eitelberga.

W pracy I podaje Eitelberg swoje spostrzeżenia na 8 chorych, których dłuższy czas mógł obserwować przed i po leczeniu i u których dotychczas używane zwykłe metody leczenia nie dały zadowalniającego wyniku. Wszyscy cierpieli na postępującą utratę słuchu. Eitelberg używał wyciągu gruczołu tarczykowego wyłącznie wyrobu angielskiego, podawał go po 1 tabliczce dziennie i przerywał leczenie na 2—3 dni, ile razy spostrzegł najmniejsze zaburzenie ogólnego stanu zdrowia, jak n. p. bicie serca albo niespokojny sen i t. d. Tabliczek zażywano 30 do 80. U 2 chorych, wyposażonych dość silną podściółką tłuszczową, nastąpiło znaczniejsze spadnięcie wagi ciała. Tylko w trzech przypadkach osiągnął względnie dobry i trwały skutek, a w 1 przyp. skutek przemijający. Dodatni skutek uwydatnił się nietylko poprawą słuchu, lecz także ustąpieniem, względnie zmniejszeniem, towarzyszących objawów, jak szumu usznego i zawrotu głowy.

W II-giej pracy podaje autor historyę choroby 4 dalszych, tą metodą leczonych, przypadków, z których u dwóch skutek był dodatni. We wszystkich 12 przypadkach nie wystąpiło nigdy ważniejsze działanie uboczne. Wszystkie 4 przypadki chorobowe należały do postaci mięszanej, t. j. że obok ucha środkowego i nerwowy narząd słuchowy był mniej lub więcej zajęty.

O ile na podstawie tych przypadków wnioskować można, tyreoidyna bezsilną jest wobec wyższego stopnia niedosłyszenia albo głuchoty; może zaś okazać się skuteczną w pewnych, na razie bliżej określić się nie dających, przypadkach lżejszych. Z tego wynika, że leczenie tyreoidyną jest wskazanem w chwili, w której osłabienie słuchu nabierać zaczyna charakteru, zagrażającego zupełną głuchotą. Nie wiedząc jeszcze, jak dalece używanie tego środka dalej się usprawiedliwi, można przecież obecnie już twierdzić, że na razie należy tyreoidynie pewne miejsce w lecznictwie otyatrycznem, już ze względu na bezwzględną bezskuteczność innych sposobów leczenia.

W ostatniej III ciej nareszcie rozprawie znajdujemy uzupełnienie historyi choroby, podanej w pracy poprzedniej i sprawozdanie z 5 dalszych spostrzeżeń. W 4 z nich osiągnięto mniej lub więcej dodatni skutek, o którego trwałości na razie nic jeszcze powiedzieć nie można.

Na podstawie wszystkich 17 przyp. nie może jeszcze wprawdzie autor podać pewnych wskazań dla tego rodzaju leczenia; sądzi jednak, że lek ten jest szczególnie na miejscu tam, gdzie występuje na jaw dążenie do postępowego osłabienia słuchu. Tam zaś, gdzie bystrość słuchu już w wysokim stopniu jest przytępioną, nie można ponoś nic więcej spodziewać się po tyreoidynie.

Spira.

VI. Wyciągi.

Prof. Baumgarten. **Przyczynki do nauki o wrodzonej odporności.** *(Berl. klin. Wochenschrift* 1899. Nr. 41).

Dla wytłómaczenia odporności wrodzonej powoływano się dotąd bądź to na tzw. fagocytozę, którą to teoryę uważa B. za obaloną, a nawet pomimo ustępstw, jakie porobił w ostatnich czasach Miecznikow, utrzymać się nadal nie mogącą — bądź też na istnienie w surowicy krwi aleksynów, które obecnie przyjęto prawie za pewnik, głównie wskutek badań Buchnera. Buchner opierał się przedewszystkiem na tem, że niektóre drobnoustroje, po zadziałaniu na nie krwi, względnie surowicy zwierząt odpornych, rozwijają się potem na pożywkach stałych skąpiej, tracą na ilości; co prawda, strata ta po upływie doby już się wyrównywa przez wcale w dalszym ciągu nieupośledzony rozwój. Otóż, zdaniem Baumgartena, opartem na badaniach własnych, Jettera i Walza, fakt, będący podstawą teoryi Buchnera, polega na działaniu czynników, dających się ściśle określić, a nie na wpływie aleksynów, których ani Buchner, ani nikt inny dotychczas nie zdołał wydzielić z surowicy krwi i których istnienie nie jest dotąd udowodnione. Czynnikami, wywołującymi wspomniane zjawisko, są, zdaniem Baumgartena, zaburzenia przyswajania w komórkach drobnoustrojów, oraz zaburzenia osmotyczne. Mianowicie bakterye, przynajmniej niektóre, nie znajdują w surowicy krwi zwierzęcia na nie odpornego, najlepszej dla siebie pożywki; stąd też zaszczepione na surowicę taką, muszą się naprzód zastosować do gorszych warunków bytu i stąd też w rozwoju ich ustępuje przerwa, będąca skutkiem zaburzeń przyswajania, wywołanych przez względną niestosowność podłoża. W znacznie wyższej mierze odnosi się to oczywiście do pożywek sztucznych stałych, w których w grę wchodzi jeszcze i drugi czynnik, mianowicie nagła zmiana ciśnienia osmotycznego w otoczeniu bakteryj przez przeniesienie do innego środowiska, a stąd zaburzenia osmotyczne w komórkach bakteryjnych, objawiające się tzw. plasmolizą, którą można dokładnie badać pod drobnowidem. Bakterye, które raz uległy plazmolizie, nie tracą wprawdzie swej żywotności, ale stają się bardzo wrażliwe na zewnętrzne szkodliwości i wskutek nich mogą ginąć. Dzieje się to n. p. wskutek nagłych zmian środowiska, wahań ciepłoty i t. d., które sprowadzając zbyt szybki powrót bakteryj ze stanu plazmolizy do stanu poprzedniego, wywołują bardzo znaczne uszkodzenie lub nawet śmierć komórek drobnoustrojów. Tem się tłómaczy strata ilości drobnoustrojów przy przenoszeniu ich z surowicy do pożywek stałych. Wpływ swój na bakterye traci surowica po 1—2 godzinnem ogrzaniu do 55°C. Buchner tłómaczył to zniszczeniem aleksynów. W rzeczywistości zjawisko to polega według Baumgartena na tem, że plazmoliza daleko mniej oddziaływa na stan bakteryi, jeżeli warunki ich odżywienia są dobre. Przy ogrzewaniu zaś surowicy przez tak długi czas musi się wytwarzać pepton, składnik dla bakteryi bardzo korzystny, w ilości wprawdzie małej, lecz dla zmiany warunków odżywienia wystarczającej. Prawdziwości tego przypuszczenia dowodzi ta okoliczność, że surowica traci wpływ swój na bakterye nietylko przez ogrzewanie, ale i przez dodanie peptonu. Zresztą ogrzewanie surowicy niszczy wpływ jej na prątki duru, ale nie na prątki wąglikowe; zjawisko to nie da się wytłómaczyć teoryą Buchnera, to jest istnieniem aleksynów, ale staje się zupełnie jasnem wobec faktu, że prątki wąglikowe dla wyrównania wpływu plazmolizy potrzebują znacznie więcej peptonu w środowisku, niż prątki durowe, a ta ilość peptonu, jaka się przy ogrzewaniu surowicy wytwarza nie jest na to wystarczającą.

Wobec tego sądzi Baumgarten, że główna podstawa, na której opierano przypuszczenie istnienia aleksynów, została obaloną. Wątpić zaś należy, aby w przyszłości udowodniono rzeczywiste istnienie aleksynów we krwi, ponieważ już z góry trudno zrozumieć, jak takie zabójcze dla bakteryj substancye mogłyby nie oddziaływać szkodliwie na ustrój zwierzęcy; dotychczas nie znamy żadnej substancyi bakteryobójczej, któraby nie była zarazem zabójczą dla protoplazmy komórek zwierzęcych. W ten sposób po upadku teoryi fagocytozy i aleksynów należy się zwrócić dla wytłómaczenia naturalnej odporności do teoryi, utworzonej już dawniej przez B., a nazwanej „teoryą assymilacyjną“. Według teoryi tej polega odporność naturalna pewnych gatunków, ras i osobników zwierzęcych przeciw pewnym bakteryom na tem, że bakterye te nie znajdują w ustroju owych zwierząt stosownej dla siebie pożywki. Bardzo nieraz znaczne różnice w odporności poszczególnych osobników tego samego gatunku zwierząt nie powinny zadziwiać, jeśli się zważy, jak drobne różnice w składzie pożywki zdolne są wpływać na rozwój bakteryj bardzo stanowczo; takie drobne różnice, dla nas prawie nieuchwytne, lub zgoła nieznane, a dla bakteryi bardzo znaczące, istnieją niewątpliwie i w składzie chemicznym rozmaitych osobników zwierzęcych. (Teorya Baumgartena zasługuje na uwagę ze względu na zupełnie odrębny punkt wyjścia; jednakże nietrudno dostrzedz, że jest ona jednostronną i wielu zjawisk, jak dotąd, nie wyjaśnia. Prz. spr.). *Doc. Ciechanowski.*

Prof. Riegel (Giessen). **Przyczynek do oceniania siły wydzielniczej żołądka.** *(Münch. med. Wochenschft*, Nr. 45, 1899). Ażeby wykryć w żołądku istnienie lub brak wolnego kwasu solnego podawał autor swym chorym, — aż do wystąpienia Boas-Ewalda z śniadaniem próbnem, — proponowany przez siebie obiad próbny. Jeśli więc tak po śniadaniu próbnem Boas-Ewalda, jak i po obiedzie Riegela, pozostanie w żołądku pewna ilość wolnego HCl (jak to w stanie prawidłowym przy końcu trawienia się dzieje), wówczas przyjmujemy, że żołądek należycie spełnia swą czynność. Autor przyznaje wprawdzie, że śniadanie Boas-Ewalda jest i prostsze i dogodniejsze, bo już w godzinę po spożyciu można przystąpić do ścisłego badania treści żołądkowej, podczas gdy obiad próbny jest bardziej skomplikowany, — atoli nie można nigdy stanowczo twierdzić, czy po obiedzie próbnym otrzyma się to *plus* wolnego HCl, pomimo, że się je znalazło po próbnem śniadaniu. Jeśliby bowiem śniadanie Boas-Ewalda wykazywało ten nadmiar wolnego HCl w tych wszystkich przypadkach, w których takiż sam jest wynik po próbnym obiedzie autora, wówczas metoda Boas-Ewalda byłaby bezsprzecznie wystarczającą. Tak jednak nie jest. Riegel, stosując obydwie te metody u 21 chorych żołądkowych, doszedł do wyniku, że pomimo otrzymanego *plus* wolnego HCl po śniadaniu Boas-Ewalda, — nie otrzymał wcale, albo bardzo mało tego nadmiaru HCl po obiedzie przez siebie zaproponowanym, z czego wynika, że badany żołądek nie może podołać zwiększonej wprawdzie pracy, ale leżącej jeszcze w granicach fizyologicznych. I na odwrót przytacza autor prawie wyjątkowy jeden przypadek, wktórym stósował swój próbny obiad w różnych porach dnia, otrzymując zawsze po zbadaniu treści żołądkowej owo *plus* wolnego HCl, podczas gdy u tego samego chorego po śniadaniu próbnem Boas-Ewalda nigdy wolnego HCl wykryć nie mógł. Autor, opierając się na doświadczeniach Pawlowa i Trollera, — które wykazują, że wydzielanie kwasu żołądkowego zależy w części (odruchowo) od samego aktu żucia, a w części od bezpośredniego zadrażnienia błony śluzowej żołądka pokarmami, — tłómaczy ostatni przypadek tem, że ów pacyent, z zawodu kucharz, posiadał błonę śluzową żołądka, a bardziej jeszcze narząd smakowy, przywykłe do silniejszych bodźców. Za czem idzie, że ani żucie pokarmów bez połykania, ani też lekkie śniadanie Boas-Ewalda, nie wywołały wydzielania kwasu żołądkowego, — natomiast silniej drażniący obiad próbny autora dał wynik dodatni. R. wnioskuje tedy, że w codziennej praktyce nadaje się wprawdzie metoda Boas-Ewalda, jako prostsza, dla ściślejszego jednak rozpoznania i ocenienia siły wydzielniczej żołądka, radzi o ile się da, kombinowanie obydwóch tych metod.

Dr. Henryk Pisek

Buchner. **Naturalne środki ochronne ustroju i wpływanie na nie w celu ochrony ustroju przed zakażeniem.** *(Münch med. Wochs.* 1899, Nr. 39 i 40). Najważniejszym środkiem, jakim posługuje się ustrój dla ochrony przed drobnoustrojami, jest krew. Zawiera ona aleksyny, zabójcze dla bakteryj; substancye te należy, według najnowszych badań B. zaliczyć do enzymów. Aleksyny posiadają własność niszczyć i rozpuszczać bakterye taksamo, jak i ciałka czerwone obce, to jest wprowadzone w krążenie z innego ustroju. Źródłem aleksynów są ciałka białe, które również posiadają własność rozpuszczania, jakby trawienia odpowiednich ciał obcych, czego objawem jest np. wessanie katgutu w ranach niezakaźnych, rozpuszczanie tkanin w ropieniu i t. p. — Znajomość faktu, że najważniejszym środkiem ochronnym ustroju jest krew, ma nietylko znaczenie teoryczne, ale może też być punktem wyjścia w rozwiązaniu zadań praktycznych. Dotychczas niedoceniano znaczenia tej okoliczności, że krew obok dowozu materyałów odżywczych spełnia ważną czynność przez zawarte w niej enzymy, które grają wielką rolę we wszystkich sprawach wessania uorganizowanych ciał obcych, oraz tkanek, dla ustroju już zbytecznych (np. kostniny przy złamaniach kości). Dopiero Bier wykazał, że sztucznie wywołane przekrwienie bierne sprowadza niejednokrotnie świetne skutki w leczeniu gruźlicy kości i stawów, oraz gośćca stawowego. Podobnież przekonano się o skuteczności sztucznego przekrwienia tętniczego, np. przez zastósowanie gorącego powietrza. Pod tym względem powinny oddać wielkie usługi okłady wyskokowe, sprowadzające przypływ krwi do dowolnej okolicy ciała, a urządzane podobnie do okładów wysychających z alkoholu 96%. Okłady takie wywołują natychmiastowy zastój w zapaleniach naczyń chłonnych, ropniach, czyrakach i sprowadzają szybkie wyleczenie, polegające jednak nie na działaniu odkażającem wyskoku, lecz jedynie na wpływie zwiększonego dopływu krwi. Badając miejscowe wpływy wyskoku na tkanki, wykazał B. że głównym skutkiem działania tego środka jest rozszerzenie naczyń. W kończynach ciała wzrasta pod wpływem okładów wyskokowych ciśnienie krwi, a skutkiem tego jest to, że w jednostce czasu przepływa większa ilość krwi.— Zastósowanie wyskoku jest bardzo korzystne w leczeniu pruchnicy zębów, która jest na pozór tylko drobnem, w rzeczywistości bardzo poważnem cierpieniem ze względu na swe rozpowszechnienie. B. sądzi, że dwukrotne co dnia wypłókanie zębów wyskokiem jest stokroć skuteczniejsze od rozmaitych proszków, past i nastojów. I tu korzystne działanie alkoholu odnosi B. do wywołanego sztucznie większego dopływu krwi do zębów, które przez to stają się oporniejsze względem drobnoustrojów.

Jeszcze doniośléjszem jest spostrzeżenie, że zapomocą okładów wyskokowych można jeszcze wyleczyć takie przypadki gruźlicy stawów i kości, które uważano za stracone. Pod tym względem nader wymowne są doświadczenia, poczynione w klinice chirurgicznej monachijskiej, dotąd coprawda nieliczne, gdyż dopiero niedawno zdołał B. skłonić klinikę do podjęcia prób, opartych na jego teoretycznych rozumowaniach. B. przytacza między innymi przypadek bardzo posuniętej gruźlicy stawu nadgarstkowego prawego u młodej dziewczyny, którą zamierzano już operować, a u której pod wpływem okładów wyskokowych w ciągu 4 tygodni nastąpiło zupełne wyleczenie. Toteż B. obiecuje sobie bardzo doniosłe skutki z praktycznego zastósowania teoretycznej zasady, że krew stanowi najpotężniejszy środek ochronny i leczniczy w zakażeniach ustroju. *C.*

Engel C. S. Dr. **Czy można pomięszać pasorzyty zimnicze z jądrami jądrzastych ciałek czerwonych?** *(Zeitschrift für klinische Medicin XXXVIII. tom 1899 str. 30. z tablicą).* Zwyczajne postacie pasorzytów zimniczych z barwikiem, lub też odznaczaiące się znamiennym kształtem, jak rozetki zimnicy czwartaczkowej, trudno pomięszać z jądrami ciałek czerwonych jądrzastych. Niedawno jednak podał Plehn wiadomość, że istnieją zarodkowe postacie pasorzytów zimniczych, które w ilości od 6 — 20 drobnych plamek, rozsiane po ciałku czerwonem, można pomięszać z cząsteczkami rozpadającego się jądra w ciałku czerwonem jądrzastem, tembardziej, że zabarwiają się zupełnie podobnie (tj. błękitem metylenowym na niebiesko). Drobne te twory nazwał Plehn „ziarenkami karyo-chromatofilnemi“ i uważa je za zarodniki pasorzytów zimniczych (na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego 31/V, 1899). Doniesienie to Plehna posiada oczywiście wielką doniosłość rozpoznawczą. Dlatego też zajął się zbadaniem sprawy tej autor i dodał do swoich uwag dwa obrazki mikroskopowe ciałek czerwonych.

Rzecz jest o tyle zawiła, że w zimnicy, obok ciałek czerwonych z drobnymi zarodkami pasorzytów, jakie opisał świeżo Plehn, mogą występować ciałka czerwone, pojawiające się w niedokrewności złośliwej, które to ciałka okazują również drobne plamki, taksamo się barwiące, jak zarodki pasorzytów. Plamki te są resztkami rozpadającego się jądra w ciałku czerwonem jądrzastem. Objaw zresztą znany z opisów przypadków niedokrewności złośliwej. A ponieważ wskutek ciężkiej zimnicy może powstać niedokrewność złośliwa, uważa więc autor za usprawiedliwione przypuszczenie, że w takim przypadku w tej samej krwi, obok ciałek czerwonych z zarodnikami pasorzytów zimniczych, znajdą się również ciałka czerwone jądrzaste z jądrami, rozpadłemi na drobne cząsteczki. Zbierając razem wnioski, odpowiada w końcu autor na pytanie, które było zadaniem jego pracy: 1) nie można pomięszać pasorzytów zimnicy, jeżeli zawierają barwik; 2) nie można,— a to w preparatach świeżych, — jeżeli pasorzyty posiadają ruch pełzakowaty, wówczas można nawet rozpoznać zarodniki bez barwnika; 3) nie można pomięszać pasorzytów z jądrami ciałek czerwonych jądrzastych w zwykłych warunkach, ponieważ jądra odznaczają się silnem zabarwieniem, oraz szczegółami wewnętrznej budowy, zaś pierwoszcze w takich ciałkach czerwonych jądrzastych jest zazwyczaj zabarwione polychromatycznie, — kiedy pasorzyty zimnicze sadowią się w ciałkach czerwonych, zabarwionych ortochromatycznie; 4) nie można pomięszać pasorzytów nawet z małemi jądrami ciałek czerwonych jądrzastych ortochromatycznych, jeżeli jądra są zabarwione silnie, ponieważ pasorzyty zimnicze barwią się o wiele słabiej i w łagodniejszym odcieniu barwy niebieskiej; 5) można pomięszać pasorzyty zimnicze i to znane dotychczas zarodniki, jako też zarodniki, opisane świeżo przez Plehna, z jądrami ciałek czerwonych jędrzastych, ginącemi powoli lub rozpadającemi się na drobne cząsteczki. Możnaby też wyjątkowo pomięszać płytki Bizzozery z zarodnikami pasorzytów zimniczych.

Dr. Eljasz Radzikowski.

Hoerschelmann: **W sprawie higieny płciowej.** (*St. Petersburger med. Wochens.* 1899. Nr. 39).

H. wygłasza zdanie, że walka z rozpustą jest sprawą, obchodzącą nietylko całe społeczeństwo ze stanowiska etycznego, ale i lekarzy ze stanowiska ściśle lekarskiego. Przedewszystkiem sądzi H., że walka z rozpustą jest bardzo ściśle związana ze zwalczaniem kiły i wiele do niego dopomódz może. Przodując w zwalczaniu kiły, powinni lekarze zająć także pewne niezmienne stanowisko w sprawach higieny płciowej, która obecnie przez niejednego lekarza jest lekceważona, lub co gorsza, naraża go na zarzut niesumienności i zaniedbania obowiązków. Dotyczy to przedewszystkiem postępowania lekarzy w tych zboczeniach i chorobach, w których, jako środek leczniczy niejednokrotnie zbyt lekkomyślnie zaleca się obcowanie płciowe *(onania, impotentia psychica*, przynajmniej pewne jej postacie). Pod tym względem konieczne jest wzajemne porozumienie się i wyjaśnienie kwestyi higieny płciowej, choćby ze względu na rozpowszechnione wśród mężczyzn, a gdzieniegdzie i wśród lekarzy trafiające się mniemanie, że brak stosunków płciowych i czystość bezwzględna, mogą być szkodliwe. — H. przytaczając szczegółowo zdania całego szeregu doświadczonych tej sprawy badaczy, między innymi powag tej miary, jak Krafft-Ebing, Forel, Rubner, Oesterlen, Eulenburg, Mendel

i Fürbringer, dochodzi do następujących wniosków: Nie zostało dotąd udowodnione, ani też nie stwierdzono dotychczas doświadczeniem lekarskiem, aby czystość płciowa szkodzić miała zdrowiu prawidłowych fizycznie i umysłowo osobników, zarówno mężkiej, jak żeńskiej płci. Orzeczenie takie wydał swego czasu Wydział lekarski w Chrystyanii. Czystość płciowa w prawidłowych warunkach nie jest czynnikiem usposabiającym dla powstania samogwałtu. Ze stanowiska lekarskiego nie ma żadnej podstawy i jest nieusprawiedliwione zalecanie lub choćby tylko przyzwalanie na stosunki płciowe pozamałżeńskie (rozumiejąc przez małżeństwo wszelki stały stosunek bez względu na jego prawomocność państwową lub kościelną) osobnikom moralnie i fizycznie zdrowym pod pozorem względu na zdrowie. *Z.*

Otto Küstner. **Zakażenie otrzewnowe, a wstrząs** *(Shok). (Münch. med. Wochs.* Nr. 40, 1899). Na podstawie ścisłych badań bakteryologicznych jamy brzusznej chorych, zmarłych w bardzo krótkim czasie po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej, przekonał się autor, że w wielu przypadkach, gdzie makroskopowo żadnych zmian anatomicznych nie znaleziono, przy badaniu bakteryologicznem wykryto paciorkowce lub też gronkowce i to, albo rozsiane po całej otrzewnej, albo też tylko w okolicy miejsca operacyi. Autor przekonał się przeto, że przyczyną śmierci w tych wszystkich przypadkach nie był wstrząs, jakby to z sekcyi anatomicznej wynikało, tylko zakażenie drogą otrzewnej. Wstrząs, jako przyczynę śmierci, często rozpoznaje się po operacyach włókniaków, którym często towarzyszą zmiany w sercu; ale i w tych przypadkach, zdaniem autora, odgrywa rolę zakażenie, gdyż, gdzie ono nie miało miejsca, tam przebieg operacyjny w przypadkach włókniaków ze zmianami w sercu był niezakłócony.

W końcu zwraca B. uwagę, że w nieznacznych zmianach miejscowych leczenie zakażenia otrzewnowego drogą operacyjną zwykle nie prowadzi do pomyślnego wyniku, ale nie jest przeciwnikiem tego kierunku leczenia, zwłaszcza uważa za właściwe użycie w laparatomiach z przebiegiem gorączkowym sączkowania przez pochwę. *St. D.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Protargol w rozczynie 5%, jak donosi Sicher, zupełnie nie działa drażniąco na zdrową spojówkę, a w rozczynie 50% drażni słabo. Kilka przypadków zapalenia spojówki nieżytowego wyleczył w przeciągu 2—9 dni 10—20% rozczynami protargolu, gdy przy stosowaniu innych związków srebra, albo też soli cynkowych, wyleczenie tak szybko nie następowało. W przypadkach zapalenia powiek stosował z dobrym skutkiem maść następującą:

Rp. Protargoli
Zinci oxydati
Amyli oryzae aa 1·00
Vaselini 20·00
MDS. Maść.

Do wyleczenia zapalenia woreczka łzowego jest, według autora, protargol najlepszy z dziś znanych środków. *(Bollet. med. Trentino XVIII. 4. 58).* *J. L.*

Orexinum tannicum. Przetwór ten okazał się według badań ponownych Siegerta dobrym bardzo środkiem w przypadkach braku łaknienia u dzieci. Środek ten należy podawać według autora w dawce po 0·25—0·5 grm. dwa razy dziennie przez 5 do 10 dni, a zawsze godzinę lub dwie przed jedzeniem. *(Münch. med. Wochenschrift, Nr. 20, 1899).* *J. L.*

Pożywkę Heydena *(Nährstoff Heyden)* otrzymują z białka świeżych jaj. Przetwór ten wyrabiają Hefelmann i Schlossmann. *(Allg. med. Centralztg. 40. 1899, p. Allg. Wr. med. Ztg. 30. 1899).* *J. L.*

Styptycynę zaleca Munk w krwotokach uporczywych, a powstałych po wyrwaniu zęba, w krwawieniach nosa; działanie leku ma być natychmiastowe. W przypadkach pierwszego rodzaju M. zakłada do rany dziąsła kołaczyk styptycyny; w krwawieniach nosa stosuje przepłókiwanie 10% rozczynem wodnym styptycyny. *(Aertz. Central-Anzeiger. Wien. Nr. 27, 1899).* *J. L.*

Jordan (Moskwa) zachwala, na mocy doświadczenia w kilkunastu przypadkach wyprysku, *thiocolum liquidum,* przetwór podobny do gwajacolu, który stosuje sam lub rozcieńczony gliceryną w postaciach ostrych swędzących, połączonych z zaczerwienieniem i sączeniem. Podobnie użyć go można przy rumieniach, oparzeniach i róży. *(St. Peterb. m. Woch.* 1899, 31). *F. K.*

Prof. Rindfleisch wykonywał mięsienie stawu nadgarstkowego swej własnej ręki, obrzękłej skutkiem gośćca przewlekłego, w ten sposób, że wkładał chorą rękę w stosownej wielkości naczynie, napełnione do 2/3 części rtęcią i wyjmując ją, powtarzał to zanurzanie w rtęć 20—30 razy szybko po sobie. Już po 4 dniach uporczywy wysięk ustąpił prawie zupełnie. *(Münch. med. Woch.* 1899, 34). *F. K.*

Fitzgerald *(Brit. m. Journ.* 1899) próbował w przypadkach zimnicy kreozotu zewnętrznie w ten sposób, że wcierał go w piersi, brzuch i boki, u dzieci w ilości 1·0, u dorosłych 2·0—4·0 dziennie. Dla uśmierzenia podrażnienia skóry dodawał do kreozotu w połowie oliwy. Sposób ten miał mu dawać bardzo dobre wyniki, nawet w przypadkach, w których chinina zawiodła. *F. K.*

Tannopinum, środek przeciwbiegunkowy. Jest to przetwór kondensacyjny kw. garbnikowego i urotropiny, zawierający kwasu garb. 87%, a urotropiny 13%. Przedstawia proszek barwy czekoladowej, rozpuszczający się powoli w rozczynach słabo alkalicznych. W styczności z sokiem jelitowym ulega rozkładowi na swoje części składowe. Przetwór ten podawano z dobrym skutkiem w nieżycie jelit ostrym i przewlekłym, oraz w zmianach gruźliczych. Dawka dla dzieci 0·25—0·5 grm. 3 razy dziennie; dla dorosłych 0·5—1 grm. 3—4 razy dziennie. Szkodliwych działań ubocznych nie spostrzeżono. W przypadkach cholery swojskiej okazała się skuteczną mieszanina: *Tannopini 0·3—0·5, Calomelani 0·005. (C. Fröhlich. München. med. Wochenschrift,* 18 lip. 1899). *J. L.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z d. 11 listopada 1899 r.

Przewodniczący: kol. A. Gluziński. Członków obecnych 60.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Prus miał wykład pod tyt.: »O wskrzeszeniu w przypadkach śmierci z uduszenia, zatrucia chloroformem i rażenia prądem elektrycznym« (z demonstracyą doświadczeń).

Prelegent podając wyniki swej pracy doświadczalnej nad wskrzeszaniem w przypadkach śmierci z uduszenia, otrucia chloroformem i rażenia prądem elektrycznym, wskazuje na różnicę, jaka istnieje między jego metodą, a metodą Boehma. Podczas gdy Boehm starał się pobudzić ruchy serca przez rytmiczne uciskanie nienaruszonej klatki piersiowej, — prelegent otwierał najpierw w każdym przypadku klatkę piersiową, a następnie uciskał bezpośrednio palcami serce, wywołując tym sposobem sztuczny obieg krwi. Oddechanie zaś sztuczne uskuteczniał prelegent tak samo, jak Boehm, zapomocą mieszka. Metoda ta ma tę wyższość nad sposobem Boehma, że 1) umożliwia wskrzeszanie nawet po długim stosunkowo czasie trwania śmierci; 2) że można ją zastosować u zwierząt, posiadających klatkę piersiową mało podatną (jak n. p. u psów); 3) że pozwala na dokładne śledzenie najsłabszych nawet ruchów serca. Na podstawie wielkiej liczby doświadczeń wypowiada zdanie, że w przypadkach uduszenia, jako też po zatruciu chloroformem, można przywrócić życie zwierzęciu nawet wtedy, gdy od chwili ustania ruchów serca, aż do chwili rozpoczęcia mięsienia serca, upłynęło 5, 10 a nawet 15 lub więcej minut. Okoliczność tę, że zwierzę po pewnym czasie trwania śmierci wskrzesić można, tłómaczy prelegent w sposób następujący: z chwilą śmierci osobnika, objawiającej się ustaniem ruchów oddechowych i ruchów serca, nie znika jeszcze natychmiast pobudliwość tkanin. I tak n. p. pobudliwość serca psa utrzymuje się czasem nawet przez 96 godzin, licząc od chwili śmierci zwierzęcia. Gdy więc w tym okresie, w którym pobudliwość serca i układu nerwowego jeszcze zupełnie nie wygasła, aczkolwiek śmierć

osobnika niewątpliwie nastąpiła, wzniecimy sztuczny oddech i sztuczny obieg krwi (przez mięsienie serca), możemy nietylko podtrzymać gasnącą pobudliwość tkanin, ale co więcej, możemy, przez regularne doprowadzanie krwi tętniczej do tkanin powoli podniecać pobudliwość tychże tkanin aż do stopnia, w którym te tkanki samoistnie funkcyonować zaczną. W przypadkach porażenia serca zapomocą prądu elektrycznego tylko wyjątkowo powraca rytmiczna samoistna czynność serca i to zaledwie dopiero po bardzo długiem mięsieniu serca. Wykład swój objaśnił prelegent przedstawieniem całego szeregu krzywych ciśnienia krwi i oddechania. Następnie przedstawił prelegent dwa wskrzeszone psy,— jeden po zabiciu przez uduszenie (wskrzeszanie rozpoczęto w 6 minut po śmierci; pies żyje 5 miesięcy), a drugi po zatruciu chloroformem (wskrzeszanie rozpoczęto w 4 minuty po śmierci; pies żyje przez 8 miesięcy).

W końcu wykonał prelegent doświadczenie następujące: Połączywszy kaniulkę manometru rtęciowego z tętnicą psa i zacisnąwszy tchawicę, demonstrował zachowanie się parcia krwi i oddechu wśród duszenia. Gdy oddech i akcya serca zupełnie ustały, otworzył klatkę piersiową i odsłonił należycie serce. Gdy widzowie przekonali się, że serce nie okazuje najmniejszego śladu ruchów, gdy więc stwierdzono niewątpliwą śmierć zwierzęcia, przeczekano jeszcze 5 minut, poczem dopiero rozpoczął prelegent rytmicznie uciskać serce palcami, puściwszy równocześnie w ruch motor, poruszający mieszek do sztucznego oddechania. Po kilku minutach mięsienia serca i sztucznego oddechania rozpoczęły się samoistne ruchy serca; parcie krwi zaczęło się stopniowo podnosić, a po dalszych kilku minutach zwierzę poczęło samoistnie oddechać, z początku słabo, później coraz silniej. Gdy parcie krwi osiągnęło prawidłową wysokość, wykonał prelegent kilka doświadczeń, wykazujących, że serce znosi dobrze działanie silnych nawet bodźców mechanicznych, jak n. p. uciskanie palcami lub szczypczykami w rozmaitych miejcach i kierunkach. Natomiast zastósowanie słabego nawet prądu elektrycznego (bo zaledwie na języku wyczuwalnego) sprowadziło natychmiast porażenie serca. Parce krwi opadło natychmiast do zera, a na sercu pojawiły się wybitne drgania włókienkowe (delirium cordis).

Uwzględniając wyniki swych badań, prelegent wypowiada zdanie, że w nagłych przypadkach śmierci u ludzi z uduszenia, a zwłaszcza z zatrucia chloroformem, należy po wyczerpaniu wszelkich dotychczas znanych sposobów ratowania, przystąpić do zastósowania jego metody wskrzeszania i żywi tę nadzieję, że w niejednym przypadku metoda jego okaże się skuteczną.

Kol. Wehr: W r. 1887, na Zjeździe chirurgów w Berlinie, demonstrował Kraske swój sposób cucenia przy śmierci z chloroformu i przytoczył przypadek, w którym wydawało mu się, że zapomocą mięsienia chorego ocucił. W dyskusyi nad tym przedmiotem Langenbuch podał, że mu się wydarzył przypadek śmierci z chloroformu: w przypadku tym otworzył on klatkę piersiową i mięsił serce blizko pół godziny. O ile mowcy wiadomo, jestto *unicum* w literaturze całej, jaką mógł przeglądnąć. Wprawdzie Langenbuch chorego nie ocucił, ogłosił jednak swe uwagi, jakie mu się w tym przypadku nasunęły; rzecz zrobiła na nim wrażenie, jakoby pobudził mięsieniem nie akcyę serca, ale krążenie krwi. Tak Kraske jak L. postawili wówczas propozycyę stósowania w danych przypadkach podobnego zabiegu. Doświadczenie dzisiejsze kol. Prusa jest bardzo interesującem; faktem jest, że serce, które już ustało w swej akcyi, po 5—6 minutach przez mięsienie przychodzi do życia. Mowca jedynie zaoponowałby przeciwko nazwie »wskrzeszenie«, a nazwałby to »przyprowadzeniem do życia«. Podnosi następnie okoliczność, że dotąd niema zgody na to, czy są osobne zwoje (ganglia) motoryczne; doświadczenie, w którem w jednej chwili śmierć przez prąd następuje, przemawiałoby za porażeniem zwoju, a zatem za istnieniem samoistnego zwoju.

Kol. Obtułowicz podaje, jako ilustracyę do znakomitych wyników doświadczeń prelegenta, opis przypadku z własnej praktyki lekarskiej z przed lat 16-tu. Przypadek ten spostrzegał w grudniu 1882 roku, a dotyczył on 60-letniego właściciela dóbr A. S. na Podolu, który zadusił się wskutek zapalenia gardła i zwężenia krtani przez wybujałe polipy.

Z różnych powodów mógł Dr. O. (przypadkiem do tego chorego wezwany) dopiero w 3 kwadranse po zaduszeniu się chorego przystąpić do przecięcia krtani i rozpoczęcia sztucznego oddechania wraz z Drem Nachtem, który mu w ciągu następnej, 3 godziny trwającej akcyi ratunkowej niezmordowanie pomagał. U pozornie zmarłego nie można było domacać się tętna, ani dosłuchać się tonów sercowych, ani też dostrzedz ruchów oddechowych, a wszelkie stósowanie gorczyczników, amoniaku, eteru i innych środków cucących, pozostało bez najmniejszego efektu, mimo już dokonanej tracheotomii. Usilna praca sztucznego oddechania przez całe 2 godziny zdawała się być bezskuteczną, dopiero w 3-ciej godzinie akcyi ratunkowej zaczęło zwolna wracać tętno, a potem i ruchy oddechowe, które trzeba było ciągle podtrzymywać przez rytmiczne ugniatanie klatki piersiowej. Przy tej czynności ręce lekarzy tak się układały, że głównie działano na dolny odcinek klatki piersiowej, a to po stronie lewej w okolicy łuku żebrowego i w okolicy serca, przez co i serce bywało wstrząsanem. Gdy już i serce odzyskało swą utraconą energię i samoistne ruchy oddechowe regularnie się odbywały, założył Dr. O. choremu szerszą rurkę tchawiczną, a przez nieco forsowniejsze jej wciśnięcie wśród zwapniałych chrząstek, wywołał tak silny odruch, że uratowany chory odzyskał i przytomność w zupełności, a z końcem 3 godziny mógł już być uważany za uratowanego. Żył potem jeszcze ten starzec całe 3 lata. W tym przypadku zatem żmudna praca lekarska okazała się bardzo zbawienną, a stanowić może, tak jak i cenne doświadczenia prelegenta, zachętę do nieopuszczania rąk i do energicznego ratunku w podobnych przypadkach.

Kol. Ziembicki zapytuje, czy gdyby zamiast otwarcia klatki piersiowej i mięsienia serca wprost, zastósowano samo tylko mięsienie klatki piersiowej, byłoby to wystarczającem? (Nie).

Kol. A. Gluziński oświadcza, że sposób doprowadzenia serca do życia przez mięsienie znanym jest w laboratoryach. Faktem jest jednak, co i sam w swych doświadczeniach miał sposobność stwierdzić, że rozmaite zwierzęta rozmaicie doświadczenia znoszą, n. p. inaczej pies, inaczej królik. Dalej jest faktem, że jest pewna różnica w doprowadzeniu do życia zwierząt ze względu na wiek: młode i stare zwierzęta łatwiej doprowadzić, niż w wieku średnim. Różnica w zachowaniu się wobec doświadczenia psa i królika może dowodzić, że będzie pewna różnica i u człowieka. Co do śmierci z prądu elektrycznego zaznacza, że daleko łatwiej pojąć tę śmierć działaniem na zwój (ganglion), niż na mięsień sercowy.

Kol. Prus broni tytułu swego wykładu. Mówi wyraźnie o wskrzeszaniu w przypadkach śmierci i sądzi, że ma wszelkie prawo do apodyktycznego twierdzenia, że w chwili, kiedy po otwarciu klatki piersiowej ustają ruchy serca i kiedy serce przez 5—10—15 minut żadnego śladu życia nie daje, może mówić o śmierci. Podnosi tę okoliczność, że tu trzeba mieć na uwadze różnicę między pobudliwością tkanki, a jej śmiercią. Jest to zupełnie odrębne zagadnienie, jak daleko sięga pobudliwość serca; są znane przecież fakta zachowania pobudliwości tkanek po śmierci przez czas krótszy lub dłuższy; znaleziono n. p. w jednym przypadku, że serce psa było 96 godzin po śmierci pobudliwem, a przecież mowy o życiu tam nie było. W doświadczeniu, w którem układ nerwowy był już zupełnie porażony, jeżeli on potem pod wpływem mięsienia serca zaczyna znowu funkcyonować, można przecież mówić o przywróceniu do życia. Co się tyczy sprawy tej, czy istnieją osobne zwoje ruchowe (motoryczne), na to odpowiedzi nie daje; His i Rombarg obecności zwojów ruchowych nie przyznają, tylko czuciowe. Sprawy tej jednak mowca w dzisiejszym wykładzie nie miał zamiaru rozstrzygać.

Kol. Rydygier oponuje również przeciwko nazwie śmierć. Można tylko tu mówić o śmierci pozornej, z pojęciem bowiem śmierć łączy się pojęcie, że człowiek już nie da się przywrócić do życia. Co do chirurgicznej strony, to zauważa, że w obecnym stanie rzeczy każdy będzie naprzód próbował najmniej przez pół godziny sposobu Koeniga.

Kol. Prus wypowiada jeszcze raz parę uwag w obronie tytułu swego wykładu. W pojęciu patologów śmierć oznacza tę chwilę, w której ustały ruchy oddechowe i ruchy serca. Przy śmierci pozornej serce musi funkcyonować, jak jest n. p. u zwierząt w czasie snu zimowego; serce u nich się kurczy. Wtedy jest to śmierć pozorna; nie można zaś o niej mówić wtedy, kiedy ruchy serca zupełnie ustały.

W końcu zabierali pokrótce głos koll. Ziembicki, Schramm i Rydygier w sprawie zastósowania praktycznie mięsienia serca w takich przypadkach, w których wyczerpano już wszystkie znane sposoby przywrócenia do życia.

Dr. Papée, sekretarz.

IX. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

XVI. Concetti (z Rzymu): *Sur un cas singulier de Adenome maligne de la vessie chez une petite fille de II mois.* (Tytuł sam objaśnia kazuistyczny przypadek).

XVII. Heubner (z Berlina): *O zapobieganiu gruźlicy w wieku dziecięcym (Heimstätten), lecznice (Heilstätten).* Wobec usunięcia dziedziczności gruźlicy na drugi plan, należy główny nacisk kłaść na zapobieganie jej nietylko ze względu na dzieci, lecz także dla uchronienia całych pokoleń, a wskazówką dla działania zapobiegawczego jest sposób dostawania się zarazku gruźliczego do ustroju, a mianowicie drogą oddechania, przewodu pokarmowego i przez skórę. Dlatego H. przedkłada projekt utworzenia zakładów (*Heimstätten*) dla zdrowych dzieci (a nie lecznic dla chorych dzieci). Zatem należy dzieci zdrowe, narażone na zakażenie, usuwać z domu rodzinnego i umieszczać w zakładach, a mianowicie: 1) dzieci, których rodzice lub rodzeństwo są dotknięci gruźlicą; 2) dzieci zdrowych rodziców, które przez choroby inne (n. p. kiłę) są skłonne do nabycia gruźlicy; 3) dzieci zołzowate; 4) dzieci, które przebyły choroby zakaźne (odrę, płonicę, błonicę, krztusiec), a obecnie, po opuszczeniu szpitala, mają się dostać do mieszkań ciemnych, wilgotnych. H. sądzi, że należy zakłady te umieszczać w pobliżu wielkich miast lub zaludnionych osad, w okolicy zdrowej, lesistej. Kapitał zakładowy nie byłby zbyt wielki, natomiast utrzymanie zakładu wymaga wielkich funduszów, gdyż dzieci musiałyby długi czas przebywać w zakładzie, być dobrze odżywiane, musiałyby pobierać naukę szkolną i gimnastykę.

Soltmann w rozprawie wyraża uznanie Heubnerowi i wskazuje na istnienie podobnych zakładów w Szwajcaryi i we Włoszech górnych. Nową jest myśl Heubnera, ażeby w zakładzie umieszczać dzieci zdrowe, nie obciążone dziedzicznie. Pott (z Halli) zwraca uwagę na istnienie podobnego zakładu w Halli, t. zw. zakładu dla ozdrowieńców. W lecie wyniki były dobre, w zimie jednak koniecznem było zwracanie uwagi na zapobieżenie zawleczenia chorób zakaźnych do zakładu. Baginsky (z Berlina) już na Zjeździe dla gruźlicy przemawiał za utworzeniem lecznic dla dzieci gruźliczych, na co Heubner w odpowiedzi zaznacza, że nie mówił o lecznicach, lecz o zakładach dla dzieci zdrowych.

XVIII. Trumpp (z Monachium): *Intubacya w praktyce prywatnej.* T. zebrał materyał międzynarodowy, dotyczący tego przedmiotu, ażeby rozstrzygnąć: *a*) w jakim stopniu rozpowszechnioną jest intubacya w praktyce prywatnej; *b*) jakie są jej wyniki; *c*) w jakich warunkach się ją wykonuje; *d*) jakich środków ostrożności używają lekarze?

Odpowiedź nadesłało 89 lekarzy z Europy i Ameryki. Z tych 55 wykonali 5468 intubacyj w praktyce prywatnej, z przeciętnym wynikiem wyleczenia w okresie przedsurowiczym: 35,6%, w okresie leczenia surowicą: 81,98%. Skutkiem autoekstubacyi w 10 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, a dwa przypadki śmierci skutkiem zatkania rurki. 15 autorów widzi bezwzględną potrzebę obecności lekarza przy dziecku intubowanem, a sześciu tylko warunkową; 43 autorów przemawia za nadzorowaniem przez biegłe posługaczki. Trumpp, na podstawie swego materyału, wyraża przekonanie, że w wielu przypadkach intubacya może zastąpić tracheotomię w praktyce prywatnej, a nawet w wielu przypadkach przy zastósowaniu pewnych środków ostrożności bez ciągłego nadzoru lekarskiego.

W dyskusyi Ganghofner (z Pragi) uważa, że koniecznym jest nadzór przez lekarza i przemawia za rozpowszechnieniem tego zabiegu pomiędzy lekarzami praktycznymi.

Ranke również przemawia w tym duchu.

Sottmann zgadza się z zasadami Trumppa, zaleca jednak zachowanie stałego nadzoru lekarskiego.

Carstens (z Lipska) sądzi, że wskazaniem dla intubacyi w domu powinna być: niechęć do tracheotomii lub do oddania dziecka w opiekę szpitalną.

Galatti (z Wiednia) w 25 przez siebie intubowanych przypadkach, nawet bez stałego nadzoru lekarskiego, zawodu nie doznał. Nitki nie pozostawia, ażeby zapobiedz wyciągnięciu rurki przez osoby nie powołane.

Escherich przemawia za stósowaniem intubacyi w innych chorobach prócz błonicy. Nadzór lekarski jest pożądany; w tych jednak przypadkach, w których grozi niebezpieczeństwo, a otoczenie na przewiezienie do szpitala niezezwala, można od żądania tego odstąpić. Nieprzyjemne wypadki zdarzają się również w szpitalu; badania Trumppa wykazały atoli, że wypadki takie w przebiegu intubacyi są rzadsze, aniżeli się zdawało.

Trumpp w zakończeniu dodaje, że wobec pojawienia się nieprzyjemnych wypadków w szpitalu, nie należy każdego takiego wypadku w praktyce prywatnej odnosić do braku lekarza i przemawia za usunięciem żądania stałego nadzoru lekarskiego w praktyce prywatnej.

XIX. Fischl (z Pragi): *O przewlekłych, nawrotnych zapaleniach wypocinowych w wieku dziecięcym.* Cierpienie to występuje szczególnie często w miastach źle urządzonych pod względem higienicznym, a odznacza się pojawianiem się w odstępach co kilka tygodni lub miesięcy, połączonem z gorączką i zapaleniem gardła wypocinowem, lakunarnem lub rozlanem na całej powierzchni migdałków. Zazwyczaj ulegają tej chorobie dzieci, odznaczające się pewną skłonnością rodzinną, odziedziczoną po matce. Prócz tego wpływają pewne okoliczności, jak: zmienność pogód, bliskość stajen i t. p.; przeziębienie wpływu nie ma. Cierpienie to powodują gronkowce i łańcuszkowce ropotwórcze i *diplococcus pneumoniae.* Jednorazowe schorzenie nie chroni od dalszych, a dopiero z nastaniem dojrzałości płciowej cierpienie rzadziej się pojawia, co F. odnosi do zmian w budowie krtani, występujących w tym okresie. Przerost migdałków nie towarzyszy cierpieniu tak często, jakby się na pozór wydawało, albowiem w połowie przypadków przerostu nie znajdowano. Przebieg cierpienia jest rozmaity, a na szczególną uwagę zasługuje t. zw. *angina gastrica,* w przebiegu której pojawiają się długotrwające, ciężkie zaburzenia w trawieniu, które wycieńczają siły pacyenta. Zakażenie przez trzecie osoby się nie przenosi. Przebieg pojedyńczego napadu zazwyczaj jest szybki i łagodny, rzadkie są przypadki z przebiegiem ciężkim i zakażeniem ogólnem. Nieprzyjemny jest stały nawrót choroby i nim spowodowane upośledzenie odżywienia z zaburzeniami w sferze nerwowej. Działanie zapobiegawcze skutku nie ma i dlatego F. ogranicza się obecnie do leczenia klimatycznego (kąpiele morskie i solankowe).

W rozprawie Pott zwraca uwagę, że przyczyną częstych nawrotów jest niedostateczne oddechanie przez nos i zaleca wkraplanie gliceryny do nosa i przypalanie dymiącym kwasem azotowym.

Seitz (z Monachium) spostrzegał to cierpienie u chłopców zdrowych, dobrze odżywionych. Bakteryologicznie znajdował łańcuszkowce, leczenie polegało na stósowaniu płynu Lugola.

Hochsinger zaleca przypalanie dwa do trzech razy tygodniowo lapisem *in subst.* w okresach wolnych od cierpienia. Podczas napadu zaleca podawanie pastylek t. zw. „Anginapastillen". Płukanie żadnego skutku nie wywiera.

Rey (z Akwisgranu) sądzi, że częste nawroty choroby są spowodowane budową powierzchni migdałków, która jest nierówna i poprzedzielana licznemi, mniej lub więcej głębokiemi zatokami. W zatokach tych pozostają resztki czynnika zakaźnego, które w danym razie powodują nawrót choroby. Leczenie polega na wyrównaniu powierzchni migdałka zapomocą tępych haków. Jeżeli się to udaje w zupełności, nawroty choroby się nie pojawiają.

Meinert (z Drezna) uważa, że skłonność rodzinna jest przeważnie natury neuropatycznej, albowiem znajdujemy ją przeważnie w rodzinach, w których przez całe pokolenia u osobników żeńskich pojawiała się macicznica *(Hysteria)* i migrena.

Fischl w zakończeniu odpowiada Pottowi, że nigdy nie spostrzegał w swoich przypadkach pierwotnego cierpienia nosa, natomiast w ciężkich przypadkach często widział następowe cierpienia nosa. Poleca przepłókanie gardła letnim rozczynem kwasu borowego. Kilkakrotnie wykonywał F. wyrównanie zaułków migdałków, jak się tego Rey domaga, jednak bez skutku.

XX. Hirschprung (z Kopenhagi): *Rozszerzenie i przerost jelita grubego.* (Z demonstracyą). Materyał prelegenta obejmuje 8 przypadków własnych rozstrzeni i przerostu jelita grubego, a dziewięć zebranych w literaturze. Z tych 15 dotyczy chłopców, a 2 dziewcząt. Z 17 tych przypadków 8 zmarło w pierwszym, 1 w czwartym, 1 w dwunastym, a 1 w trzynastym, 1 w dwudziestym trzecim roku życia. We wszystkich przypadkach, zakończonych śmiertelnie, sekcya potwierdziła rozpoznanie. Obok wzdęcia brzucha wybitnym objawem cierpienia jest zaparcie stolca. Głównem staraniem było wywołanie przeczyszczenia zapomocą środków rozwalniających i lawatyw, a później stosowano także prąd elektryczny podług Leunandera, którą to metodę H. uważa za racyonalną,

jednakowoż w dwu przypadkach otrzymał H. równie dobre wyniki, stosując wyłącznie lawatywy. Dlatego odmawia prelegent działaniu elektryczności wpływ na podniesienie napięcia i zwężenie jelita, a przypisuje jej jedynie działanie wypróżniające jelito.

Concetti w rozprawach przytacza dwa przypadki podobne, z których jeden żył $3^{1}/_{2}$, a drugi 10 lat.

Meinert sądzi, że tylko przemieszczenie i przedłużenie jelita grubego jest wrodzone, rozszerzenie zaś i przerost są następowe, gdyż u noworodków nigdy ich nie znajdowano.

Finkelstein (z Berlina) zwraca uwagę na pracę Göpperta z kliniki wrocławskiej, a dotyczącą tego przedmiotu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

PROTOKÓŁ

Komisyi skrutacyjnej wyborów do Izby lek. zach gal., dokonanych na dniu 2 grudnia 1899 r.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Józef Łazarski. Członkowie Wydziału: Dr. Stanisław Ponikło, Dr. Aleksander Bossowski, Dr. Józef Walczyński, Dr. Wincenty Świątek.

Z grona kolegów zaproszeni jako mężowie zaufania: Dr. Józef Surzycki, Dr. Stanisław Ciechanowski, Dr. Edward Grażyński, Dr. Stefan Schöngut.

Wybrani zostali z grupy wyborczej I. (pow. Biała, Chrzanów, Wadowice, Żywiec): Dr. Jan Gawlik (czł.), Dr. Władysław Gedl (zast.).

Z grupy wyborczej II. (pow. Kraków, Podgórze, Bochnia, Myślenice, Nowytarg, Limanowa, Wieliczka: Dr. Wiktor Łodziński (czł.), Dr. Bronisław Olszewski (zast.).

Z grupy wyborczej III. (pow. Nowy Sącz, Strzyżów, Grybów, Gorlice, Jasło): Dr. Tadeusz Kijas (czł.) Dr. Tadeusz Płochocki (zast.).

Z grupy wyborczej IV. (pow. Dobromil, Lisko, Sanok, Brzozów, Krosno): Dr. Ludwik Ćwiklicer (czł.), Dr. Józef Galant (zast.).

Z grupy wyborczej V. (pow. Brzesko, Tarnów, Dąbrowa, Pilzno): Dr. Józef Walczyński (czł.). Dr. Szymon Bernadzikowski (zast.).

Z grupy wyborczej VI. (pow. Ropczyce, Rzeszów, Kolbuszowa, Mielec): Dr. Stanisław Jabłoński (czł.), Dr. Jakób Bujniewicz (zast.).

Z grupy wyborzej VII. (pow. Łańcut, Jarosław, Nisko, Tarnobrzeg): Dr. Adolf Dietzius (czł.), Dr. Jan Fleszar (zast.).

Z miasta Krakowa wybrani na członków: Dr. Józef Łazarski, Dr. Stanisław Ponikło, Dr. Rudolf Trzebicky, Dr. Maksymilian Kohn; na zastępców: Dr. Aleksander Zarewicz, Dr. Jan Gwiazdomorski, Dr. Jan Raczyński, Dr. Karol Żuławski.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

G. Sekcya chorób nerwowych.

Prezes: Raymond.
Zastępcy prezesa: Brissaud, Déjerine i Grasset.
Sekretarz: P. Marie (*Paris, r. Cambacérès, 3*).

Referaty: 1) O rzutowych i kojarzennych ośrodkach mózgu ludzkiego. Referenci: Flechsig *(Lipsk)*, Hitzig *(Halla)* i von Monakow *(Zurych)*.

2) O przyrodzie i umiejscowieniu (lokalizacyi) odruchów ścięgnistych. Referenci: Jendrassik *(Peszt)*, Sherrington *(Liverpol)*.

3) O przyrodzie i leczeniu zapalenia rdzenia pac. Referenci: Leyden *(Berlin)*, Crocq *(Bruksela)*, Marinesco *(Bukareszt)*.

4) Rozpoznanie różniczkowe między organicznemi i histerycznemi porażeniami połowiczemi. Referenci: Roth *(Moskwa)*, Ferrier *(Londyn)*.

5) O zmianach nieuwiądowych sznurów tylnych rdzenia. Referenci: Bruce *(Edynburg)*, Homen *(Helsingfors)*.

6) Przyczynek do wiedzy o afazyi. Referenci: Tamburini *(Rieggio)*, Pick *(Praga)*.

H. Sekcya psychiatryi.

Prezes: Magnan.
Zastępcy prezesa: Joffroy, Gilbert Ballet, Pierret, Culerre.
Sekretarz: Ritti *(Asile de Charenton, Seine, France)*.

Referaty: 1) Psychologia: O psychozach wieku pokwitania. Referenci: Ziehen *(Jena)*, Marro *(Turyn)*, Voisin *(Paryż)*.

2) *Patologiczna anatomia:* Patologiczna anatomia idyotyzmu. Referenci; Shuttleworth i Fletcher Beach *(Londyn)*, Mierzejewski *(Petersburg)*, Bourneville *(Paryż)*.

3) *Terapia:* O leżeniu w łóżku, jako metodzie leczenia ostrych psychóz i o zmianach, jakie ta metoda pociągnąć może w urządzeniu zakładów dla umysłowo chorych. Referenci: Kl. Neisser *(Leubus)*, Korsaków *(Moskwa)*, Morel *(Bergen)*.

4) *Medycyna sądowa:* Przewrotny popęd płciowy ze stanowiska medycyny sądowej. Referenci: Kraft-Ebing *(Wiedeń)*, Morselli *(Genua)*, Garnier *(Paryż)*.

I. Sekcya dermatologii i syfilidografii.

Prezes: Besnier.
Sekretarz: Thibierge *Paris, r. de Surène, 7)*.

a) Dermatologia.

Referaty: 1) Przyroda pasorzytnicza wyprysku. Referenci: Kaposi *(Wiedeń)*, Unna *(Hamburg)*, Jadassohn *(Bern)*, Gallovay *(Londyn)*, Brocq *(Paryż)*, Bodin *(Rennes)*, Veillon *(Paryż)*.

2) O gruźliczych chorobach skórnych. Referenci: Boeck (*Chrystyania,*) Colcott Fox (*Londyn*) Campana (*Rzym*), Riehl (*Lipsk*), Darier (*Paryż*).

3) Łysina plackowata (alopecia areata). Referenct: Malcolm A. Morris (*Londyn*), Lassar (*Berlin*), Mibelli (*Parma*), Pawlinow (*Petersburg*), Sabouraud (*Paryż*).

4) Leukoplakia. Referenci: Behrend (*Berlin*), Pringle (*Londyn*), Perrin (*Marsylia*).

b) Kiła i choroby weneryczne.

1) Kiła i zakażenie mięszane. Referenci: Neisser (*Wrocław*), Bulkley (*New-York*), Ducrey (*Pisa*), Hallopeau (*Paryż*).

2) Potomkowie dziedzicznie kiłowatych. Referenci: Hutchinson (*Londyn*), Tarnowski (*Petersburg*), Finger (*Wiedeń*), Jullien (*Paryż*).

3) Przyczyny zakażenia ogólnego w schorzeniu rzeżączkowem. Referenci: Taylor (*New-York*), Lesser (*Berlin*), Tommasoli (*Palermo*), Lane (*Londyn*), Balzer *Paryż.* (C. d.n.).

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 grudnia.

* Według uchwały Komitetu gospodarczego, IX-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich ma się odbyć d. 21, 22, 23 i 24 lipca 1900 r.

* Docent patologii szczegółowej i terapii w Uniw. lwowskim Dr. Oskar Widman, otrzymał tytuł prof. nadzwyczajnego.

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza w Krakowie Drów: Jana Ziarnko i Józefa Żychonia.

* Reforma studyów lekarskich ma być wniesiona przez rząd na jednem z bliższych posiedzeń parlamentu wiedeńskiego.

* Wychodzący w Poznaniu miesięcznik »*Nowiny lekarskie*« zamieni się z d. 1 stycznia 1900 r. na dwutygodnik. Skwapliwie dzielimy się z czytelnikami naszymi tą dobrą wiadomością, która dowodzi pomyślnego rozwoju tego czasopisma, ze wszech miar zasługującego dla swej wartości naukowej na uznanie i poparcie ze strony ogółu naszych lekarzy.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie odbyło uroczyście swe posiedzenie tysiączne, na którem, po okolicznościowem przemówieniu prezesa, Dra Wyzgi, odbyły się następujące, o podkładzie historycznym, odczyty: 1) Dra Józefa Bielińskiego (wygłoszony przez sekretarza Dra Darkowskiego): »O stosunkach wileńskiego Towarzy-

stwa lekarskiego do publiczności w latach 1803—1831. 2) Dra Zahorskiego: »Prof. Józef Frank w Wilnie« i Dra Strzemińskiego: »O epidemii tyfusu na Litwie 1812—1813 roku«.

(G.) W Czechach, w miejscowości Graupen, zwinięto z rozporządzenia władz miejscowy szpital powszechny, gdyż ani pod względem budowlanym, ani urządzenia, nie odpowiadał swemu celowi.

(G.) W ostatnim zeszycie miesięcznika wiedeńskiego *die Heilkunde* znajdujemy zajmującą rozmowę (interwiew) jakiegoś lekarza z posłem do Rady Państwa, również lekarzem, o możliwych skutkach deputacyi, wysłanej do ministra przez lekarzy wiedeńskich z żądaniem polepszenia ich doli i uporządkowania sprawy Kas chorych. Otóż ów lekarz-poseł twierdzi stanowczo, że niczego po tej deputacyi spodziewać się nie należy. Co więcej, twierdzi on, że winę pogorszenia stanu materyalnego ponoszą głównie sami lekarze. Piszą oni po różnych pismach różne lamentacye na powyższy temat, zamiast postawić jędrne i pozytywne wnioski. Na wiecach powtarzają również te same lamentacye i co gorsza kłócą się (Parteistreitigkeiten), zamiast krótko i zwięźle stawiać i przeprowadzać swe wnioski. Na zapytanie, jaką drogą radzi pan poseł kroczyć, by zamierzony cel osiągnąć, odpowiedział: »lekarze danych miejscowości winni się najzupełniej i najściślej zorganizować, jako zwarta zorganizowana jednolita korporacya, w którejby ani jednego lekarza nie brakowało«.

Mądre słowa i przestroga na czasie, zwłaszcza tu u nas, w Krakowie, gdzie ze wszech miar pożyteczną myśl solidarnej organizacyi łączy się z trybunałem oskarżeń i wyroków, co przecież dziełu solidarności szkodzić musi.

(G.) Miasto Krems w Austryi Niższej, liczące 11 tysięcy mieszkańców, zaopatrywanem jest od kwietnia b. r. w wodę zapomocą nowego wodociągu, urządzonego zupełnie na tych samych podstawach jak przyszły wodociąg krakowski.

Wody dostarczają studnie, z których maszyny parowe tłoczą ją do zbiornika, wysoko na wzgórzu nad miastem położonego, zkąd już własnym ciężarem spływa rurami do domów i studzien publicznych. Dokładny opis prac przygotowawczych, jak i całego urządzenia, znajduje się w Nrach 45 i 46 *Oester. Sanitätswesen* z r. b. Jedyną ujemną stroną tego wodociągu jest za mały teren ochronny powierzchni wodonośnej.

Natomiast skład jej geologiczny, wykazujący znaczne pokłady zwiru i piasku, stanowić będzie naturalny filtr, zapewniający dostateczną ochronę przed zanieczyszczeniem wody.

* W Berlinie, nakładem firmy S. Kargera, wydał Dr. E. Lehfeldt »Medicinisches Taschenwörterbuch der Deutschen, Englischen und Französischen Sprache«. Wobec zbliżającego się trzyjęzycznego międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu, słowniczek Dra Lehfeldta oddać może często istotne usługi, zwłaszcza przy rozejrzeniu się w programacie Zjazdu i innych ogłoszeniach Komitetu zarządzającego, dotyczących spraw naukowych.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wincenty Kudyrko zakończył życie w Władysławowie. Obok zawodu lekarskiego oddawał się literaturze pięknej i muzyce; przyswoił literaturze litewskiej niektóre arcydzieła piśmiennictwa polskiego, oraz wydał zbiór pieśni ludu litewskiego. Dr. Edmund Schmidt, lekarz dyrekcyi kolei państwowej, zmarł we Lwowie.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie okulistycznym* (listopad): Dr. Talko J.: Jeszcze słówko o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce. Dra Majewskiego K. W.: Opatrunek Wolffberga po operacyach ocznych. Dra Strzemińskiego J.: Cierpienia oczne w histeryi. W *Gazecie Lekarskiej* Nr 48: Męczkowskiego W.: O zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie otrucia tlenkiem węgla. Białobrzeskiego A.: O zastosowaniu duotalu i kreozotalu w leczeniu przewlekłego zapalenia stawów. Górnickiego M.: Przyczynek do odżywiania tyfusowych (dok.). W *Przeglądzie dentystycznym* (listopad). Dra Zborila C.: Porcelana i emalia dentystyczna (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Krokiewicz A.: Multiples Adenocarci des Magens im Verlaufe von progressiver perniciöser Anämie. (Odbitka z *Wien. klin. Woch.*, Nr. 37. 1899).

— Dr. Jaworski J.: Warszawska szkoła położniczych babek wiejskich w świetle obowiązujących przepisów i liczbowych danych. (Odbitka z *Kroniki Lekarskiej*, Warszawa, 1899).

— Dr. Neugebauer Fr.: Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych, używanych przy operacyach. (Odbitka z *Medycyny*, Warszawa, 1899).

— Tenże: Pięćdziesiąt małżeństw zawartych wskutek mylnego określenia płci, pomiędzy mężczyzną a wrzekomym obojnakiem męskim, lub kobietą a wrzekomym obojnakiem żeńskim. (Odbitka z *Gazety Lekarskiej*, Warszawa, 1899).

— Dra Uhma: Die Schnellfärbung des Neisserschen Diplococcus in frischen nichfixirten Präparaten. (Odbitka z *Archiv für Dermat. und Syphilis*, 1899).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

OD ADMINISTRACYI.

„Przegląd lekarski“ rozpoczyna z dniem 1 Stycznia 1900 r. trzydziesty dziewiąty rok swego istnienia i wychodzić będzie, jak dotąd, najregularniej co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza »Przegląd lekarski“ w swoich łamach:

I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, publikowanych w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Felieton zajmujący się ważnemi sprawami tyczącemi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. VI. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VII. Wiadomości bieżące.

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krak. i wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu Izb lekarskich (wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń Wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczane w ***Przeglądzie lekarskim***, tak oryginalne, jakoteż nieoryginalne są płatne (40 koron za arkusz druku).

Administracya uprasza jak najuprzejmiej Szanownych Prenumeratorów o rychłe nadsyłanie prenumeraty na rok 1900, najlepiej wprost do biura *Administracyi „Przeglądu lekarskiego“, Kraków, ul. Podwale L. 9.*

Przedpłata na rok 1900 wynosi: w Austryi 20 koron, w Królestwie Polskiem i Cesarstwie Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 14 marek, we Francyi 24 franki.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni ***Przegląd lekarski*** abonować ***bezpośrednio w Administracyi.***

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich pobierają Przegląd lekarski w Administracyi, wnoszą zaś prenumeratę za pośrednictwem Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie; Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w Księgarni W-go Krzyżanowskiego w Krakowie.

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej w Drohobyczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Medenicach* z roczną płacą w kwocie 500 złr. i ryczałtem na objazdy w kwocie 320 złr. rocznie.

Konkurs na posadę elewa przy klinice pedyatrycznej. — Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15-go grudnia 1899.

Wydział Rady powiatowej w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w *Koropcu*. Płaca z ryczałtem 800 złr. Lekarz ma utrzymywać aptekę domową. Zgłoszenia do dnia 15-go stycznia 1900. 195

Quäker Oats

Do nabycia wszędzie w 1 funt- i ½ funt. pakietach (z przepisem do gotowania).

Potwierdzonem zostało już badaniami wielu lekarzy i doświadczeniem, że codzienne używanie Quäker Oats (ameryk. łuszczony owies) ma szczególne znaczenie lecznicze w następujących cierpieniach: w schorzeniach żołądka, zboczeniach trawienia, także w tuczeniu, w żywieniu dzieci, w chorobach nerwowych. Wogóle jest doskonałym środkiem odżywczym — itd. itd. 191



Żadna woda mineralna rodzima nie zawiera takiej ilości **węglanu litowego,** jak nasza

Woda litowa

Woda ta działa skutecznie we **wszystkich** przypadkach nadmiernego wydzielania kwasu moczowego w krwi, przy piasku moczowym, przy cierpieniach nerek i pęcherza, artrytyzmie, gośćcu, dnie i t. p.

Działanie bezpośrednie tej wody przeciw wymienionym słabościom, stwierdzają liczne dowody w praktyce lekarskiej z nadzwyczajnym skutkiem osiągnięte. — **Woda ta** jest przyjemna w smaku i łatwo strawna.

polecona przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, sporządzona w naszym Zakładzie wód sztucznych mineralnych pod kontrolą Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa.

K. Rząca i Chmurski,
Kraków, ul. św. Gertrudy 4.

CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE LABORATORYUM „HYGEA"

MARYANA ZAHRADNIKA

aptekarza w Złoczowie

poleca zalecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie

KAPSUŁKI LECZNICZE „HYGEA"

Z KREOSOTALEM *(Creosotum carbonicum „Heyden").*

Cena za pudełko oryginalne, zawierające 100 kapsułek, lub za dwa pudełka po 50 kapsułek:

0·10,	0·20,	0·30.	0·50,	1·—
1·—,	1·20,	1·50,	2·—,	4·—

Creosotal 0·10, **Morrhuol** 0·20 — 1·80.

GUAJACOL. CARBON.				
	0·05.	0·10,	0·20.	0·30
	1·10,	1·50,	2·20,	3·—

Inne kapsułki: **z kreozotem, guajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, myrtolem, moorhuolem, fosforem, terpinolem, olejkiem terpentynowym, z wyciągiem paproci i granata,** wreszcie **ze szaruchą.**

UWAGA. Aby nie wydawano w aptekach innych wyrobów o wiele droższych, o wątpliwej jakości i ilości **upraszam dodawać na receptach „fabr. Zahradnik in scat. orig." i żądać, aby tylko moje oryginalne wyroby wydawano.**

Tańsze niż zagraniczne

PASTYLKI SUBLIMATOWE *(Pastilli Sublimati perforati)*

„ZAHRADNIK" 171

Powtórne orzeczenie Komisyi przemysłowo-lekarskiej:

„Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem, ***wyrobu M. Zahradnika,*** *sprzedawane bywają obecnie w jeszcze bardziej udoskonalonem opakowaniu, które je chroni od zawilgnięcia i rozkładu i że wyrób ten, pod każdym względem znakomity, znaleść powinien powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej".*

Pastylki Sublimatowe po 0·5 i 1·0 jako wyrób przewyższający podobne wyroby zagraniczne, polecam szczególniejszej uwadze WPp. Lekarzy, zwłaszcza WPp. Dyrektorom szpitali.

Próbki i ceny przesyłam na żądanie opłatnie. *M. Zahradnik.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 16 Grudnia 1899. Nr. 50.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137, Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Treść:

Do dzisiejszego Nru dołącza się: Prospekt „NOWIN LEKARSKICH“.

Rok XXXVIII. Kraków, 16 Grudnia 1899. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O zmianach w układzie nerwowym zwierząt po wycięciu gruczołu tarczykowego.

Podał

Dr. Mieczysław Switalski.

Gruczoł tarczykowy uważali anatomowie aż do połowy obecnego stulecia za szczątek płodowy, który dla ustroju niema żadnego znaczenia. Warton sądził, że służy on tylko do nadania kształtu szyi; Luschka przyznaje mu znaczenie ochronne dla naczyń i nerwów szyi przed uciskiem mięśni okolicznych; Martin opisuje gruczoł tarczykowy, jako narząd, służący do okrycia krtani i wzmocnienia głosu. Dalej niektórzy uważali go za narząd chroniący mózg od przekrwienia, bądź to przez to, że uciska tętn. dogłowową *(carotis)*, bądź też, że w tem miejscu tworzy się wskutek jego obecności uchyłek. (Guyon). Zupełnie przeciwnego zdania są Waldeyer, Liebermeister i inni; sądzą bowiem, że zapobiega on powstaniu niedokrewności mózgu Zapatrywania te, nie oparte na żadnych doświadczeniach, należą dzisiaj do historyi.

Dopiero z postępem chirurgii, kiedy z powodu wola zaczęto usuwać gruczoł tarczykowy, przekonano się, że zabieg ten nie jest obojętnym, jeżeli wyłuszczono cały gruczoł.

Pierwsze spostrzeżenia w tym kierunku zawdzięczamy Kocherowi, który zauważył, że zupełne usunięcie tego gruczołu pociąga za sobą naruszenie czynności umysłowych i postępujące charłactwo, kończące się ostatecznie śmiercią. Obraz chorobowy w tych przypadkach nazwał on „cachexia strumipriva“. Prawie równocześnie Schiff robił doświadczenia na zwierzętach (na psach) i doszedł do przekonania, że wycięcie gruczołu tarczykowego pociąga u nich po kilku dniach śmierć wśród objawów ciężkiego schorzenia. Te spostrzeżenia dały powód do całego szeregu dalszych doświadczeń na rozmaitych zwierzętach, które miały na celu wyjaśnić znaczenie gruczołu tarczykowego dla ustroju. Schiff sądził początkowo, że śmierć psów po wycięciu gruczołu tarcz. *(thyroidectomia)* jest następstwem przecięcia nerwów do gruczołu dochodzących; przekonał się jednak, że tak nie jest. Podczas gdy zwierzęta znosiły bardzo dobrze poprzecinanie wszystkich nerwów, dochodzących do gruczołu tarczykowego, z 60 psów, którym wspominany autor wyciął gruczoł tarczykowy, pozostał tylko jeden przy życiu. Nie sprawdziło się również przypuszczenie Munka, Drobnika i innych, by śmierć po operacyi była następstwem zakażenia drobnoustrojami. Zwierzęta, którym zadawano głębokie rany na szyi, znosiły te doświadczenia dobrze, pomimo, że rany te ropiały, a jeżeli które zwierzę zginęło, to śmierć następowała wśród zupełnie innych objawów, niżeli u tych, którym wycięto gruczoł tarczykowy, a rana goiła się przez rychłozrost.

Wobec dalszych doświadczeń nie długo utrzymywało się mniemanie, jakoby podrażnienie nerwów przy operacyi wywoływało objawy chorobowe i śmierć zwierzęcia, gdyż drażnienie ich bodźcami mechanicznymi, chemicznymi i prądem elektrycznym, bez wycięcia gruczołu tarczykowego nie wywoływało u zwierząt znacznych zaburzeń. Tak samo musimy odmówić gruczołowi tarczykowemu znaczenia narządu krwiotwórczego. Wobec bezpodstawności wszystkich poprzednich teoryj najbliższem prawdy było przypuszczenie, że gruczoł ten wydziela jakąś istotę, która ważną odgrywa rolę w przemianie materyi i w ten sposób spełnia w ustroju swe doniosłe zadanie. Za prawdziwością tego zapatrywania, które dzisiaj prawie nie ulega wątpliwości, przemawiają tak doświadczenia na zwierzętach, jakoteż spostrzeżenia kliniczne.

Jeżeli zwierzęciu, u którego udało nam się poprzednio przeszczepić gruczoł tarczykowy pod skórę, albo też do jamy brzusznej, usuniemy cały gruczoł jego własny, zwierzę to nie zapada zupełnie na zdrowiu; jeżeli następnie po pewnym czasie usuniemy gruczoł poprzednio przeszczepiony, zwierzę ginie wśród tych samych objawów, jakim ulegają zwierzęta, którym usunięto gruczoł bez poprzedniego przeszczepienia. Jest to dowodem, że nie chodzi tutaj o to, ażeby gruczoł był na szyi, lecz, że dla ustroju obojętnem jest, gdzie się on znajduje, bole czynność jego nie ustawała. Za temsamem przemawiają doświadczenia częściowego wycięcia gruczołu i ta okoliczność, że zwierzęta tak długo znoszą dobrze brak gruczołu tarczywego, jak długo dostarczamy im tego gruczołu w pokarmach. Kliniczne spostrzeżenia obrzęku śluzakowego (myxoedema), w przebiegu którego leczenie przez podawanie gruczołu tarczykowego, bądź to, jako takiego, bądź to w postaci wyciągu odnosi skutek dodatni, zdaje się przemawiać za prawdziwością ostatniej teoryi. Niestety, niewiemy do dzisiaj, jaka jest ta istota, wydzielana przez gruczoł tarczykowy, jakie spełnia zadanie w przemianie materyi i jakiemi drogami dostaje się do krwi obiegu.

Początkowo, kiedy robiono doświadczenia na zwierzętach, sądzono, że nie wszystkie jednakowo oddziaływują na brak gruczołu tarczykowego. Horsley robi następujące zestawienie: charłactwa (cachexia) niema: u ptaków i gryzoniów. Charłactwo występuje powoli: u przeżuwaczów i jednokopytnych. Charłactwo występuje powoli, ale pewnie: u ludzi i małp. Charłatwo ciężkie: u mięsożernych.

Mylne to mniemanie było następstwem błędów i niedokładności podczas operacyi. I tak, niektórzy autorowie nie wycinali zupełnie gruczołu tarczykowego, a usuwali tylko

ślinankę podżuchwową, w przekonaniu, że to jest gruczoł tarczykowy; dalej zwierzęta mają dość często gruczoł dodatkowy, który, jeżeli nie zostanie wyjęty, zwierzę po kilku dniach powraca do zdrowia, gdyż ten bierze na siebie rolę zastępczą. Niektóre zwierzęta, jak n. p. króliki, mają bardzo często dwa małe gruczoły poniżej płatów bocznych, których usunięcie, z powodu ich małości, jest trudne. U szczurów gruczoł tak ściśle jest zrośnięty z tchawicą i przełykiem, że wyłuszczenie jego bez nabycia poprzednio dostatecznej wprawy w technice operacyjnej jest niemożebne. Stosunkowo najrzadziej spotykamy gruczoły dodatkowe u psów i kotów; tem też tłómaczy się, że u tych najpewniej występują po operacyi objawy charłactwa. Te więc okoliczności, o których wspomniałem, są powodem mylnego mniemania, że nie u wszystkich zwierząt gruczoł tarczykowy jest do życia potrzebny. Dzisiaj nie ulega wątpliwości, że wszystkie zwierzęta po całkowitem wycięciu gruczołu tarczykowego wraz z gruczołami dodatkowymi giną po krótszym lub dłuższym czasie, wśród typowego objawu choroby, t. z. „cachexia strumipriva“, albo tężyczka.

Najwybitniejsze objawy tej choroby odnieść się dadzą do zaburzeń w układzie nerwowym, które wedle Huglings-Jaksona, podzielić możemy na dwie gromady, a mianowicie: 1) objawy podrażnienia i 2) objawy porażenia układu nerwowego.

Ad 1. Jednym z pierwszych objawów, jakie spotykamy u zwierzęcia po operacyi, jest drżenie włókienkowe wszystkich mięśni, które w nieznacznym stopniu możemy zauważyć już po 12 godzinach. Drżenie to jest nadzwyczajnie wybitne. Jeżeli uchwycimy którą z kończyn zwierzęcia, albo położymy rękę na grzbiecie, możemy je dokładnie wyczuć, doznając wrażenia falowania mięśni. Pojedyncze skurcze występują po sobie szybko, a wedle obliczeń ilość ich wynosi 8—10 na sekundę. Po pewnym czasie skurcze występują częściej i trwają dłużej tak, że przychodzi wreszcie do zsumowania się ich, wynikiem czego jest tężec. Oprócz tych kurczów tężcowych, trwających ciągle, występują od czasu do czasu napady na przemian, to drgawkowe, to tężcowe w rozmaitych gromadach mięśni, albo też w całym układzie mięśniowym, które przypominają bardzo napady padaczkowe.

Ad 2. Po tym pierwszym okresie, którego długość ściśle oznaczyć się nie da, występują objawy zmniejszonej czynności układu nerwowego, znamionujące się kurczowemi porażeniami ruchowemi, zaburzeniami w zakresie czucia i zupełnem otrętwieniem, wśród których następuje śmierć.

Jakkolwiek w układzie nerwowym należałoby przedewszystkiem szukać zmian chorobowych, któreby objaśniły objawy, występujące za życia, przeważna część autorów zajmowała się tylko znaczeniem fizyologicznem gruczołu tarczykowego; doświadczenia przeprowadzali tylko dla tego, żeby wykazać prawdziwość tego lub owego przypuszczenia co do znaczenia grucz. tarcz. dla ustroju. Ci, którzy, robiąc sekcyę, opisywali zmiany w narządach wewnętrznych, także zaniedbywali badania układu nerwowego. Dokładniejsze dopiero prace w tym kierunku wykonali pierwsi: Albertini i Tizzoni. Badając mózg i rdzeń drobnowidowo, wykazali oni zmiany w komórkach i włóknach nerwowych. Te same spostrzeżenia zrobił również Rogowitsch. Zmiany, które mógł wykazać w komórkach kory mózgowej, opisuje on, jako obrzęk komórek *(gonflement trouble)* i ich wakuolizacyę. Komórki obrzękłe są wedle Rogowitscha powiększone, przedstawiają obrysy zatarte, wypustki ich są również obrzękłe. Około komórek znajdują się nagromadzone ciałka białe w ilości niestałej (6—12). W niektórych komórkach spotykał on leukocyty wewnątrz samej pierwoszczy komórkowej. Oprócz powyższych zmian opisuje Rogowitsch komórki, których tylko część jest zmienioną, zamienioną w „masę ziarnistą“, w której spotykał leukocyty, a za dalszy okres tej zmiany uważa komórki, przemienione w całości w podobną masę ziarnistą (jak ją nazywa) i przepełnione leukocytami. Trzecią zmianą jest wakuolizacya; — komórki okazujące tę zmianę, wyglądają, jak gdyby podziurawione, barwią się jednak dobrze. Podobne zmiany wykazał on również w komórkach jąder nerwów błędnego i podjęzykowego, jakkolwiek tutaj najczęściej spotykał tylko komórki obrzękłe.

Oprócz mózgu i rdzenia Rogowitsch badał także przysadkę mózgową *(hypophysis cerebri)*, w której znalazł zmiany w postaci rozszerzenia i wypełnienia tętnic, żył i naczyń włosowatych krwią, zwiększenia ilości komórek przybłonkowych gruczołu i znaczne ich zwyrodnienie klejowate (koloidowe). Stan ten przysadki mózgu, uważa autor za wyraz zwiększonej jej czynności i sądzi, że jest ona narządem, który posiada jednakowe znaczenie fizyologiczne z gruczołem tarczykowym i po usunięciu tego ostatniego usiłuje przyjąć czynność zastępczą. W przypuszczeniu tem, które wedle nowszych zapatrywań nie okazało się prawdziwem, utwierdziło autora mylne mniemanie, że króliki dlatego nie giną po operacyi, gdyż mają dużą przysadkę, która jest w stanie zastąpić w zupełności czynność wyciętego gruczołu.

Dalsze badania drobnowidowe układu nerwowego ośrodkowego wykonali Schwarz i Schulze, ale wynik ich badań jest zupełnie różnym od poprzedniego; nie mogli oni mianowicie wykazać żadnych zmian.

Dwie obszerne prace, które się równocześnie ukazały, zawdzięczamy Koppowi i Langhansowi. Pierwszy z nich badał mózg, rdzeń i nerwy obwodowe z psów, którym Kocher wyciął gruczoł tarczykowy; drugi tylko nerwy obwodowe małpy i trzech ludzi, którzy umarli wśród objawów charłactwa *(cachexia strumipriva)*, po całkowitem wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego z powodu wola. Kopp potwierdza wynik badań, wykonanych przez Rogowitscha w mózgu i rdzeniu. W preparatach, które badał sposobem Weigerta, wykazuje on zmiany we włóknach nerwowych, a względnie osłonkach włókien osiowych w mózgu i rdzeniu przedłużonym. Zmianę tę opisuje on, jako obrzęk włókien osiowych.

Langhans badał, jak wspomniałem, tylko nerwy obwodowe i wykazał w nich zmiany, występujące w postaci rozszerzenia i zgrubienia ścian naczyniowych; dalej rozszerzenia przestworów chłonnych *(Lymphspalten)* pod onerwiem *(perineurium)*, jako też w tkance śródnerwia. W przestworach chłonnych napotykał on komórki szczególnego kształtu, które nazywa jedno- i wielokomorowemi komórkami pęcherzykowatemi *(ein und mehrkammerige Blasenzellen)*, które są komórkami zmienionemi i obrzękłemi śródnerwia. Jako dalszą zmianę uważa nagromadzanie się na wewnętrznej stronie onerwia płaskich wiązek włókienek *(Fibrillen)*, które powstały z rozszerzenia obwodowego prze-

tworów chłonnych, zawierających w sobie włókna, przebiegające podłużnie i poprzecznie, a nadto komórki pęcherzykowate. Zmiany powyższe występują albo wszystkie razem, lub też każda z osobna. Jako charakterystyczną zmianę w nerwach podczas charłactwa (cachexia strumipriva), uważa autor rozszerzenie przestworów chłonnych, gdyż inne zmiany znajdują się czasami i w innych chorobach.

Wynik tych badań podałem tylko dla zaokrąglenia całego obrazu, jakkolwiek sam nie zajmowałem się zupełnie nerwami obwodowemi. Ostatnia praca na temat, o którym mowa, jest rozprawa Quervaina. Badał on mózg i rdzeń kotów, psów i jednej małpy po wycięciu gruczołu tarczykowego. Twierdzi, że w komórkach nerwowych mózgu i rdzenia niema żadnych zmian, a te komórki, które gdzieniegdzie przedstawiają obraz nieprawidłowy, spotykał także u zwierząt prawidłowych i odnosi je do sposobów stwardniania i barwienia. Natomiast zgadza się ze spostrzeżeniem innych autorów co do zmian we włóknach nerwowych mózgu i rdzenia.

Ta różnica zdań i niepewność, jaka w tej sprawie do dziś istnieje, zachęciła mię do przeprowadzenia jeszcze raz doświadczeń z zachowaniem wszelkich możebnych ostrożności. Przedewszystkiem sporządziłem znaczną liczbę preparatów niżej podanymi sposobami z mózgu i rdzenia zwierząt prawidłowych. Dokładnie tychsamych sposobów używałem w dalszych badaniach; mózg i rdzeń wyjmowałem bezpośrednio po zabiciu zwierzęcia, a te które zginęły śmiercią naturalną, nie leżały dłużej nad 3—6 godzin, a zatem zmiany pośmiertne można tu stanowczo wykluczyć.

Zanim przystąpię do skreślenia zmian patologicznych, opiszę pokrótce postępowanie przy operacyi, objawy chorobowe, jakie spostrzegałem u zwierząt operowanych, sposoby stwardniania i barwienia badanych tkanek.

Po zanarkotyzowaniu psa, przywiązuję go do stolika operacyjnego. Po dokładnem obmyciu i ogoleniu szerści na szyi, prowadzę cięcie w linii środkowej ciała, od chrząstki pierścieniowej ku dołowi, na 6—8 ctm. długie. W ten sposób dochodzę do mięśni, które na tępo rozdzielam, najpierw po jednej, a następnie po drugiej stronie od tchawicy, tak długo, dopóki nie zobaczę płatu gruczołu tarczykowego, który od otoczenia daje się odróżnić swą sino-czerwoną barwą. Teraz oddzielam gruczoł od mięśni (na tępo), naciągając go dość silnie ku przodowi, co umożliwia dostęp do jego tylnej ściany w celu oddzielenia n. zwrotnego. Po takiem oddzieleniu trzyma się on jeszcze od góry na tętnicy i żyle tarczykowej górnej, od dołu zaś na żyle tarczykowej dolnej. Pod naczynia te podprowadzam podwójną podwiązkę, podwiązuję ich końce, dośrodkowy i obwodowy, a następnie przecinam je między podwiązkami. Podwiązkę górną można założyć na obydwa naczynia razem. Uporawszy się z jednym płatem, wyłuszczam w podobny sposób i drugi płat gruczołu. Postępując w opisany sposób, nie otrzymuję prawie żadnego krwotoku, który, zasłaniając pole operacyjne, znacznie utrudnia zabieg. Po wyjęciu obydwu płatów gruczołu, osuszam ranę wacikiem (by się przekonać, czy które większe naczynie nie krwawi), przepłukuję jakimkolwiek płynem odkażającym i zaszywam skórę silnym jedwabiem, dokładnie odkażonym. Ranę zewnętrzną zalepiam kleiną (kolodynem) z jodoformem. Niczem nie różni się operacya ta, wykonywana na kotach, chyba tylko tem, że uśpienie winno być powierzchowne, gdyż koty źle znoszą działanie chloroformu i eteru. U królików i szczurów płaty boczne gruczołu tarczykowego są połączone węziną (*isthmus*). Operując te zwierzęta, uważać musimy, by płatu tego nie naciąć, gdyż powstaje wtedy krwotok. U szczurów, które mają gruczoł tarczykowy bardzo ściśle połączony z tchawicą i przełykiem, operacya jest prawdziwie trudną.

Do doświadczeń użyłem 6 królików, 4 psy, 3 koty, i 4 szczury. Wszystkie szczury padły w dwa dni po operacyi, nie przedstawiając żadnych wybitniejszych zboczeń. Nie sądzę, żeby śmierć ich nastąpiła skutkiem braku gruczołu tarczykowego, ale raczej wskutek samego zabiegu operacyjnego. Christiani, który doświadczenia wykonał na bardzo znacznej liczbie szczurów, spostrzegał u nich stale bardzo typowe objawy chorobowe. Jakkolwiek przy operacyi postępowałem wedle wskazówek przez niego podanych, nie udało mi się ani razu otrzymać pożądanego wyniku i dlatego zaniechałem zupełnie dalszych doświadczeń na tych zwierzętach.

Z 6 operowanych królików otrzymałem tylko u 5-ciu typowy obraz chorobowy, jaki występuje u zwierząt po usunięciu gruczołu tarczykowego. Jako powód ujemnego wyniku u szóstego królika, przyjąć muszę niedokładność w sposobie operacyjnym.

Królik I, 4-miesięczny, operowany 31/I 1899. W dwie godziny po operacyi, jako też cały dzień następny, zachowuje się prawidłowo. Trzeciego dnia zauważyć można drżenie włókienkowe mięśni, które bardzo dokładnie daje się wyczuć, jeżeli zwierzęciu położymy rękę na grzbiecie. Czwartego dnia zwierzę widocznie smutne, przyjmuje mało pokarmów, oddech przyspieszony, od czasu do czasu występują kurcze drgawkowe w kończynach tylnych. Po wprowadzeniu ciepłomierza do odbytnicy występują kurcze drgawkowe we wszystkich mięśniach kończyn i tułowia, które przechodzą w skurcz tężcowy tych samych mięśni. Tego samego dnia wieczorem wystąpił bardzo wyraźny niedowład kończyn tylnych. Próba wywołania drgawek przez wprowadzenie pręcika szklanego do odbytnicy — pozostaje bez skutku. Piątego dnia zwierzę leży na boku, postawione na nogi, upada; co pewien czas występują drgawki w kończynach przednich i tylnych. Podobny stan utrzymuje się przez dzień następny aż do popołudnia. Zabity dnia 6-go.

Królik II, 3-miesięczny, operowany 10/II 1899. przedstawia zupełnie podobny obraz chorobowy, jak królik poprzedni, z tą tylko różnicą, że początek schorzenia dał się zauważyć u tego zwierzęcia dopiero pod koniec trzeciego dnia. Okres, w którym występowały kurcze drgawkowe i tężcowe, spostrzegałem piątego dnia. Drgawki powtarzały się często, trwały każdym razem niespełna jedną minutę. Śmierć naturalna dnia 10-go.

Królik III, 8-miesięczny, operowany 10/II 1899. Początek choroby wystąpił u niego z końcem drugiego dnia i obraz chorobowy nie różnił się od tego, który spotkaliśmy u poprzednich. Zabity dnia 7-go.

Królik IV, 3-miesięczny, operowany 19/II 1899. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły na drugi dzień po operacyi. Dalszy przebieg podobny, jak u zwierząt poprzednich. Dziewiątego dnia rano po operacyi znaleziono rano zwierzę nieżywe.

Królik V, 4-miesięczny, operowany 19/II 1899, zachowuje się podobnie, jak poprzednie. Pierwszy początek schorzenia zauważyć można było u niego w dniu drugim. Okres drgawek trwał od trzeciego do piątego dnia choroby. Śmierć wśród objawów porażennych dn. 9-go.

Królik VI, 3-miesięczny, operowany 10/II 1899. Pierwsze dwa dni po operacyi zwierzę nieco smutniejsze, przyjmuje nie wiele pokarmów, w ciągu jednak dni następnych znacznie się poprawia i nie przedstawia żadnych objawów chorobowych. Zupełnie prawidłowo zachowuje się przez następne dwa miesiące. U tego zwierzęcia operacya nie miała żadnego wpływu na zdrowie. Po dwóch miesiącach po operacyi użyty został do innego doświadczenia.

Pies I, 5-6-miesięczny, operowany 2/V 1899. Na drugi dzień po operacyi bardzo wyraźne drżenie wszystkich mięśni, lekki niedowład kończyn tylnych. Trzeciego dnia występują w kończynach często drgawki, szczególnie w tylnych, chód wybitnie kurczowy (spastyczny). Czwartego dnia zwierzę leży na ziemi z kończynami wyciągniętemi,

które stawiają znaczny opór przy wykonywaniu ruchów w stawach; postawione na nogi, upada. W dniach następnych drgawki niewyraźne. Zabity dnia 6-go.

Pies II. jednoroczny, operowany 2/V 1899. Objawy podobne do poprzednich; dnia 4-go napady drgawek podobne do padaczkowych z brakiem odruchu rogówkowego. Bardzo obfita wydzielina z worka spojówkowego. Dnia 6 go stwierdzono bardzo znacznego stopnia wychudzenie, drgawki mniej częste. Zwierzę nie oddziaływa na silne ukłócia w kończyn tylne. Śmierć dnia 7-go.

Pies III, 8-miesięczny, operowany 6/V 1899. Śmierć dnia 8 go, przedstawia ten sam obraz chorobowy, jak zwierzęta poprzednie.

Pies IV, 6-miesięczny, operowany 8/V 1899. Pierwsze objawy chorobowe wystąpiły na drugi dzień, nie różniły się od objawów, które widzieć było można u poprzednich zwierząt, również podobny był dalszy przebieg schorzenia. Śmierć dnia 9-go.

Kot I, 3-miesięczny, operowany 27/V 1899. W niespełna 24 godzin po operacyi zwierzę smutne, chowa się po kątach, często miauczy, okazuje drżenie mięśni tułowia i kończyn, które w ciągu dnia bardzo znacznie się wzmaga. Dnia 3-go stwierdzamy porażenie sztywne kończyn przednich i tylnych. Zwierzę leży na jednym z boków, postawione na nogi, staje częścią grzbietową, stopy i nogi silnie rozkracza. Chód bardzo utrudniony, chwiejny. Dnia 4-go bardzo częste napady kurczów drgawkowych we wszystkich mięśniach, które następnie przechodzą w kurcze tężcowe. Kurcze tężcowe występują także w mięśniach karku i grzbietu, wskutek czego zwierzę w czasie napadu jest ku tyłowi wygięte. Podobny stan utrzymuje się cały dzień następny, jakkolwiek napady drgawek o mniejszem nasileniu. Zabity d. 7-go.

Kot II, 3—4-miesięczny, operowany 1/VI 1899, okazuje zupełnie podobny obraz chorobowy, jak zwierzę poprzednie. Okres, w którym obok porażenia sztywnego występują kurcze drgawkowe i tężcowe trwa przez dwa dni, od dnia 3—5-go. Po tym okresie ustępują nieco objawy porażenne, zwierzę może się utrzymać na nogach, od czasu do czasu występują chwilę trwające drgawki w jednej z kończyn, zupełnie przypominające ruchy, jakie kot wykonuje, chcąc otrząsnąć nogę zabłoconą; dnia 6-go zwierzę bardzo wychudzone nie przyjmuje pokarmów. Drgawek niema zupełnie. Leży skulone, a postawione na nogi pozostaje długi czas nieruchomo w tej pozycyi. Nie oddziaływa na dość silne ukłócia igłą. Oddechy przyspieszone. Podobny stan utrzymuje się jeszcze dwa dni. Dnia 9-go śmierć naturalna.

Kot III, 3—4-miesięczny, operowany 10/VI 1899. Dnia 3-go po operacyi kończyny przedstawiają wybitny obraz porażenia kurczowego, niczem nie różniący się od tego, który widzieliśmy u poprzednich zwierząt, o tyle tylko ciekawy, że zwierzę, postawione na nogi, usiłuje iść, przyczem ruch postępowy, początkowo powolny, zaczyna stawać się coraz szybszym tak, że w końcu zwierzę biegnie, przyczem wykonuje szczególne ruchy kończynami tylnemi, podobne do ruchów wierzgającego w biegu konia; upada wreszcie, rozkraczając szeroko kończyny tylne. Podobne zboczenia ruchowe występują każdego razu, gdy zwierzę, postawione na nogi, zamierza iść. Dnia 6-go rano objawy porażenia kończyn i drgawki, które się często i ze znacznem nasileniem powtarzały, ustępują nieco, wieczorem tego samego dnia kot został zabity.

Do stwardnienia i barwienia mózgu i rdzenia używałem kilka sposobów, zależnie od tego, czy chodziło mi o badanie włókien, czy też komórek nerwowych. Do wykazania przypuszczalnych zmian we włóknach używałem częścią sposobu Weigerta-Pala, częścią zaś sposobu Marchiego. Pierwszy polega na tem, że mózg lub też rdzeń zanurzamy w płynie Müllera[1]), w którym musi pozostać dłuższy czas, a mianowicie 4 tygodnie do 3 miesięcy, zależnie od wielkości danego kawałka. Czas ten skrócić możemy znacznie (do 8—12 dni), przechowując naczynie z tkanką w cieplarce, ogrzanej do 25—30° C. Skoro skrawki dostatecznie stwardniały, opłókujemy je w wodzie i wkładamy, w celu odwodnienia, na dwa dni do 96% wyskoku, następnie na jeden dzień do wyskoku bezwodnego, zkąd przenosimy do płynnej celoidyny, gdzie je przez kilka dni pozostawiamy, by się nią dostatecznie nasyciły. Skoro to nastąpiło, przyklejamy skrawki gęstym rozczynem celoidyny na korku i pozostawiamy je w suchem powietrzu tak długo, dopóki celoidyna dostatecznie nie stwardnieje. Teraz możemy przystąpić do sporządzenia skrawków na mikrotomie, które powinny być możliwie cienkie. Skrawki te barwimy hematoksyliną[2]), w której pozostają przez 24 godzin. Do barwika tego dodajemy przed użyciem kilka kropli nasyconego wodnego rozczynu węglanu litowego. Po 24 godzinach spłókujemy je wodą, odbarwiamy przez 1—5 minut w $^1/_1$% rozczynie nadmanganezianu potasowego, a następnie różniczkujemy w rozczynie, złożonym z 1 grm. kwasu szczawiowego, 1 grm. siarkanu sodowego i 200 grm. wody. Rozczyn ten powinien być każdorazowo przed użyciem świeżo sporządzony; w nim pozostawiamy skrawki te tak długo, dopóki nie zniknie zabarwienie brązowe, pochodzące od nadmanganezianu potasowego, następnie spłókujemy je wodą destylowaną, odwadniamy w wyskoku bezwodnym, prześwietlamy w karbolksylolu (ksylolu 90 grm., kwasu karbolowego zgęszczonego 10 grm.). Po kilku minutach wyjmujemy je, umieszczamy na szkiełku podstawowem, osuszamy bibułą, dajemy kroplę gęstej żywicy damar i przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem. Przy użyciu tego sposobu barwi się osłonka rdzenna niebiesko-fioletowo, albo nieco brązowo. Chcąc otrzymać równocześnie obraz włókna rdzennego, podbarwić musimy preparat karminem.

Sposób barwienia Marchiego polega na tem, że kawałki mózgu lub rdzenia, nie grubsze nad 2—3 mm., a stwardnione w płynie Müllera, przenosimy na 10 dni do rozczynu, złożonego z 2 części tego płynu z dodatkiem 1 części 1% rozczynu kwasu nadosmowego. Po 10 dniach odwadniamy je w bezwodnym wyskoku, przenosimy na pewien czas do płynnej celoidyny, a następnie krajemy mikrotomem. Skrawki nie cieńsze od 5—8 podziałek odwadniamy w wyskoku, prześwietlamy w karbolksylolu, przenosimy na szkiełko i polewamy grubą warstwą żywicy damar, osuszywszy poprzednio dokładnie bibułą. Szkiełka nakrywkowego nie potrzeba. Włókna prawidłowe barwią się tym sposobem blado-brązowo, podczas gdy w zwyrodniałych spotykamy liczne czarne punkty rozmaitej wielkości.

Do barwienia komórek nerwowych najodpowiedniejszy jest sposób Nissla. Małe kawałki tkanki stwardniamy przez 24 godzin w 10% rozczynie formaliny, a następnie 2—3 dni w bezwodnym wyskoku, zmieniając go 2—3 razy, naklejamy je na korku gumą arabską, albo też celoidyną, a skoro ta zaschnie, krajemy mikrotomem. Ponieważ do wykazania budowy komórki i zmian patologicznych skrawki muszą być bardzo cienkie, nie możemy ich sporządzać na zwyczajnie używanych mikrotomach. Bardzo dobrze nadaje się do tego mikrotom pomysłu Frommego, który pozwala otrzymać skrawki o grubości 6—10 μ, a nawet i cieńsze. Do barwienia używamy błękitu metylowego[3]). W barwiku tym gotujemy skrawki 1—5 minut nad parą wo-

[1]) 10 części dwuchromianu potasowego, 5 części siarkanu potasowego — rozpuszczone w 800 częściach wody.

[2]) 1 gram hematoksyliny rozpuszczony w 100 grm. gorącej wody z dodatkiem 10 grm. wyskoku.

[3]) Methylenblau, patent B., rozpuszczony w ilości 3 75 grm. w litrze wody z dodatkiem 1 75 grm. mydła weneckiego.

dną. Następnie odbarwiamy je w alkoholu z dodatkiem aniliny (wyskoku 90, olejku anilinowego 10) dopóki odchodzą znaczne obłoczki barwika. Następnie przenosimy je na szkiełko, osuszamy bibułą, prześwietlamy kroplą olejku kajeputowego, osuszamy ponownie bibułą, dajemy kroplę kalafonii rozpuszczonej w benzynie, albo balsamu kanadyjskiego, poczem przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem. Jeżeli preparaty długo przechowujemy, tworzą się często drobne kryształy kalafonii, co łatwo usunąć, przesuwając preparat parę razy nad lampką spirytusową. Wadą tego sposobu jest to, że preparaty po pewnym czasie bledną i niepozwalają widzieć obrazów tak, jak one wyglądały, kiedy preparat był świeży. Chcąc mieć dokładne pojęcie o budowie komórki, trzeba ją oglądać zaraz po wykończeniu każdego preparatu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

V. Sprawa Färberów.

(Ciąg dalszy).

Na podstawie powyższego wyniku sekcyi i podejrzenia, że sprawcami zbrodni mogli być Chaim i Salomon Färberowie, uwięziono tych ostatnich. Wkrótce potem zażądała obrona wykonania ponownej sekcyi na zwłokach śp. Chudoby, motywując swe żądanie doniesieniem, iż śp. Chudoba miał być suchotnikiem, zatem musiał umrzeć śmiercią naturalną; gdy zaś sekcya pierwsza treści tego doniesienia nie potwierdzała, ztąd wnioskowała obrona, że pierwsi obducenci nie zasługują w tym przypadku na zupełną wiarę. Powstanie znalezionych na twarzy i szyi zwłok śp. Chudoby obrażeń tłómaczyła obrona wrzekomem pobiciem, jakiego miał doznać denat na kilka dni przed swą śmiercią w sprzeczce z własną żoną. Wskutek powyższego żądania, a na wniosek c. k. prokuratoryi państwa w Nowym Sączu, wysłał tamtejszy sąd karny osobną komisyę do Szaflar, a ta przystąpiła dnia 4 września 1897 r. do oględzin miejsca i do podjęcia powtórnej sekcyi, przyczem rzeczoznawcy z Nowego Sącza podali następujący wywód oględzin:

Zewnętrznie: 1. Zwłoki mężczyzny w stanie rozkładu gnilnego, przeważnie występującego na twarzy, szyi, piersiach, brzuchu i kończynach górnych. 2 Zwłoki te obecnie z rysów twarzy, jako Chudoby, rozpoznać nie można, a stwierdzają tożsamość zwłok cięcia sekcyjne, dotyczące przepiłowania czaszki i cięcie podłużne w linii środkowej ciała, rozpoczynające się od szczęki dolnej, a przebiegające przez szyję, piersi i brzuch — aż do spojenia łonowego. Części rodne utrzymane wskazują, że zwłoki są zwłokami mężczyzny. 3. Powłoki czaszkowe miękkie w stanie zupełnego rozkładu gnilnego, utrzymują się na nich jeszcze włosy czarne, długie, które z łatwością obficie wraz z przyskórkiem schodzą. Tak po stronie zewnętrznej, jak i wewnętrznej powłok nie można obecnie, — po dokładnem nawet obmyciu, z powodu imbibicyi barwikowej krwi, żadnych śladów odnaleźć, mianowicie do ustępu 3 protokołu z dnia 23 sierpnia żadnego sińca. 4. Na twarzy, mianowicie pod okiem prawem, na nosie i na skórze czoła stwierdzono po jednem nacięciu, każde mniej więcej 1 ctm. długie, a w miejscach tych, jak i dla kontroli obok poczynionych cięć, żadnej różnicy w tkance skórnej, jak i podskórnej nie znaleziono, a to z powodu zgnilizny i imbibicyi barwikowej. Wszystkie te nacięcia znaleziono po stronie prawej. 5. W okolicy szczęki dolnej, mianowicie tuż przy kącie szczęki, jak i w okolicy mięśnia mostko obojczykowego, także po stronie prawej, stwierdzono 3 cięcia, każde 1 ctm. długie, przenikające skórę. W obrębie tych cięć, jakoteż w obrębie nowo poczynionych cięć. żadnej różnicy nie znaleziono. 6. Po stronie lewej twarzy, jakoteż i szyi, żadnych cięć nie znaleziono. 7. Po odwróceniu zwłok stwierdzono na plecach, na kończynach górnych, wszędzie jednostajnie czarne zabarwienie, przyskórek zaś złazi płatami, lub też tworzy wielkie pęcherze, wypełnione cieczą brudno-czerwoną. Skóra przeważnie gnilnie rozmiękła tak, że ze śladów opisanych w protokole z dnia 23 sierpnia obecnie nic stwierdzić się nie da. 8. Skóra rąk zmarszczona, przyskórek zciągać się daje z palców w zupełności, z przyskórkiem schodzą i paznogcie. Za paznogciami nie znaleziono żadnych włosów, lub jakiegoś ciała obcego.

Wewnętrznie: 9. Sklepienie czaszki, przepiłowane sposobem zwykłym, nie przedstawia żadnych zmian. 10 Mózg, który był złożony po sekcyi do jamy czaszkowej, obecnie przedstawia masę rozpływną, brudno-zieloną, częścią rozlaną, częścią w załomach jamy czaszkowej się utrzymującą tak, że obecnie o mózgowiu, jakoteż o oponach mózgowych, z powodu zupełnej zgnilizny, nic orzekać nie można. 11. W jamie ustnej brak języka, zęby dobre; przez cięcie, wykonane przy pierwszej sekcyi w podłodze jamy ustnej, stwierdzono, że język wraz z początkiem przełyku, tchawicą i krtanią wydobyty został *lege artis* przez lekarzy sekcyonujących. 12. Język wraz z tchawicą znajduje się w jamie klatki piersiowej, a badanie jego nie wykazuje żadnych ran lub też poszarpań. 13. Tchawicę znaleziono od tyłu otwartą jakoteż i krtań, na błonie ich śluzowej żadnych zmian, oprócz gnilnych i przesączynowych. Chrząstki krtani nienaruszone. 14. Przełyk o błonie śluzowej gnilnie rozmiękłej nie przedstawia nic uwagi godnego. 15. Płuca oba od tchawicy nie oddzielone, gazami gnilnymi wydęte. Na opłucnej stwierdzić można gdzieniegdzie zgrubienie, i wiotkie zrosty. Zabarwienie płuc brudno-ciemno czerwone z odcieniem czerwonawym, zwłaszcza w częściach przykręgowych, gdy części przednie płatów obu płuc, zwłaszcza części przybrzeżne, są znacznie jaśniejsze. Miąższ płuc w częściach przykręgowych zbitszy, jednak powietrzny, względnie rozdęty gazami gnilnymi; w częściach przybrzeżnych poduszkowaty, rozdęty, jakby pęcherzami. Na przekroju miąższ płucny w częściach przykręgowych jest jednostajnie brudno-czerwono zabarwiony, przy ucisku nie wydobywa się ciecz pienisto krwawa, jednak miąższ płucny dość znacznie w tych częściach przesiąknięty cieczą brudno-czerwoną z powodu rozkładu krwi w tych częściach, nagromadzonej wskutek przekrwienia opadowego. Części przednie płuc i przybrzeżne więcej suche szaro-czerwono zabarwione. W oskrzelach większych i drobnych wszędzie błona śluzowa gnilnie rozmiękła, brudno-czerwono zabarwiona barwikiem krwi (imbibicya barwikowa). 16. Serce otwarte sposobem zwykłym. Wszystkie zastawki prawidłowe, mięsień sercowy żółto zabarwiony, z powodu gnicia wiotki, dość jeszcze jędrny. Serce złożone okazuje się w wymiarze poprzecznym powiększone. Między beleczkami i nitkami ścięgnistemi zastawek nie znaleziono skrzepów. 17. Tętnica główna (*aorta*) w kierunku od serca otwarta, cięcie poprowadzono dalej i w miejscu przejścia tętnicy z wstępującej w zstępującą stwierdzono na przestrzeni 20-sto groszówki błonę wewnętrzną tętnicy tłuszczowo zwyrodniałą, jednak złogów wapiennych i w tym obrębie nie znaleziono. 18. W zakresie tętnicy płucnej (*arteria pulmonalis*), którą postępowano od serca do wnęki płuc, aż do możliwie najdrobniejszych rozgałęzień w miąższu płuc, nie znaleziono nic nieprawidłowego. Skrzep tkwiący tylko w jednej grubszej gałęzi, zbitości wiotkiej, odbarwiony (brudno-żółty), w naczyniu tkwił zupełnie wolno. 19. Żołądek otwarty o błonie śluzowej gnilnie rozmiękłej, jednostajnie brudno-czerwono zabarwionej. Błona śluzowa o ile stwierdzić można, nie przedstawia nigdzie nadżerek, lub naczyń krwionośnych otwartych. 20. Jelita grube i cienkie nic uwagi godnego nie przedstawiają. 21 Wątroba, śledziona nerki są w wysokim stopniu zgnilizny i przedstawiają masę rozmiękłą, niekształtną, których budowy rozpoznać nie można. Każdy z tych narządów przy sekcyi, w dniu 23/VIII 1897 dokonanej, nacinano cięciami zwykłemi. 22 Moszna i prącie są w wysokim stopniu zgnilizny, jądra dobrze utrzymane, w żadnem nie znaleziono żadnych śladów wynaczynień. 23 Kościec nigdzie nie naruszony, prawidłowy.

Orzeczenie: Sekcya zwłok, uległych w wysokim stopniu zgniliźnie, wykazała, oprócz cięć zwykłych sekcyjnych, cięcia jeszcze na twarzy, czole, nosie i w okolicy przyusznej. Zresztą sekcya, co do

przyczyny śmierci z powodu wysokiego stopnia zgnilizny, dała wynik ujemny. Na podstawie sekcyi pierwszej i wizyi lokalnej przychodzimy do przekonania, że mamy tu do czynienia z krwotokiem, którego źródła jednak ponowną sekcyą wykazać się nie udało. Że krwotok miał miejsce, stwierdza także protokół I. autopsyi denata w ustępie 12, gdzie stwierdzono obecność krwi w krtani, a wreszcie w ustępie 13. znaleziono znaczniejszą ilość krwi w oskrzelach, wreszcie i żołądek zawierał treść krwawo zabarwioną. Do żołądka krew mogła dostać się przez połykanie. Możliwość krwotoku żołądkowego wykluczamy raz z tej przyczyny, że w żołądku stwierdzićby musiano przy pierwszej sekcyi wielką ilość krwi, a z żołądka krew musiałaby przejść i do kiszek, tymczasem w kiszkach treści krwawej nie znaleziono, a powtóre i z tego powodu, że przy drugiej sekcyi musiałoby się źródło krwotoku żołądkowego wykazać, bądźto w postaci jakiejkolwiek nadżerki błony śluzowej lub też wrzodu. Przełyk również nie przedstawia zmian, któreby krwotok spowodowały. Stwierdzenie krwi w oskrzelach nie wykazuje jeszcze źródła krwotoku, lecz krew ta dostać się mogła w skutek aspiracyi przez denata. Co do śladów zewnętrznych, stwierdzonych przy sekcyi dokonanej dnia 23/VIII 1897 (ust. 3 i 4) czynimy uwagę, iż obecnie nie można było rozpoznać żadnych tak podbiegnięć w tkance skórnej i podskórnej, jak i zasinień skóry, a to z powodu zgnilizny.

Stwierdzamy obecnie, że cięcia, robione dla zbadania sińców, znaleziono (ust. 4 protokołu z dnia 4/9 1897) na czole, twarzy, nosie, jakoteż (ustęp 5 tegoż protokółu) na kącie szczęki dolnej i w okolicy przyusznej, na mięśniu mostko-obojczykowym, wszystkie po stronie prawej; z protokółu zaś z dnia 23/VIII 1897 ust. 3 wynika również, że sińce te znaleziono po stronie prawej, a chociaż ust. 4 tegoż protokółu nie wspomina, po której stronie szyi znaleziono sińce, jednak stwierdzenie cięć po stronie prawej szyi, w okolicy kąta szczęki dolnej i przyusznej potwierdza, że gdzieindziej sińców nie było. Umiejscowienie sińców w okolicy szczęki dolnej i przyusznej, rozpołożenie ich, dalej brak jakichkolwiek śladów gwałtu po drugiej stronie szyi, przemawia przeciwko duszeniu ręką, a dalej przeciwko użyciu palców przemawia i wielkość sińców, bo przecież siniec, wywołany uciskiem palca, musi być większy, niż jak to protokół z dnia 23/VIII 1897 w ust. 3 wspomina, że znaleziono sińce od wielkości siemienia konopnego do wielkości soczewicy dochodzący; ust. 4 tegoż protokółu mówi o znakach półksiężycowatych, lecz rozmieszczonych na przedniej powierzchni mięśnia mostko-obojczykowego, poniżej małżowiny i w okolicy stawu szczęki dolnej«, a więc znów miejsce to nie odpowiada miejscu, na któreby ucisk palcami wywarty mógł wywołać, uduszenie, bo ani naczynia szyjne, ani krtań lub tchawica uciśnięta być nie mogła. Ślad półksiężycowaty wywołanym być mógł paznogciem, lecz jeżeli paznogcie działają, powstają półksiężycowate zdarcia przyskórka, a skóra zwykle w tem miejscu jest pergaminowato zeschłą, siniec zaś będzie mniej rozległy, regularny. Wskutek duszenia powstaje zawsze podwójny ślad, jeden od paznogcia, drugi od opuszki; od opuszki palca powstający jest słabiej rozwinięty, od paznogcia wybitniejszy. O tak charakterystycznych śladach sekcya nie wspomina. Protokół sekcyi z dnia 23/VIII 1897 nie wspomina wcale, jak rozległe są podbiegnięcia krwawe, gdy je przez nacięcia stwierdzono. Za uduszeniem przemawia dalej podług zdania pierwszych rzeczoznawców płynność krwi (ust. 13 b), wybroczyny krwawe (ust. 14) przekrwienie płuc i mózgu (ust. 10 i 13 a). Co do objawów uduszenia się na podstawie stwierdzenia niezbitego faktu, że u denata stwierdzono krew w narządach, nie mamy nic do zarzucenia. Denat w chwili wybuchu krwi początkowo ją wykrztuszał, następnie, gdy krwotok się zwiększał, aspirował do co raz drobniejszych oskrzeli, przez co wytwarzał się brak powietrza, wreszcie zupełne zalanie dróg powietrznych i zatamowanie do nich przystępu powietrza atmosferycznego. W skutek forsownych ruchów wykrztuśnych mogły powstać wybroczyny pod opłucną (ust. 14); naturalnem zaś następstwem duszenia się było przekrwienie płuc i mózgu, wreszcie i płynność krwi. Wizya lokalna stwierdza krew na przestrzeni znaczniejszej, z początku w mniejszych ilościach, później kałuże krwi, a więc niezbicie stwierdzić się dało większe ilości krwi; krew w kałużach była skrzepłą. Slady krwawe stwierdzono w odstępach mniej więcej regularnych, jednego do dwóch kroków.

Na podstawie tego stanowczo twierdzić można, że denat, idąc, wykszstuszał i odpluwał krew, z początku w mniejszej ilości, następnie, jakby pełnemi ustami, osłabiony przebiegł rów i bezwładny upadł na ściernisko już nieprzytomny, za czem przemawia położenie trupa, gdyż ręki prawej podłożonej i przywalonej ciałem nie mógł wydobyć, gdy przy usiłowaniem dźwiganiu się ręka prawdopodobnie i ciało inaczej złożone znalezionemby zostało. Wobec tak znacznych ilości krwi, stwierdzonych na drodze, a więc stwierdzonego bardzo silnego krwotoku, musiałaby krew wylewająca się w takiej obfitości z denata (w takim wypadku, gdyby przypuścić można, że był niesionym) tworzyć jednostajną prawie strugę, a nigdy plamy i kałuże w odstępach mniej więcej regularnych, a gdyby nawet głowę owiniętą miał workiem, to worek krwią czystą jednostajnie musiałby być przesiąkniętym, a nie, jak w tym razie rzecz się ma, jest poplamiony bardzo miernie cieczą surowiczo-krwawą. Worek napojony już krwią byłby również przepuszczał nieprzerwaną strugę krwi przynajmniej w blizkości zwłok denata. Na podstawie więc stwierdzenia faktu, że denat dostał krwotoku i na podstawie wizyi lokalnej utrzymujemy, iż denat był jeszcze w chwili przechodzenia koło domostwa Farberów przy życiu, zemdlony upadł opodal na ściernisku i nic nie sprzeciwia się przypuszczeniu, że tak nieznaczne ślady (jak siemię lub soczewica) umieszczone tylko po stronie prawej twarzy, nosa, w okolicy przyusznej i koło szczęki pochodzą od twardej ścierni, wbijającej się w ciało, a na tym boku właśnie denata leżącego znaleziono. Wykluczając śmierć denata, spowodowaną gwałtem wywartym na szyję, bo sińce te nie przemawiają umiejscowieniem i charakterem za tem, że gwałt został dokonany, orzekamy, że śmierć denata nastąpiła wskutek krwotoku i zalania dróg powietrznych krwią, co wywołało objawy duszenia w płucach; a gdy z wszelką stanowczością wykluczyć można krwotok żołądkowy i z przełyku, a zmiany w płucach nie upoważniają jeszcze do twierdzenia, że krwotok był płucnym, nie wydajemy co do natury krwotoku stanowczego orzeczenia wobec tego, iż ani sekcya pierwsza, ani oględziny powtórnie wykonane, nie wykazały źródła krwotoku. Jakiegokolwiek bądź rodzaju był krwotok i z jakiegokolwiekbądź źródła pochodził, w każdym razie wywołanym był przyczynami ogólnemi denata i spowodował w następstwach swych naturalnych zejście śmiertelne przez uduszenie, a wszystkie objawy i cały obraz sekcyi przemawia za śmiercią z przyczyn naturalnych.

Na pytanie sędziego śledczego, czy krwotok, który był bezpośrednią przyczyną śmierci denata, nie mógł powstać przez inne działanie gwałtowne, aniżeli na tchawicę, odpowiadamy:

Co do innego sposobu, ktoryby użyty być mógł i krwotok wywołać, to tak w pierwszej, jak i w drugiej sekcyi nie stwierdzono żadnych śladów, któreby w ogóle za pobiciem lub jakimkolwiek gwałtem przemawiały, a więc w braku śladów gwałtu zewnętrznego i skutków takiego gwałtu przypuścić nie można.

Nadmieniamy w końcu, że zasinienie moszen, stwierdzone przy pierwszej sekcyi, również jako zmiany pośmiertne uważamy, bo w tkankach wiotkich bardzo łatwo przekrwienie opadowe powstaje i potrzeba na to bardzo krótkiego czasu, szczególnie w lecie i gdy zwłoki leżą na brzuchu, jak w tym wypadku to miało miejsce; co do śladów wreszcie rzekomo od duszenia pochodzących, nadmieniamy: że znaki, umieszczone na prawej stronie szyi w ilości ośmiu, spowodowane mogły być tylko przez rękę lewą, gdy zwyczajnie duszenie, prawą ręką dokonane, znaki po stronie lewej szyi pozostawia.

Po dokonaniu oględzin miejsca wzięli znawcy do zbadania w kierunku obecności krwi *a)* worek zgrzebny, znaleziony w kącie sieni browaru, *b)* trzaskę odłupaną ze słupa przy drzwiach, wiodących do sieni browaru i *c)* kamień dobyty z bruku obejścia browaru. Przedmioty te poddali badaniu próbą heminową; prób widmowych nie przedsiębrali, gdyż tak sami oni, jak i żaden z instytutów naukowych Nowego Sącza (gimnazyum i klasztor OO. Jezuitów), wedle ich podania, nie posiadał w tym czasie od ostatniego pożaru przyrządu widmowego (!!). Wynik ujemny próby heminowej skłonił znawców do orzeczenia, iż ani na trzasce ze słupa od drzwi, ani na kamieniu krew się nie znajdowała, co do worka, to oświadczyli, iż choć wynik próby heminowej również był ujemnym, to jednak makroskopowe jego wejrzenie przemawia, iż był krwią zwalany.

Dodatkowo przeprowadzone śledztwo na okoliczności, przedstawione przez obronę, wykazało, że śp. Chudoba wprawdzie był słabowitym i kaszlał, jednak krwią nigdy nie pluł, że nie miał żadnego czynnego zatargu ze swą żoną na kilka dni przed śmiercią i że nie okazywał w dniu swej śmierci żadnych uszkodzeń, w szczególności zaś tych, które pierwsza sekcya jego zwłok stwierdziła. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Morphologie der Epiglottis. Ihre Varietäten und Anomalien im Spiegelbilde. Von Dr. Henke. Mit 2 Tafeln. O. Coblentz. Berlin 1889.

Po krótkim wstępie, poświęconym etymologii wyrazu ἐπιγλωττις, przedstawia nam autor róznorodne typowe i atypowe odmiany i zboczenia, tyczące się wielkości, ukształtowania, położenia, ubarwienia i t. p tego narządu, wywołane przez wyrośle, nawarstwienia, ubytki, przerwy w ciągłości, pomarszczenia, rozrosty i zboczenia naczyniowe niepatologicznego pochodzenia, o ile należą do zakresu fizyologii i po części pochodzące z nieprawidłowości rozwojowych. Niektóre odmiany napotykał autor jako zboczenia, przeważające u rodzimych mieszkańców pewnych okolic

W 2giej części pracy poznajemy najróżnorodniejsze postacie, wywołane przez sprawy chorobowe tego narządu. Kształty, będące ostatecznym wynikiem chorobowego przeobrażenia, dają się ugrupować w 2 główne gromady, przedstawiające osobne wzory: rozrostowy lub obrzękowy *(expansion)* i ściągnięty *(restriction)*, wyrażające czasem różne okresy jednej i tej samej choroby, które mogą przechodzić jeden w drugi, albo jeden obok drugiego. Do pierwszego wzoru zalicza autor także obrzmienia i zgrubienia nagłośni, powstające bez zmian zapalnych, wyłącznie tylko pod wpływem rozmyślnego i nawykowego obniżania *(Senkung)* jej, prowadzącego najczęściej do unieruchomienia albo utrudnienia ruchomości nagłośni. Tu głównie należą różne postacie, powstające z rozlanych lub ograniczonych, pierwotnych lub następowych, obrzęków, nowotworów, spraw zapalnych itp.

Mianem „postaci ubytkowych“ *(Schwundformen)* określa autor kształty drugiej gromady, jak n. p. zboczenia położenia, ubarwienia, ruchomości i t. d., wynikłe z rozmaitych spraw chorobowych (przeobrażenie wsteczne, zwyrodnienie, ostre i przewlekłe stany zapalne, owrzodzenie, zbliznowacenie i t. d.), zwłaszcza z różnych cierpień nerwowych ogólnych i miejscowych, będących często znamiennemi dla poszczególnych chorób, a tem samem dających często ważne wskazówki rozpoznawcze.

Pracę tę ilustruje 94 rysunków w 2 tablicach, znakomicie objaśniających godną poznania treść. *Spira.*

IV. Wyciągi.

Fraenkel Al. **O bliznowatych zwężeniach przełyku po wrzodach okrągłych** *(Wiener klin. Wochs.* 1899, 42). W przypadkach zwężeń przełyku przywykło się myśleć u ludzi starszych w pierwszym rzędzie o raku, zresztą o bliznach po działaniu środków żrących, co do czego zawsze jasne dane wynikają z wywiadów, czasem wreszcie o ucisku od zewnątrz (tętniaki). F. pragnie zwrócić uwagę na zaniedbywane, a w rzeczywistości może częstsze, niż się przypuszcza, zwężenie bliznowate przełyku wskutek wrzodów okrągłych — opisem swego przypadku, dotyczącego 58 l. mężczyzny. Objawy kliniczne, nie przedstawiające zresztą nic niezwykłego, skłoniły autora wobec starszego wieku chorego do rozpoznania raka wpustu. Rozpoznanie to utrzymywało się aż do śmierci, zwłaszcza ze względu na wyniszczenie, szybko postępujące, któremu chory uległ po trzech tygodniach pomimo sztucznego odżywiania przez przetokę żołądkową. Dopiero sekcya wykazała, że zwężenie zależało od okrężnej blizny bez najmniejszego śladu nowotworu, która ścieśniała światło dolnego końca przełyku tuż nad wpustem do tego stopnia, że przez zwężenie przechodził tylko cienki zgłębnik. Ponad tem zwężeniem znajdował się jeszcze ubytek w ścianie przełyku o dnie bliznowatem. Zarówno cechy anatomiczne tego ubytku, jak i wywiady dowodziły, że była to pozostałość po wrzodzie okrągłym przełyku. Oprócz wrzodu okrągłego (peptycznego), możnaby w danym razie myśleć jeszcze o następstwach skaleczenia ciałem obcem. Jednakże skaleczenia takie prawie zawsze kończą się posokowatem zapaleniem tkanki śródpiersia tylnego; w rzadkich przypadkach, zakończonych wyleczeniem, pozostawały albo płytkie, powierzchowne blizny, bez znamiennych cech wrzodu okrągłego, jakie w opisanym przypadku właśnie były bardzo wyraźne, lub też — przy głębszych obrażeniach — pewnego rodzaju uchyłki nieregularne, połączone kilku otworami o ostrych brzegach ze światłem przełyku (przypadek Zenkera i Ziemssena). Pominąwszy wątpliwe i niejasne spostrzeżenia klinicznezwężenia przełyku wskutek rzekomego przerostu jego mięśni, oraz jedyne dotąd spostrzeżenie Zenkera jun., w którem zwężenie najprawdopodobniej było przyrody gruźliczej, pozostawałyby do uwzględnienia jeszcze zwężenia kiłowe, które w przypadku autora i klinicznie i anatomicznie napewno wykluczyć można.

Istnienie wrzodów okrągłych (peptycznych) przełyku, opisywane, jako rzecz rzadka, stanowczo przez Rokitańskyego i Kundrata, podano później w wątpliwość, a niektórzy autorowie, jak Birch-Hirschfeld, wprost nawet nie uznają ścisłości dawniejszych spostrzeżeń. Niewątpliwie odgrywało tu pewną rolę uprzedzenie, z góry powzięte; mianowicie po stwierdzeniu, że do powstania wrzodu okrągłego koniecznem jest między innemi działanie soku żołądkowego, nie wydawało się możliwem, aby tak krótki czas, przez jaki sok żołądkowy w pewnych warunkach z błoną śluzową przełyku stykać się może, wystarczył do wytworzenia wrzodu okrągłego, choćby nawet zetknięcie się to bardzo często (lecz zawsze tylko chwilowo) następowało. Dopiero badania histologiczne Schaffera obaliły w r. 1889 to apriorystyczne rozumowanie wykazaniem, że wśród błony śluzowej przełyku mogą zdarzać się, i to w różnych miejscach, przedewszystkiem w okolicy wpustu, wyspy typowego utkania błony śluzowej żołądka. Obecność takich wysp tłómaczy dostatecznie, że mogą i dlaczego mogą w przełyku występować takie same miejscowe zmiany, jakie dotąd uważano za swoistą właściwość żołądka. Rzeczywiście w nowszych czasach opisali ponownie Chiari i Quinke niewątpliwe wrzody okrągłe przełyku, a autor odnalazł nadto w muzeum anatomii patologicznej prof. Weichselbauma dwa jeszcze takie okazy. Wobec tego sądzi autor, że należałoby wszelkie dawniejsze niejasne patologicznie przypadki zwężeń przełyku krytycznie ponownie zbadać, a w nasuwających się w przyszłości nie zapominać o wrzodzie okrągłym przełyku i starać się ustalić obraz kliniczny tego cierpienia, którego w literaturze opisano dotąd z właściwem rozpoznaniem może conajwyżej 20 przypadków. A rozpoznanie w tym przypadku nie mało zaważy w rokowaniu, może nawet i w leczeniu, zważywszy, że najłatwiej w takich przypadkach myśli się o raku, tak, że rozpoznanie prostowano już nieraz dopiero przez niespodziewane trwałe polepszenie po gastrostomii. Wskazówką w rozpoznaniu bardzo cenną, jeżeli się tylko o możliwości wrzodu okrągłego z jego następstwami pamiętać będzie, może być uderzająco długie trwanie objawów chorobowych przed wytworzeniem się dolegliwości, właściwych zwężeniu.

(W r. 1897 spostrzegałem w Zakładzie anatomii patol. prof. Browicza przypadek wrzodu okrągłego przełyku przy wpuście. W przypadku tym, który klinicznie badał i na-

stępnie ogłosił Radca Dr. Krokiewicz, prymaryusz szpitala św. Łazarza. („Przegl. lek.“ 1897, Nr. 34, 35), istniały prócz tego dwa wrzody okrągłe w żołądku. Anatomicznie był wrzód przełyku w tym przypadku bardzo podobny do okazu Nr. 1 fig. 2, odrysowanego w pracy Fränkla, a znajdującego się w muzeum wiedeńskiem, gdyż dolny brzeg wrzodu, obrąbiony błoną śluzową, stanowi rodzaj fałdu, zasłaniającego dno dolnej części wrzodu i przypominającego zastawkę półksiężycowatą. Różnią się zaś oba okazy usadowieniem wrzodu, który w okazie wiedeńskim zajmował tylną, w naszym przednią ścianę przełyku. Wspominam o tem dlatego, że usadowienie to i kształt wrzodu zdają mi się być przyczyną dość ciekawego objawu klinicznego w przypadku przezemnie sekcyonowanym. O ile wnieść mogłem ze streszczenia historyi choroby, podanego przez Krokiewicza, zdawałoby się, że wymioty treści żołądkowej, czy nawet żółciowe, utrzymywały się za życia bardzo długo, chociaż zgłębnik już do żołądka wprowadzić się nie dawał. Przypuszczam, że koniec jego chwytał się we wspomnianą kieszonkę, leżącą między dnem wrzodu, a fałdem, stanowiącym jego brzeg dolny i działającym na podobieństwo zastawki półksiężycowatej, to znaczy, przepuszczającej treść żołądkową w kierunku odwrotnym. Inaczej nie umiałbym sobie wyjaśnić tej *stenosis paradoxa*, jaką stwierdzono zgłębnikiem za życia, wobec tego, że przełyk nie był właściwie bliznowatemi zaciągnięciami zaciśnięty, a wspomniany fałd był dość podatny i ruchomy *(Przyp. sprawozd.)*. *Ciechanowski.*

Dr. M. T. Schnirer. **Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc.** (*Klinisch-therap. Wochenschrift* 1899. Nr. 35, 36, 39). Po krytycznem omówieniu ważniejszych prac, dotyczących leczenia gruźlicy płuc kreozotem, dochodzi autor do wniosku, iż nie posiadamy do dziś dnia zupełnie jasnego pojęcia o działaniu kreozotu i jego pochodnych, ani też dostatecznych dowodów, przemawiających za — lub przeciw terapii kreozotowej. Na podstawie 10-letniego doświadczenia na 400 chorych, leczonych kreozotem, względnie jego pochodnymi, dochodzi autor do wniosku, iż kreozot, podawany w gruźlicy, jest czemś więcej, aniżeli środkiem kojącym objawy gruźlicy. Przy tem wszystkiem należy jednak pamiętać, że kreozot trzeba podawać z odpowiednią ostrożnością i w stósownej formie, gdyż inaczej może ten środek raczej zaszkodzić, aniżeli pomódz; ma on bowiem swoje ujemne strony, a mianowicie działa żrąco, woń jego nieprzyjemna i jest trujący. Z tego powodu starano się zastąpić kreozot związkami pochodnymi, takimi, któreby nie posiadały ujemnych własności kreozotu, lecz dodatnie. Takim związkiem, który na szczególniejszą zasługuje uwagę z pomiędzy innych pochodnych kreozotu, jest według autora tiokol; — jest on ortogwajakolo-sulfonianem potasowym, który zawiera 52% gwajakolu. Przedstawia się w postaci proszku białego, niezmieniającego się na powietrzu, smaku słabo słonawego, nie posiadającego woni. W wodzie rozpuszcza się tiokol łatwo (1 : 4 cz. wody zimnej, a 1 : 1 cz. — gorącej); roztwory jego nawet zgęszczone nie działają żrąco na błonę śluzową. Związek ten, stósownie do badań Rossbacha i Jaqueta, okazał się nietrującym. Roztwór wodny tiokolu zabarwia się po dodaniu chlorku żelazowego na fiołkowo-niebiesko, które to zabarwienie za dodaniem amoniaku zmienia się na winnożółte. Odczyn ten o tyle jest ważny, iż przy jego pomocy odróżnić można tiokol od isomerycznego związku, tj. para — gwajakolo-sulfonianu potasowego, który jest trującym, a który z chlorkiem żelazowym i amoniakiem zabarwia się na pąsowoczerwono. Według doświadczeń Rossbacha 70% tiokolu, wprowadzonego do żołądka, ulega wchłonieniu; — zdolność resorbcyjna tiokolu przewyższa zatem inne związki gwajakolowe. Doświadczenia lecznicze, przedsiębrane z tiokolem, dotyczą 32 przypadków gruźlicy w różnych okresach rozwoju. Podczas leczenia chorzy znajdowali się nie w najlepszych warunkach higienicznych. Jedyną zmianą na korzyść leczenia było to, iż nie pracowali i przepędzali parę godzin dziennie na powietrzu, za to jednak, nie zarabiając, nie byli w stanie należycie się odżywiać; wobec tego skłonny jest autor przypisać wyniki leczenia jedynie działaniu leczniczemu tiokolu. Podawany, czy to w okresach początkowych, czy też późniejszych, okazał się tiokol środkiem skutecznym. Autor stwierdził zmniejszenie się kaszlu i ilości plwocin, stałe zmniejszenie się ilości prątków gruźliczych, ustąpienie potów nocnych, znaczne zmniejszenie się gorączki, względnie jej ustąpienie, zwiększenie się łaknienia i wagi ciała. Przedmiotowo można było stwierdzić ustąpienie zmian nieżytowych, ubytek rzężeń, jakoteż jawnienie stłumienia. Autor podawał tiokol w dawkach 3—6 grm. dziennie, a tylko wyjątkowo dawki większe (10 grm. dziennie) w postaci proszku w opłatkach, lub też w roztworze, z dodatkiem ulepku pomarańczowego lub malinowego. Ta ostatnia forma podawania nadaje się szczególnie dla dzieci; dla pacyentów bardzo wybrednych w smaku zaleca autor podawanie tiokolu w mieszance, znanej pod nazwą „siroliny“, przetworu, znajdującego się w handlu, a który jest 10% ulepkiem tiokolowym. Przy podawaniu tiokolu nie zauważył autor upośledzenia łaknienia, ani też zaburzeń w przewodzie jelitowym. Zdaniem Sch. można z równie dobrym skutkiem stósować tiokol w przypadkach gruźlicy chirurgicznej, w przypadkach zołzów u dzieci zamiast kreozotu, względnie gwajakolu. Co do sprawy, w jaki sposób możnaby sobie tłómaczyć lecznicze działanie tiokolu, autor nie zdaje sobie jeszcze dokładnej sprawy.

Na zakończenie wspomina jeszcze Sch. o drugiem połączeniu, które wprawdzie stósował w niewielu przypadkach gruźlicy, jednak z wynikami, zachęcającymi do dalszych prób. Przetworem tym jest kreozoto-sulfonian potasowy, czyli t. z. sulfozot, który jest cieczą gęstą, ciemno brunatną, w wodzie łatwo rozpuszczalną. Związek ten łatwo bardzo przyciąga wilgoć z powietrza i z tego powodu do celów leczniczych nie dostaje się w handlu sulfozot, jako taki, lecz w postaci ulepku „Sirupus Sulphozoti“. Ulepek ten woni nie posiada, smak gorzkawo-słodki; żrąco nie działa. Przetwór ten zdaje się nie ustępować w działaniu leczniczem tiokolowi, a miałby nawet jedną dobrą stronę, mianowicie tę, iż jest znacznie tańszym od tiokolu. *Dr. J. L.*

Cohn Marcin Dr. **Utrwalanie i zachowywanie osadu moczowego.** *(Zeitschrift für klininsche Medicin.* XXXIII tom, 1899). Wprawdzie badanie drobnowidowe osadu moczowego świeżego i niebarwionego wystarcza do nabrania rzetelnego pojęcia o schorzeniu narządu moczopłciowego, jednakowoż nie jest bez znaczenia wyszukanie metody utrwalania i barwienia osadu w celach dydaktycznych w wykładzie klinicznym, a nawet dla ściślejszych badań, mianowicie ciałek wypocinowych i wałeczków. Dotychczasowe metody nie wystarczają, mają bowiem pewne niedogodności lub wady.

Utrwalanie preparatów za pomocą ogrzania, jak podał Senator, niszczy tłuszcz, a również powoduje wykrystalizowanie chlorku sodowego na szkiełku. Utrwalenie solami chromowemi podług Bohlanda wymaga czasu kilku tygodni.

Metoda, którą podaje autor, jak sam zaznacza, nie jest w zasadzie nowa, polega bowiem na utrwaleniu za pomocą formaliny, a używali jej już różni badacze do utrwalania osadów. Nowym jest sposób połączenia z tem dwu barwików t. j. sudanu do barwienia tłuszczu, a hematoksyliny do barwienia składników postaciowych, jak ciałek wypocinowych, komórek, wałeczków.

Sposób ten jest następujący:

1. Osad, otrzymany przez centryfugowanie, rozciąga się za pomocą pipetki na szkiełku nakrywkowem, bardzo starannie oczyszczonem. 2. Suszy się wolno w powietrzu, a następnie utrwala przez 10 minut w 10% roztworze formaliny, unikając wstrząsania szkiełkiem, ponieważ przytem może spłynąć część osadu. 3. Przemywszy krótko w wodzie, wkłada się preparat na 10′ do zgęszczonego roztworu sudanu, rozpuszczonego w 70% wyskoku. 4. Opłókać w 70% wyskoku przez $^1/_2$—1′. 5. Podbarwić hematoksyliną (najlepiej hemato-

ksyliną Ehrlichowską) lub koszenilą ałunową. 6. Opłókać w wodzie i w glicerynie (z brzegami szkiełka, otoczonymi lepidłem, aby gliceryna nie wysychała), oglądać pod mikroskopem.

W preparatach widać najdokładniej nawet drobne kropelki tłuszczu w ciałkach i komórkach i po za niemi, — zabarwione na ceglasto-czerwono. Wałeczki woskowe barwią się o wiele silniej, niż wałeczki szkliste. Wałeczki ziarniste odznaczają się ciemnem zabarwieniem fiołkowem, co prawdopodobnie pochodzi ztąd, że na wałeczkach są cząsteczki chromatyny z jąder zniszczonych przybłonków nerkowych lub ciałek białych. Napotkał też autor zajmujące połączenia cylindroidu z wałeczkiem ziarnistym, co przemawia za pochodzeniem cylindroidów, przynajmniej częściowem, z nerek. Tłuszcz wychodzi bardzo wyraźnie zabarwiony czerwono w kropelkach, a także w postaci igiełek, t. j. kryształów kwasów tłuszczowych.

Sposobu tego utrwalania i barwienia można też używać z dobrymi wynikami do osadów z wysięków opłucnowych i otrzewnowych, strąconych przez centryfugowanie.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Coester. **Przyczynek do powstawania chorób układu nerwowego, w szczególności stwardnienia rozsianego, wskutek urazu.** *(Berl. klin. Wochs. 1899, 43).* W r. 1897 wykazał Mendel na 4 przypadkach, że uraz może w następstwie sprowadzać wiąd rdzenia i stwardnienie rozsiane. Podobny przypadek spostrzegał C. — Robotnik, uderzony przy kopaniu dołu bryłą zmarzniętej ziemi, przewrócił się wskutek tego uderzenia i złamał przytem kostkę nogi lewej. W 3 miesiące potem, już po wyleczeniu złamania, skarży się on na szybkie zmęczenie przy chodzeniu. W 9 miesięcy stwierdzono już typowe objawy stwardnienia rozsianego. Przypadek ten jest dlatego zajmujący, że był on przedmiotem kolejnych wielokrotnych orzeczeń lekarskich, sprzecznych między sobą, (wprawdzie nie w sprawie sądowej, lecz w sprawie o ubezpieczenie; podobny przypadek może jednak łatwo nasunąć się i w praktyce sądowo-lekarskiej). C. w orzeczeniu swojem, wbrew zdaniu innych znawców, przyjął związek przyczynowy urazu z chorobą nerwową, ze względu na dobry stan zdrowia aż do chwili urazu i wystąpienie pierwszych objawów choroby wnet po urazie. *Z.*

Dr. Alfred Benckiser. **Guzy, jako przeszkody porodowe.** *(Med.-chir. Centrbltt.* Nr. 41, 1899). Torbiele jajnika i włókniaki należą do tych guzów, które najczęściej stawiają przeszkodę porodową. Guzy jajnika, rozpoznane w ciąży, należy o ile możności wyłuszczać; zabiegi te często są dla ciąży nieszkodliwe, a choćby sprowadziły przerwanie ciąży, to operacyjne to powikłanie dla ciężarnej jest mniej niebezpieczne, aniżeli skręcenie szypuły, uwięźnięcie guza, na jakie ciężarna, dotknięta guzem jajnikowym, jest narażona. Jeżeliby z powodu umiejscowienia guza jajnikowego wyłuszczenie jego w ciąży miało być połączone z wielkiem niebezpieczeństwem krwawienia, to o ile są warunki po temu, można myśleć o wznieceniu przedwczesnego porodu. Postępowanie lecznicze z włókniakami w ciąży jest odmienne, gdyż należy je usuwać drogą operacyjną tylko wtedy, gdy umiejscowieniem swojem stawiają bezwarunkową przeszkodę porodową.

Jeżeli ciężarna, dotknięta guzem, utrudniającym akcyę porodową, zacznie rodzić, to należy w pierwszym rzędzie po uśpieniu jej przekonać się, czy guz da się odprowadzić, lub też nie. Autor spostrzegał 6 przypadków; w połowie z tych guzy dały się podczas porodu odprowadzić, w drugiej nie. W dwóch przypadkach, gdzie udało się guz odprowadzić, poród w dalszym ciągu nastąpił siłami natury, w jednym ukończono poród kleszczami; w przypadkach, gdzie odprowadzenie guza się nie udało, dwa razy robił autor wymóżdżenie, raz cięcie cesarskie z następowem wyjęciem macicy wraz z włókniakiem szyi. Ze wszystkich przypadków stracił autor jedną tylko matkę z powodu posocznicy i dwoje dzieci.

Na podstawie swego doświadczenia zaleca B. przy uwięźniętych guzach próbować odprowadzania tylko w uśpieniu, gdyż bez jego zastosowania guzy uwięźnięte odprowadza się z większym wysiłkiem, co często sprowadza ich pęknięcie. Jeżeli pęknie przy odprowadzaniu skórzak, to zwykle następuje śmiertelne zapalenie otrzewnej (Olshausen). Jeżeli odprowadzenie guza się nie uda, to należy rozstrzygnąć, czy guz jest torbielem, czyli też guzem stałym. Torbiele należy usunąć operacyjnie przez jamę brzuszna, a dalszy poród pozostawić siłom natury. Szypułę guza jajnikowego należy bardzo starannie zaopatrzyć.

Gdy badaniem stwierdzimy, że guz, niedający się odprowadzić, jest stały, wtedy również nie pozostaje inna droga, jak tylko operacyjna i to albo przez pochwę w pierwszym rzędzie, albo też drogą jamy brzusznej i to, o ile możności, należy przy tem postępowaniu utrzymać macicę.

Stan połogowy przy guzach nie daje żadnego przeciwwskazania do zabiegów operacyjnych. *St. D.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 22 listopapa 1899.

Przewodniczący kol. prezes prof. Pieniążek. — Członków obecnych 24.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Doc. Sroczyński przedstawia chorego, demonstrowanego już na jednem z poprzednich posiedzeń. U chorego rozpoznano gruźlicę spojówki, a rozpoznanie potwierdziły wyniki szczepień części wyciętych do oka królika, śwince pod skórę, oraz wynik badania anatomo-patologicznego. Zmiany gruźlicze wycięto, ubytek przypalono galwanokauterem i stosowano następnie maść jodoformową. Spojówka obecnie zmian gruźliczych nie okazuje. Istnieją jednak objawy zapalenia woreczka łzowego i to zapalenie jest prawdopodobnie przyrody gruźliczej.

Kol. Gertler demonstrował cieplarkę własnego pomysłu, mającą służyć do podręcznego użytku i hodowle bakteryj, otrzymane z pomocą tego przyrządu. (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Bujwid w dyskusyi zaznacza, że przyrząd może lekarzom praktycznym oddać znakomite usługi.

Dr. Ksawery Lewkowicz, sekretarz doroczny.

VI. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

XX. Theodor (z Królewca): *Przypadek złośliwej niedokrewności postępowej* (*anaemiae perniciosae progressivae essentialis*), *w wieku dziecięcym*. Po omówieniu rozmaitych postaci niedokrewności zwraca się T. do przypadku przez siebie spostrzeganego, który jest bardzo rzadki w wieku dziecięcym, a prócz tego odznaczał się charakterystycznym, bardzo ciekawym składem krwi. Jedenastoletni chłopak zachorował w jesieni 1898 r. wśród typowych objawów niedokrewności złośliwej, a badanie krwi i dna oka, jako też szybki przebieg choroby, potwierdziły rozpoznanie. Po czterotygodniowem leczeniu nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie krwi: liczba ciałek czerwonych i zawartość hemoglobiny zmniejszone, tylko pojedyncze ciałka okazują większą zawartość hemoglobiny. Wybitna poikilocytoza i megalocyty, polichromatyczne zwyrodnienie ciałek czerwonych, zwiększenie liczby ciałek czerwonych. Jako objawy regeneracyi należy uważać: pojawianie się ciałek czerwonych jądrzastych, erytroblastów w ogromnej ilości, a mianowicie, z początkiem leczenia 2,4%, trzy dni przed śmiercią 0,3%. Wreszcie badał T. w przypadku swoim przemianę erytroblastów w erytrocyty i docho-

dzi do przekonania, podobnie jak Schmaus, Israel, Pappenheim, Bettmann, że przemiana ta powstaje przez zanik jądra śródkomórkowego; nakoniec przyłącza się T. do zdania Pappenheima co do normo- i megaloblastów i twierdzi, że różnica między nimi nie polega na wielkości komórek, lecz leży w kształcie, budowie i zdolności barwienia się jądra. Co do strony klinicznej przypadku, dziwi się T., że autorowie przypisują megaloblastom znaczenie pogorszające rokowanie, albowiem w jego przypadku z pogorszeniem się stanu choroby liczba megaloblastów się zmniejszyła, a liczba normoblastów się powiększyła. Najwybitniejszem zjawiskiem jednak było istotne przeładowanie krwi normoblastami, idące w parze z pogorszeniem stanu choroby.

XXI. Soltmann (z Lipska): *O porażeniu Landryego.* S. przedstawia obraz tego nagle występującego porażenia, które przez zajęcie ośrodków mózgowych sprowadza szybko śmierć, bez pozostawienia zmian anatomicznych w rdzeniu pacierzowym. Po omówieniu rozwoju choroby, zwraca się do stosunku choroby tej do chorób zakaźnych (gruźlicy, grypy, duru, wąglika, beriberi-kake), omawia przypadek, dotyczący dwunastoletniej dziewczyny, którego przebieg był bardzo szybki, gdyż w przeciągu 14-tu dni sprowadził porażenie całego ciała. W przypadku tym brak obciążenia dziedzicznego i poprzedzającej choroby zakaźnej. Odruchy były utrzymane, stwierdzono obrzęki, ślinienie i puchlinę nerkową (hyd onephrosis). Po wcieraniach nastąpiła poprawa, dziecko zaczęło poruszać kończynami; po przerwie wcierań wystąpiło po 14 dniach pogorszenie, mianowicie zauważono objawy opuszkowe obok zupełnego porażenia, dalej objawy ze strony n. błędnego, porażenie przepony, duszność, sinica, chwianie się głowy. Po drugiej seryi wcierań zauważono wybitną poprawę; dziecko przyciąga kończyny dolne, podnosi ramiona, obrzęki ustępują, odruchy powłok brzusznych się pojawiają. Po przerwie trzecia serya wcierań, poczem znowu postępująca poprawa, objawy opuszkowe znikły, ruchy kończyn dolnych i górnych swobodniejsze, głowa się nie chwieje. Odruchy ścięgniste zniesione, obrzęki ustąpiły. Pobudliwość elektryczna znacznie obniżona, częściowy odczyn zwyrodnienia w m. strzałkowym (peroneus), lekkie przykurczenia w stawie łokciowym.

Hochsinger (z Wiednia) przytacza spostrzegany przez siebie przypadek porażenia kończyn dolnych u dziecka $3^1/_2$ lat liczącego, które to porażenie, powstałe w nader ostry sposób, uważa H. za *polyneuritis acuta.* Zupełne wyleczenie nastąpiło po upływie dwóch miesięcy, a leczenie polegało na podawaniu na wewnątrz *Hydrarg. oxydulat. tannic.*

Fritsche (z Lipska) widział u własnego dziecka porażenie wiotkie kończyn i tułowia po przebyciu grypy. Z początku myślano o porażeniu Landryego, później jednak rozpoznano *polyneuritis acuta*, a wyleczenie nastąpiło po systematycznem wcieraniu rtęci.

Rauchfuss (z Petersburga) od 42 lat używał wcierań rtęci w zapaleniu opon mózgowych, w początku *poliomyelitis acuta* i przed wprowadzeniem surowicy także w przebiegu błonicy i dławca i często wynik był bardzo dobry.

XXII. Rille (z Innsbruku): *Creaping disease*, choroba bardzo rzadka, pojawiająca się przeważnie w wieku dziecięcym. (Opis przebiegu klinicznego choroby).

XXIII. Rille: *Dermatitis exfoliativa Rittershain.* Prelegent opisuje przypadek, dotyczący dziecka w 7 dniu życia, które w 12 dniu zmarło.

Fischl spostrzegał w Pradze szereg przypadków, w których źródło zakażenia było to samo. Z początku tworzyły się wiotkie pęcherze, wypełnione płynem surowiczym, a po ich pęknięciu skóra na znacznej przestrzeni się łuszczyła. Zapytuje przeto prelegenta, czy przypadki te zalicza do *dermatitis exfoliativa*, czy do *pemphigus foliaceus.*

Hochsinger zwraca uwagę na zupełną odrębność tego cierpienia, które się rozpoczyna rozległem zaczerwienieniem skóry na miejscach wystających, poczem przyskórek ulega podminowaniu. Z początku pęcherzycę noworodków można odróżnić od *derm. exfoliativa R.*, później jednak odróżnienie jest niemożliwe. Przy rozległem zajęciu skóry rokowanie w obydwu przypadkach jest bardzo złe.

Finkelstein (z Berlina) sądzi, że rozpoznanie różniczkowe jest tem ułatwione, że w przebiegu *derm. exfol.* skóra na rozległej przestrzeni jest podminowana, a za działaniem bodźca mechanicznego następuje zupełne jej oddzielenie, podczas gdy w przebiegu pęcherzycy tworzą się ściśle odgraniczone pęcherze. Dzieci zazwyczaj giną.

Baginsky zwraca uwagę na powstawanie choroby u pewnych grup dzieci. Co do rozpoznania różniczkowego sądzi, że w przebiegu *dermatitis* z początku mogą się wytworzyć pęcherze, a że łuszczenie skóry potem jest szybkie i rozległe. B. widział dwa przypadki wyleczone od czasu, kiedy usunął leczenie cierpienia maściami, a leczy obecnie na sucho i zastósowuje kąpiele garbnikowe.

Soltmann widział dobre skutki po stosowaniu kąpieli z kory dębowej (z dodatkiem *liquor. alum. acet.*); dzieci te jednakowoż ginęły potem skutkiem innego cierpienia.

XXIV. Hecker (z Monachium) przedstawia: *Zbiornik na mocz dla oseskόw obojga płci.* (Wyrabia firma Metzeles i Sp. w Monachium). (Dok. nast.).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie organizacyi lekarzy.

Dzienniki lekarskie wiedeńskie podają w każdym numerze z ostatnich czasów obszerne artykuły o fatalnych warunkach, w jakich znajduje się większość lekarzy praktykujących, proponując zarazem, jako jedyne lekarstwo, zorganizowanie się solidarne w celu obrony swych praw i zabezpieczenia się na tę chwilę, gdy wiek podeszły albo choroba obłożna wytrącą z ręki skalpel lub stetoskop. Lekarze wiedeńscy zabrali się też energicznie do dzieła i w niedalekiej już przyszłości organizacya taka stanie się faktem dokonanym w Wiedniu.

U nas w Galicyi stosunki nie są wcale lepsze, owszem, jak we wszystkiem, tak i pod tym względem, z pewnością gorsze jeszcze, ale za to ospałość większa, a energia mniejsza. Każdy czuje, że źle jest tak, jak jest, ale nie czuje się na siłach, aby los swój choć częściowo poprawić. Czy tylko nie czuje się na siłach? raczej nie chce się nikomu przyłożyć ręki do akcyi, bo to wymaga trochę trudu i pracy. Siłaby się znalazła, ale wtedy tylko, gdyby stanęli wszyscy solidarnie, gdyby odłożyli na bok wzajemne uprzedzenia i zechcieli ofiarować na ołtarzu powszechnego dobra osobiste niechęci.

Podnoszą się coraz liczniejsze głosy, że jedyną racyonalną kuracyą trapiącej nas choroby jest zorganizowanie się wszystkich lekarzy kraju w jeden silny i solidarny zastęp. Bo w czasach, gdzie tak bardzo wzmogła się walka o byt, jedynym ratunkiem wydaje się pójść za przykładem stanu robotniczego, który z coraz lepszym skutkiem wytęża swe siły dla zabezpieczenia sobie niepewnego jutra. Zorganizowani w ten sposób stanęlibyśmy murem przeciw wyzyskowi ze strony różnych instytucyj, przeciw wyzyskowi ze strony publiczności i stworzylibyśmy jednolitą całość, broniącą swych praw. Wtedy wszyscy liczyćby się z nami musieli.

Lecz powie ktoś może, na co tego wszystkiego, mamy przecież Izby lekarskie i Towarzystwa lekarskie. Ale przecież doświadczenie pouczyło nas już chyba dostatecznie, że takie oglądanie się, czy to na Izby, których zakres działania jest ustawą w zbyt ciasne wtłoczony ramy, czy też na Towarzystwa lekarskie, które mają głównie cele naukowe na oku, jest błędnem i wysoce niepraktycznem. Nam przeciwnie trzeba samym o sobie pomyśleć i samym wziąć się do czynu.

Że takie solidarne wystąpienie może złamać wszelki opór i przeszkody, mamy przykład na lekarzach niemieckich, którzy wszędzie tam, gdzie wystąpili jak jeden mąż, uzyskali wszystko, czego żądali. Nietylko więc wywody teoretyczne, ale i praktyka przemawia za potrzebą jakiejś jedności organizacyi.

Organizacya ta musi jednak objąć wszystkich lekarzy galicyjskich, tak w miastach, jak i na prowincyi, a hasłem jej być powinna: solidarność, solidarność i jeszcze raz solidarność. Lecz aby była silną i zdrową, nie obejdzie się też bez przeprowadzenia pewnej sanacyi wśród nas samych, bo tu i ówdzie, właśnie wskutek utrudnionych warunków egzystencyi, wkradły się demoralizujące pierwiastki rozkładu. Sanacya ta musi być bezwzględną, gdyż trafiają się jednostki, które stojąc nawet na wysokim piedestale, a więc nie popchnięte niedostatkiem lub nędzą, chwytają się niemoralnych środków konkurencyjnych. O tem też pamiętać musimy.

Dziś walka jest nad wszelki wyraz trudną, — stanie się ona możliwą i do zwycięztwa wiodącą, gdy stworzymy siłę zbiorową, liczebnie i moralnie potężną. Usuńmy więc na razie wszelkie osobiste żądania, niech będzie przedewszystkiem naszym celem solidarne związanie się w jedną całość, a dopiero tak zorganizowani zdołamy zadość uczynić słusznym postulatom tak jednostek, jak i poszczególnych grup lekarzy.

Ale gdy przyjdzie działać, aby wszystkim bólom naszym zaradzić, czy znajdzie się dość energii i dobrej woli wśród ogółu kolegów? — nie chcę wątpić, ale przyznaję, że się tego obawiam. Pocieszającym wprawdzie objawem jest, że grono lekarzy krakowskich uczyniło już pierwszy krok na tej drodze, że komisya, wybrana z tego grona, zabrała się do opracowania planu organizacyi, mającej objąć wszystkich lekarzy galicyjskich, lecz nie zapominajmy, że najpiękniejszy plan spełznie na niczem, że żelazna nawet energia kilkunastu ludzi rozbije się, gdy nie znajdzie ich głos oddźwięku, a ich praca pomocy u ogółu kolegów. A jeśli tak się stanie, to znów lata całe upłyną, zanim choć o krok postąpimy ku temu celowi, do którego dziś już szybko dążą nasi koledzy wiedeńscy. Nie pozostanie nam wtedy nic innego, jak tylko zazdrościć im solidarności, energii i wytrwałości i nadal łachmanem nędzy okrywać nasze niedowładne członki.

Dr. Langie.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura w miesiącu listopadzie 1899 r.

W miesiącu tym szczepiono ogółem 34 osoby, w liczbie tej 5 pozostałych z miesiąca października i 3 pozostające w leczeniu nadal na miesiąc grudzień 1899.

Wykaz liczbowy tych 34 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Rodzaj pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	1	1
w kończyny górne	4	13	4	21
w kończyny dolne i tułów	7	3	2	12
w ciało nagie	4	11	5	20
przez ubranie	7	5	2	14
liczby ogólne	11	16	7	34

Zwierzęta kąsające były we wszystkich przypadkach psy.

O. Bujwid.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Ciąg dalszy).

Dział III.

Umiejętności chirurgiczne.

A. Sekcya chirurgii ogólnej.

Prezes: Tillaux.
Zastępcy prezesa: Ollier, Labbé.
Sekretarz: Walther (*Boulevard Haussmann, 21, Paris*).

Referaty: 1) Chirurgia trzustki. Referenci: Ceccherelli (*Parma*), Mayo Robson (*Leeds*), Boeckel (*Strasburg*).

2) Radyografia w nauce o złamaniach i zwichnięciach. Referenci: Ashurst (*Filadelfia*), Bergmann (*Berlin*), Maunoury (*Chartres*).

3) Leczenie ran zakażonych. Referenci: Bobrów (*Moskwa*), Bloch (*Kopenhaga*), Lejars (*Paryż*).

4) Połączenia (anastomozy) jelitowe i żołądkowo-jelitowe. Referenci: Roux (*Lozanna*), Kraske (*Freiburg*), Chaput (*Paryż*).

B. Chirurgia wieku dziecięcego.

Prezes: Lannelongue.
Zastępcy prezesa: Kirmisson i Piéchaud.
Sekretarze; Broca (*Paris, r. de l'Universite, 5*), i Villemin (*Paris, r. Notre-Dame-des-Champs, 58*).

Referaty: 1) Leczenie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego:
a) Metoda krwawa. Referent: Hoffa (*Würzburg*).
b) Metoda bezkrwawa. Referent: Lorenz (*Wiedeń*).
c) Sprawozdanie ogólne. Referent: Kirmisson (*Paryż*).

2) Leczenie próchnienia stosu pacierzowego (choroba Potta).
a) Leczenie w okresie początkowym, w czasie tworzenia się garbu. Referent: Subotin (*Petersburg*).
b) Leczenie w okresie wytworzonego garbu. Referent: Bradford (*Boston*).

3) Kliniczne wskazania w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Referenci: Treves (*Londyn*), Roux (*Lozanna*), Jalaguier (*Paryż*).

C. Chirurgia dróg moczowych.

Prezes: Guyon.
Zastępcy prezesa: Albarran i Pousson.
Sekretarz: Desnos *Paris, r. de Rome, 3*).

Referaty: 1) Die conservativen Operationen in Fällen von Nierenverhaltung. (Z powodu niejasności tego tematu, podajemy go po niemiecku, podług oryginału). Referenci: Küster (*Marburg*), Fenger (*Chicago*), Bazy (*Paryż*).

2) O wartości chirurgicznego leczenia zmian gruźliczych w narządach moczowych. Referenci: Saxtorph (*Kopenhaga*), Hogge (*Lüttich*), Pousson (*Bordeaux*).

3) Ostateczne wyniki operacyjnego leczenia przerostu gruczołu krokowego. Referenci: White (*Filadelfia*), Frisch (*Wiedeń*), Legueu (*Paryż*).

4) Ostateczne wyniki krwawych zabiegów operacyjnych w leczeniu zwężenia cewki moczowej. Referenci: Harrison (*Londyn*), Mariachess (*Odesa*), Albarran (*Paryż*).

D. Sekcya okulistyczna.

Prezes: Panas.
Zastępcy prezesa: Javal i Gayet.
Sekretarz główny Parent: (*Av. de l' Opera 26*).
Sekretarze: Chevalereau i Rochon-Duvignaud.

Referaty: 1) O zakaźnem i wiądowem (tabetycznem) zapaleniu nerwu wzrokowego. Referenci: Bellarminow (*Petersburg*), Nuel (*Liège*), Uhthoff (*Wrocław*).

2) O ośrodkowym korowym ośrodku widzenia. Referenci: Bernheimer (*Wiedeń*), Angelucci (*Palermo*), Henschen (*Upsala*).

3) Porównawcza wartość wyłuszczenia gałki ocznej z metodami zastępczemi tej operacyi. Referenci: Pflüger (*Bern*), Snellen (*Utrecht*), Swanzy (*Dublin*), Schweinitz (*Filadelfia*).

E. Sekcya laryngologii i rynologii.

Prezes: Gougenheim.
Sekretarz; Lermoyez (*Paris, r. la Boëtie, 20 bis*).

Referaty: 1) Patogeneza i leczenie ropnego zapalenia kości sitowej. Referenci: Bosworth (*New-York*), Hajek (*Wiedeń*).

2) O naczynioskurczowem zapaleniu bł. śluz. nosa i jego następstwach. Referenci: Jacobson (*Petersburg*), Masini (*Genua*).

3) O bezwęchu i jego leczeniu. Referenci: Onodi (*Peszt*), Heymann (*Berlin*)

4) Wskazania i technika tyrotomii. Referenci: Semon (*Londyn*), Schmiegelow (*Kopenhaga*), Goris (*Bruksela*).

5) O węzłowatem (*nodularis*) zapaleniu strun głosowych. Referenci: Krause (*Berlin*), Capart (*Bruksela*), Chiari (*Wiedeń*).

6) Rozpoznanie raka krtani. Referenci: Fraenkel (*Berlin*), Schmidt (*Frankfurt n. M.*).

F. Sekcya chorób usznych.

Prezes: Gellé.
Sekretarz: Castex (*Paris, Avenue de Messine. 30*).

Referaty: 1) Leczenie chirurgiczne twardzielowego zapalenia ucha. Referenci: Siebermann (*Bazylea*), Botey (*Barcelona*).

2) O ropnicy pochodzenia usznego. Referenci: Dundas Grant (*Londyn*), Brieger (*Wrocław*).

3) Przyczyny i leczenie zawrotu głowy Menierowskiego. Referenci: Stein (*Moskwa*), Moll (*Arnheim*), Pritchard (*Londyn*).

4) Ćwiczenia słuchowe u głuchych. Referenci: Urbantschitsch (*Wiedeń*), Rohrer (*Zurych*).

5) Zapalenie błędnika zakaźne. Referent: Gradenigo (*Turyn*).

6) Projekt do ujednostajnienia oznaczania siły słuchu. Referenci: Hartmann (*Berlin*), Schiffers (*Lüttich*).

G. Sekcya chorób jamy ustnej.

Prezes: Pickiewicz.

Sekretarz: Ferrier *(Paris, r. Boissy-d'Anglas, 37)*.

Referaty proponowane: 1) Leczenie nieprawidłowego usadowienia i kierunku zębów.

2) O bezpośredniej protezie w chirurgii twarzy.

3) O wpływie chorób jamy ustnej i zębów na inne narządy.

4) O wartości leczniczej środków przeciwzakaźnych w leczeniu spróchniałych zębów.

5) O leczeniu ropotoku zębodołowego. (Dok. nast.).

VIII. Wiadomości bieżące.

† FRANCISZEK HOSZARD

doktór medycyny, wieloletni poseł na Sejm krajowy i do Rady państwa, członek Wydziału krajowego, zmarł dziś we Lwowie, w 77 roku życia.

Śp. Franciszek Hoszard urodził się w Wiedniu, szkoły gimnazyalne odbył w Bochni, uczęszczał na Wydział filozoficzny we Lwowie, a na lekarski — w Wiedniu. Dyplom doktora medycyny otrzymał w Krakowie r. 1849. Wybrany posłem na konstytucyjny Sejm rakuski w r. 1846, był wraz ze śp. F. Smolką kierownikiem ruchu ówczesnego w Austryi. W r. 1850 osiadł, jako lekarz praktykujący w Bochni, gdzie zjednał sobie szerokie wzięcie. W r. 1867 wybrany został z bocheńskiego posłem na Sejm krajowy, a od tego czasu pięciokrotnie był wybierany na posła do Sejmu, a dwukrotnie do Rady państwa. W r. 1877 powołany został na członka Wydziału krajowego i godność tę sprawował do śmierci, tj. 23 lat na 32 lat posłowania.

Był wzorem ludzi połowy kończącego się wieku, duszą i ciałem oddany sprawom społecznym; dwukrotnem więzieniem w roku 1846 i 1864 dał świadectwo wierności wzniosłym swym zasadom i ideałom. Stojąc w Wydziale krajowym na czele Departamentu zdrowia w ciągu lat 23, wziął udział we wszystkich przeobrażeniach szpitalnictwa krajowego, jako niestrudzony urzędnik i sumienny zwierzchnik.

Cześć pamięci zasłużonego w narodzie męża.

Kraków, dnia 14 grudnia.

* Dnia 6 b. m. odbyło Towarzystwo lek. krakowskie posiedzenie zwyczajne, na którem, oprócz zapowiedzianych przez koll. Baurowicza i Ciechanowskiego demonstracyj, kol. dr Sternbach przedstawił chorego z rzadkiem cierpieniem z oddziału kol. prof. Zarewicza.

* Wydział krajowy uchwalił przedłożyć Sejmowi na najbliższej sesyi wniosek, zmierzający do utworzenia w roku 1900 ośm dalszych okręgów sanitarnych, a mianowicie: w Chorostkowie (pow. husiatyński), w Chocimierzu (pow. tłumacki), w Majdanie (pow. kolbuszowski), w Osieku (pow. bialski), w Ryglicach (pow. tarnowski), w Łyścu (pow. bohorodczański), w Rajtarowicach (pow. samborski), w Lipnicy Murowanej (pow. bocheński).

W takim razie pozostanie tylko 9 powiatów, w których okręgowa służba zdrowia nie jest jeszcze zaprowadzona, a mianowicie — w powiatach: brzozowskim, dąbrowskim, gorlickim, kamioneckim, krośnieńskim, limanowskim, mieleckim, nowo-sądeckim i pilzneńskim.

* Parlamentarne Koło polskie w Wiedniu zamierza, na wniosek posła Piepesa-Poratyńskiego, poruszyć w Izbie sprawę rewizyi ustaw i rozporządzeń, dotyczących aptekarstwa i wezwać rząd do przedłożenia Izbie ustawy, regulującej stosunki zawodu aptekarskiego i studyów farmaceutycznych.

Dodajmy, że wiele zarządzeń w aptekarstwie polega na rozporządzeniach jeszcze z wieku przeszłego; tymczasem zadanie zawodu aptekarskiego przeobraziło się gruntownie, zwłaszcza w ostatnich czasach i natarczywie domaga się reformy prawodawczej i pedagogicznej.

* Dnia 2 b. m. odbyło się posiedzenie Komitetu centralnego organizacyi lekarzy wiedeńskich w celu samoobrony. Przyjęto szkic statutu organizacyjnego, a dodać należy, że przyjęto go jednogłośnie. Organizacya ma nosić nazwę »Związku ekonomicznego lekarzy wiedeńskich«, a celem tego związku będzie obrona i przestrzeganie ekonomicznych interesów lekarzy, z wykluczeniem wszystkich innych względów.

Ci ludzie widocznie wiedzą, czego chcą i do czego dążą.

* Na konkurs, rozpisany przez berliński Kongres przeciwgruźliczy, a dotyczący najlepszej pracy »O gruźlicy, jako chorobie społecznej«, nadesłano 77 rozpraw.

* Okręt »Berenice«, który przed paru tygodniami miał na swym pokładzie 4 chorych na mor, zawinął do Tryestu. Posiada on w swoim magazynie ładunek kawy, wartości 2 milionów złr. Władze sanitarne mają zarządzić poszukiwanie za szczurami, i jeśliby stwierdzono, że szczury z tego okrętu są zakażone morem, cały ładunek kawy ma uledz zniszczeniu.

Czy samo prażenie kawy do użytku nie wystarczyłoby w tym przypadku do zabicia zarazka moru?

* Austryackie ministeryum spraw wewnętrznych rozciąga kontrolę nad sacharyną, mianowicie ma porównać ilość tego przetworu, wprowadzoną do państwa, z ilością wyekspedyowaną przez apteki w pewnym okresie czasu.

Zapewne chodzi tu o wykazanie, o ile sacharyna jest zakupywaną w aptekach przez zakłady do celów spożywczych.

* Ministrowie spraw wewn., finansów i handlu zakazali wprowadzania do granic państwa austryackiego środków, zapobiegających zastąpieniu tak zw. »Occlusivpessar«.

(O. B.). Okolice Paryża coraz więcej cierpią wskutek wpuszczania cieczy kanałów do rzek. W departamencie Seine-et-Oise wszystkie studnie zostały zanieczyszczone z powodu rozlewania po polach nieczystości kloacznych tak, że pod naciskiem uzasadnionych skarg mieszkańców, zmuszony został urząd gminny do dostarczania beczkami czystej wody do picia. Sprawa wydalania i usuwania nieczystości miejskich staje się coraz naglejszą, ale zarazem i coraz trudniejszą do uregulowania. *(Nature*, Nr. 1384).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Poppi mianowany został zwycz. prof. chirurgii w Bolonii. Dr. Demoor — zwyczajnym prof. fizyologii w Brukseli. Dr. Terries — prof. chirurg. kliniki w Paryżu. Dr. Wertheim Salomonson — mianowany został nadzwyczajnym profesorem neuropatologii w Amsterdamie. Prof. kijow. Uniw.. dr. Rein — mianowany został prof. położnictwa i ginekologii w wojenno-lekar. Akademii w Petersburgu.

Nekrologia. Doc. dr. Jan Mitwalský, b. redaktor »Časopisu lék. českých;« znany i ceniony autor, zmarł w 38 r. życia w Pradze. Dr. Modest Humiecki, b. burmistrz m. Krosna. zmarł w 58 roku życia. W Bonn zmarł dr. Krukenberg, profesor chorób kobiecych.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 12: Dra Kramsztyka Z.: W sprawie bytu lekarzy. — Z pamiętników prof. Szokalskiego (c. d.). Oceny: Dra Peszke J.: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. Dra Flauma M.: Dwa odczyty kliniczne. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Dra Bitnego-Szlachty: Sprawdzenie stosunku energii termicznej do anabiozy. Dra Abramowicza M.: Leczenie alkoholizmu przewlekłego zapomocą hipnotyzmu. Dra Męczkowskiego W.: O zapaleniu nerwów obwodowych w następstwie otrucia tlenkiem węgla (dokończ.). W *Medycynie* Nr. 48: Dra Kopczyńskiego St.: Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu, oraz słów kilka o tak zw. *pseudoparalysis luetica*. Dra Wesołowskiego W.: Przyczynek do anatomii patologicznej *xerodermatis pigmentosi* (dok.). Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 20 grudnia, o godzinie 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się wybory funkcyonaryuszów Towarzystwa na r. 1900.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XII.

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

w Poznaniu.

Z dniem 1 Stycznia 1900 r. wychodzić będą „Nowiny lekarskie“ z rozszerzonym składem komitetu redakcyjnego (z Krakowa, Lwowa, Poznania, Warszawy i Wilna) jako **dwutygodnik** i to 1 i 15 każdego miesiąca. Zmianę tę uchwaliła Redakcya w przekonaniu, że „Nowiny lekarskie“ jako pismo dwutygodniowe mogą wcześniej informować Szanownych Czytelników o całości naukowego ruchu lekarskiego i tem samem odpowiedzą więcej zadaniu pisma lekarskiego, przeznaczonego przeważnie dla lekarzy praktykujących.

Warunki przedpłaty pozostaną te same, jak dotychczas t. j. rocznie wynosić będzie przedpłata w Niemczech 12 marek, w Król. Polskiem i Rosyi 6 rs., w Austryi 7 złr., we Francyi 15 franków. Główny debit księgarski na Austryą objęła **księgarnia Krzyżanowskiego w Krakowie.** Upraszamy o wczesne odnowienie prenumeraty na rok przyszły.

Drukarnia K. Skrzetuskiego w Poznaniu

Rok XXXVIII. Kraków, 23 Grudnia 1899. Nr. 51.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w Paryżu p. Adam 38, rue de Varenne 38, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 189 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 40 halerzy.

Przedpłata wynosi:

w Austryi . . .	rocznie 20 koron,	półrocz. 10 kor.,	kwart. 5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	„ 7 rubli.	„ 3·50 rsr.,	„ 1·75 rsr.
w Niemczech . . .	„ 16 marek,	„ 8 marek,	„ 4 marki.
we Francyi . . .	„ 30 frank.,	„ 15 frank.,	„ 7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą mieć i ile odbitek.

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 23 Grudnia 1899. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra. A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Leczenie liszaja żrącego metodą Unny.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz

sekundaryusz oddziału.

Z całego dużego arsenału środków i metod, używanych dla leczenia liszaja żrącego, wybraćby można zaledwie kilka, które w części odpowiadają swemu zadaniu. To szukanie coraz nowych metod leczenia jest dowodem, że mimo ich obfitości wszystkie zawodzą, — bo wprawdzie niektóre mają bardzo wybitne zalety, ale dają się użyć w pewnych przypadkach lub na pewnych miejscach, a nie posiadamy dotąd tak pewnego środka lub metody, któraby, usuwając doszczętnie zmiany chorobowe, nawrót choroby wykluczała.

Największe nadzieje rokowały metody wprowadzone przez chirurgów do dermatologii: łyżeczkowanie, przypalanie żegadłem Paquelina i wycięcie liszajem zajętych części z przeszczepianiem skóry (Lang). Z tych trzech wymienionych sposobów ostatni daje największą rękojmię, że usunięto doszczętnie tkankę chorobową, przyczem nie można pominąć tej zalety, że skraca czas leczenia. Z ujemnych zaś stron zaznaczyć muszę, że często obszar zajętej części, jak i jej umiejscowienie, czyni niemożebnem stósowanie tej metody, że trudno mieć pewność usunięcia w całości chorobą zajętych części, szczególnie co do obszaru, gdyż liszaj żrący, obok nacieków i guzków widocznych, często zlanych ze sobą, istnieje prawie zawsze w postaci zaledwo widocznych ognisk, zajmujących nie rzadko dużą przestrzeń skóry w obwodzie głównego ogniska. Gdyby się więc chciało usunąć tym sposobem te odosobnione, na stosunkowo dużej przestrzeni rozsiane guzki, wielkość zabiegu nie odpowiadałaby nasileniu choroby. Ten ostatni czynnik jest przyczyną, że mimo wycięcia widocznych zmian, nawrotu choroby wykluczyć nie możemy. Doświadczenie moje, nabyte w przypadkach, leczonych tym sposobem, pouczyło mnie aż nadto dobrze, że najlepsze nadzieje zawiodły, bo nawroty bywały zawsze, rzadziej na miejscach po wycięciu zmian, częściej w obwodzie dawniej chorobą zajętej części, — coby dowodziło pozostawienia drobnych ognisk. Ze względu także na umiejscowienie różnego rodzaju, szczególnie na częstość liszaja żrącego na błonach śluzowych ust i nosa, wreszcie na nierzadką rozległość zmian lub rozpołożenie małych ognisk, ale na dużej przestrzeni skóry, — metoda Langa może mieć tylko ograniczone zastósowanie. To umiejscowienie jest także często przyczyną zeszpecenia i po innych zabiegach chirurga; — takie miejsca twarzy, jak skrzydełka lub koniec nosa, wargi ust, uszy, powieki, — miejsca tak często liszajem zajęte, — sztucznie dorabiane ręką chirurgów, podobają się najczęściej tylko im samym, rzadko chorym, a już najmniej otoczeniu.

Leczenie tuberkuliną Kocha, tak roku 1890, jak i w r. 1897, zawiodło zupełnie; pozostała tylko ta ważna nauka, że w leczeniu odróżnić należy działanie na tkankę liszajową, od działania na prątki gruźlicze.

Metody, posługujące się światłem, jak dotychczas rokują wielkie nadzieje. Nie mam w tym kierunku doświadczenia, nie zdaje mi się jednak, aby zdołały one zaspokoić w zupełności nasze oczekiwanie. Kosztowne i złożone przyrządy, długość czasu leczenia i działanie uboczne światła, utrudniają leczenie, a działanie promieni na głębsze warstwy skóry i na drobnoustroje nie jest dotychczas udowodnione.

To też kiedy podczas pobytu mego w Hamburgu widziałem przypadki liszaja żrącego, leczone metodą Unny [1]), w których po kilku (4—5) latach nawrotu choroby nie było, nabrałem do niej zaufania i zapoznawszy się z nią w szczegółach, rozpocząłem doświadczenia na chorych, leczonych w szpitalu św. Łazarza, których mi szef oddziału Prof. Zarewicz odstąpić raczył. Za tę uprzejmość, jakoteż wytrawne rady w przebiegu leczenia, składam Mu serdeczne podziękowanie.

Unna opiera się w swej metodzie na twierdzeniu bardzo rozumnem i prawdziwem: doszczętne wyleczenie liszaja żrącego bez usunięcia prątków gruźliczych jest niemożliwem. Tem tłomaczyć należy, że tuberkulina, działająca na tkankę liszaja żrącego, a nie na prątki gruźlicze, wywołuje wprawdzie znaczne bardzo polepszenie, po którem jednak nawroty rychło występują.

Za zasadę przeto postawić należy połączenie środka żrącego z lekiem, działającym zabójczo na drobnoustroje. Ze środków żrących zaś wybrać należy takie, które działają mniej na zdrową skórę, a znacznie wybitniej na tkanki chorobą zajęte. Dlatego odrzuca Unna takie środki, jak kwas azotowy, octowy, mlekowy, podobnie działające nieco wybiórczo: arszenik i pyrogalol, a podnosi przedewszystkiem nadzwyczaj dokładne wybiórcze działanie kwasu salicylowego, posiadającego tę ogólną wadę wszystkich środków żrących, że sprawia ból przy stósowaniu, który złagodzić się daje dodaniem kreozotu.

Jako leki przeciwgnilne wymienić należy przedewszystkiem zawierające chlor, jak sublimat, chlorek cynkowy i chlorek antymonowy. Z powyższych, za najdogodniejszy

[1]) Przedstawiane na posiedzeniu Towarz. lekarsk. w Hamburgu w dniu 21 lutego 1899 r.

i najsilniej działający, uważa Unna ostatni i używa go w roztworze znanym w farmakopei, jako *liquor stibii chlorati*.

Oto jest rozbiór powstania maści Unny, którą nazywa dla jej zielonego zabarwienia, powstałego przez dodanie *extr. cannabis indicae*, „grüne Lupussalbe“. Skład jej brzmi:

Rp. Ac. salicyl.
Liquor stibii chlor aa 2,0,
Kreosoti,
Extr. Cannab. ind. aa 4,0,
Adip. lanae 8,0.

Maść tę rozciera się w cienkiej warstwie na miejsca zajęte liszajem i przykrywa się plastrem obojętnym (cynkowym lub cynkowo-ichtyolowym), lub ceratką pozostawiając ten opatrunek na 24—48 godzin. Bolesność, występująca pod działaniem tej maści, trwa rozmaicie długo zależnie od osobnika. Po zdjęciu jej widać miejsca zajęte liszajem pokryte na powierzchni masą zgorzelinową, miejsca zdrowe tylko zaczerwienione lub pozbawione powierzchownych warstw przyskórka. Po paru dniach rany oczyszczają się, wreszcie pokrywają się przyskórkiem. Jednorazowe takie przyżeganie tą maścią jest jednak bardzo powierzchowne, — aby skutek był głębszy, powtarzać należy przykładanie czas dłuższy, co też zwyczajnie jest koniecznem.

Są przypadki liszaja żrącego, w których tylko przykładanie zielonej maści, bez użycia jakiegokolwiek innego środka, zmiany zupełnie usuwa; — stosować ją trzeba wtedy czas dłuższy, a nie ma właściwie stanowczego kryteryum, kiedy przykładania maści zaprzestać. Przytem zauważyłem, że rzadko zdarza się, iżby chorzy wytrzymywali stósowanie maści codzienne, gdyż skarżą się wtedy na znaczny ból, szczególnie gdy maść działa na większej przestrzeni. Dlatego postępuję w tym razie w ten sposób, że po zdjęciu maści (po 48 godz.), przykładam jakąś maść obojętną, np. borową, cynkową lub ichtyolową na dzień lub dwa, a po przerwie stosuję znowu maść zieloną — i postępuję w ten sposób tak długo, aż kontrolując rany w czasie oczyszczania, stwierdzę, że ziarnina jest zdrowa, a nie obrzękła: sinawa, cechująca gruźlicę. Czerwoność i jędrność ziarniny daje mi do pewnego stopnia wskazówkę, że nie mam do czynienia z tkanką liszajową, a z ziarniną zdrową, skłonną do pokrywania się przyskórkiem.

Przypadki jednak, w których wyleczenie następuje jedynie pod działaniem maści zielonej, są rzadkie — o wiele częściej stosowanie jej usuwa zmiany rozlane, powierzchowne, stanowi więc początek, niejako pierwszy akt leczenia.

To też Unna nie poprzestaje na stósowaniu tej jednej maści. (Dok. nast.).

II. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

V. Sprawa Färberów.

(Ciąg dalszy).

Wobec zasadniczych sprzeczności, zachodzących między orzeczeniem pierwszych a drugich obducentów, zażądał sąd obwodowy w Nowym Sączu opinii Wydziału lekarskiego, przesyłając odnośne akta śledcze, oraz lica, t. j. trzaskę, worek i kamień. Wydział lekarski, rozpatrzywszy się w przesłanych aktach, zażądał od sądu przed wydaniem swego orzeczenia następujących wyjaśnień:

1) Znawcy nowotarscy raczą wyjaśnić, co rozumieli pod wyrażeniem się w protokole sekcyi „na szyi osiem... sinych znaków“, t. j. raczą wyjaśnić, czy przez słowo „znaki“ rozumieli otarcie przyskórka, zadrapania lub coś innego?

2) Ciż sami znawcy wyjaśnią punkt 6 tegoż protokołu, a to mianowicie, na której bocznej części moszen, prawej czy lewej, stwierdzili sino-czerwone zabarwienie, dalej, czy nie starali się nacięciem przekonać o przyczynie tego zabarwienia (czy to podbiegnięcie, czy coś innego?)

3) Jak się zachowało podniebienie miękie i tylna ściana gardła u ś. p. Chudoby, t. j. czy nie okazywały obrażeń lub innych jakich zmian; czy znawcy nie doszli w ciągu sekcyi przynajmniej do przypuszczenia źródła krwotoku, któremu denat uległ przed śmiercią?

4) W jakim czasie przed wypadkiem śmierci ś. p. Chudoby zacięła sobie palec Helena Färber i czy to zacięcie było stwierdzone dowodnie?

5) Czy ś. p. Chudoba nosił zarost na brodzie i jaki, czy bujny i długi?

6) Czy denat, zmierzając od browaru Färberów ku swemu domowi, musiał iść drogą, wiodącą ku zabudowaniom dworskim w Szaflarach, zatem drogą, na której znaleziono ślady krwawe i wreszcie zwłoki denata?

Pytanie czwarte i szóste wyniknęło z niewystarczających wyjaśnień śledczych. I tak bowiem] powstanie śladu, wrzekomo krwawego, znalezionego na słupie oddrzwi browaru, tłómaczyli Färberowie to zwalaniem słupa krwią koguta, którego miał zabić Salomon w dniu znalezienia zwłok, to znów zawalaniem go krwią ze zranionego palca Heleny Färber. Tymczasem okazało się, że zabijany kogut kończył swe życie i dlatego go Salomon dobił, przyczem kogut nie krwawił już, oraz, że Helena Färber miała w sierpniu 1897 roku mieć bolączkę na palcu (zdaje się zastrzał), a nie ranę. Pytanie szóste wyjaśnił sąd o tyle, o ile stwierdził, iż zwłoki ś. p. Chudoby znaleziono na drodze między browarem a stroną, w której ś. p. Chudoba mieszkał. Na piąte pytanie odpowiedział sąd, iż ś. p. Chudoba nie nosił żadnego zarostu na twarzy. Na trzy zaś pierwsze pytania odpowiedzieli rzeczoznawcy nowotarscy w dniu 5 listopada 1897 roku, jak następuje:

ad 1) Przez wyrażenie, zamieszczone w protokole sekcyi naszej L. 4 »na szyi itd. 8 drobnych obok siebie położonych, nieregularnych, półksiężycowatych, sino zabarwionych znaków«, rozumieliśmy otarcia przyskórka (excoriationes), tamże znalezione. Otarcia te znajdowały się w miejscu niepokrytem włosem, względnie zarostem.

ad 2) W ustępie 6 protokółu umieszczono przez pomyłkę przy pisaniu »bocznej« zamiast »bocznych«. Sinoczerwone bowiem zabarwienie skóry worka mosznowego znajdowało się na powierzchni przedniej, przechodząc na boczne przednie powierzchnie równomiernie po obydwu stronach, oraz wzdłuż szwu (*raphe*) na dolną powierzchnię członka. Powierzchnia tylna i dolna worka niczem się nie różniły od zabarwienia skóry w najbliższem sąsiedztwie, t. j. na udach i międzykroczu. Skóra worka mosznowego była gładka i cienka. Otarć przyskórka nie zauważono. Miejsca nacięcia skóry na powierzchni przedniej worka były przesiąknięte krwią, podbiegnięć jednak krwawych w tkance podskórnej, ani też w częściach głębszych, jak koło jąder, przyjądrzy i sznurków nasiennych nie zauważono.

Przy tej sposobności podnosimy z naciskiem, że zwłoki były bardzo dobrze utrzymane, że jeszcze nie okazywały wyraźnych oznak

gnicia, że np. zabarwienie skóry na brzuchu niczem się nie różniło od zabarwienia na klatce piersiowej. Tak samo twarz nie okazywała ani sinicy, ani nabrzmienia. Nie było też różnicy w zabarwieniu między prawą a lewą ich częścią, zkąd też opisane w oględzinach zewnętrznych ślady uszkodzeń pod 4, 3 i 5, a zwłaszcza zaś pod 3 i 5, wpadały z łatwością w oko, nie wzbudzając żadnych wątpliwości co do czasu swego pochodzenia, tem bardziej, że po nacięciu okazywały wybitne podbiegnięcie krwawe w tkance podskórnej, w postaci ciemnoczarnej mazistej krwi. W miejscu np. największego, znalezionego na zwłokach sińca, a mianowicie nad kością czołową prawą w jej części tylnej szczytowej, podbiegnięcie krwawe, znacznie większe od samego sińca, widocznem było także na wewnętrznej stronie powłok miękkich czaszki, a zabarwieniem swem ciemnem odbijało od okolicy blado czerwonawej. Na wymienionych powyżej szczegółach się opierając, możemy stanowczo twierdzić, że opisane ślady obrażeń powstały za życia. Jedynie zachodzić może wątpliwość co do czasu powstania zmian, opisanych pod 6.

Zabarwienie sine, ograniczone tylko do powierzchni przedniej i bocznych, różniące się znacznie od zabarwienia części sąsiednich skóry worka mosznowego, mimo że partye jego dolne oraz tylne, przedstawiające daleko pomyślniejsze warunki do przekrwienia opadowego, nie okazywały podobnego zabarwienia, przemawiałoby za powstaniem za życia. Przeciw temu jednak twierdzeniu przemawiałby jedynie brak podbiegnięć w tkance podskórnej. Nadmieniamy przytem, że zwłoki, zanim przystąpiono do sekcyi, leżały daleko dłuższy czas na grzbiecie, niż na boku, a wcale nie miały leżeć na brzuchu.

ad 3) Na podniebieniu miękiem, łukach podniebiennych, ani też na tylnej ścianie gardła nie zauważyliśmy ani śladów obrażenia, ani zmian chorobowych. Jakkolwiek przystępując do autopsyi nie mieliśmy wiadomości o znalezieniu znaczniejszej ilości krwi przy zwłokach denata, to mimo to, napotkawszy ślady krwi koło jamy ustnej, oraz w narządach wewnętrznych, śledziliśmy za źródłem jej pochodzenia, jednakowoż nie udało się nam odkryć ani otwartego naczynia krwionośnego, ani przerwy w tkankach. Nadmieniamy przy tem, że koło jamy ustnej znaleziono tylko ślady krwi, język, mianowicie koniec jego, okryty był cienką warstwą zeschłej krwi. W krtani, tchawicy i oskrzelach znaleziona krew zmięszana ze śluzem, pokrywała błonę śluzową, luźnie, cienką, ciągnącą się warstwą. Nigdzie zaś nie napotkano ani skrzepów krwi, ani też krwi w takiej ilości, by zamykała światło oskrzeli, nawet drobniejszych. (Robiono nożyczkami liczne nacięcia oskrzeli, począwszy od najgrubszych wzdłuż ich rozgałęzień w obydwóch płucach). W żołądku napotkano miazgę pokarmową w ilości około 4 łyżek, krwawo zabarwioną, lecz ani na błonie śluzowej żołądka, ani też w przełyku nie zauważono nigdzie nadżerek, ani ubytków czy to chorobowych, czy sztucznych. Robiąc sekcyę, przypuszczaliśmy, że krew znaleziona pochodziła z tylnych otworów nosowych, a krwawienie to za spowodowane urazem zewnętrznym, za czem przemawiały ślady obrażeń na głowie, twarzy i nosie. Krew, spływając z otworów nosowych po tylnej ścianie gardła, dostawała się do żołądka, zaś do płuc dostawała się prawdopodobnie w czasie konania denata. Podanie o znalezionych kałużach krwi (Nd 48) uważamy co najmniej za przesadzone. Przeciw bowiem tak znacznej utracie krwi, aby ta aż »kałuże« tworzyła, przemawia ilość krwi, znalezionej w narządach wewnętrznych, z których niektóre, jak mózg, krtań i tchawica, płuca były silnie przekrwione, inne zaś nie były wcale bladymi i niedokrewnymi. Co się tyczy roli, jaką krwotok w niniejszym przypadku odegrał, to przedewszystkiem wykluczamy, na podstawie powyżej przywiedzionych okoliczności, śmierć z zakrwawienia. By zaś krwotok tego rodzaju, pochodzący ze źródła przez nas przypuszczanego, mógł spowodować śmierć z uduszenia, wydaje się nam rzeczą wprawdzie możliwą, lecz w takim razie osobnik ten musiałby się znajdować w szczególnych warunkach. Aby u człowieka dorosłego, cieszącego się względnie dobrem zdrowiem, krew, pochodząca z tego źródła, mogła dostać się do płuc bez możności wydalenia jej na zewnątrz, to musiałoby to nastąpić albo w czasie silnego omdlenia, konania, względnie wywołanego porażenia, a zatem musianoby ten okres najpierw sprawdzić albo też, gdyby zachodziła jakaś mechaniczna przeszkoda, czy to w postaci ucisku na drogi oddechowe, czy też przez zatkanie jamy ustnej i otworów nosowych. W przypadkach tych krew bez trudności mogłaby się dostać do dróg oddechowych dolnych bez możności wydalenia jej na zewnątrz, następstwem czego musiałoby nastąpić uduszenie. A zatem, w każdym z tych przypadków musiałyby działać czynniki zewnętrzne w postaci gwałtu. W uwzględnieniu tedy wszystkich okoliczności, opierając się na znalezieniu na zwłokach śladów obrażeń powstałych niewątpliwie za życia, oraz na stwierdzeniu płynności krwi, przekrwienia mózgu, krtani, tchawicy i płuc, po wykluczeniu innej przyczyny śmierci, oświadczyliśmy się za śmiercią gwałtowną z uduszenia, przy czem i obecnie obstajemy.

Na podstawie powyższego materyału wydał Wydział lekarski następujące

I. Orzeczenie Wydziału lekarskiego:

1) Obecność w ustroju ś. p. Chudoby krwi ciemnej i płynnej dowodzi, iż tenże zmarł śmiercią nagłą.

2) Z uwagi, że narządy wewnętrzne denata nie były bladymi i niedokrewnymi, lecz przeciwnie, że nawet niektóre z nich, jak mózg, płuca i nerki były przekrwione, że plamy pośmiertne były nader wyraźne, rozległe i ciemnofioletowo zabarwione, — można z całą stanowczością wykluczyć utratę krwi, jako przyczynę nagłej śmierci ś. p. Chudoby.

3) Jakkolwiek ś. p. Chudoba nie zmarł wskutek skrwawienia się, t. j. utraty bardzo znacznej ilości krwi, mimo to jednak dość liczne ślady krwawe, znalezione w pobliżu jego zwłok, oraz wynik pierwszej sekcyi, przemawiają za tem, iż najprawdopodobniej doznał on krwotoku na krótki czas przed śmiercią.

4) Źródłem tego krwotoku nie były obrażenia cielesne, jakie na ciele denata znaleziono, nie były niem także i płuca, gdyż tak pierwsza, jak i druga sekcya nie wykazały w nich zmian takich, które zwykle sprowadzają krwotok. Również wykluczają obie sekcye przypuszczenie pęknięcia jednego z wielkich naczyń krwionośnych, jako źródło krwotoku, a to, ponieważ nader dokładne badanie tych naczyń, zwłaszcza przy drugiej sekcyi, wykazało dowodnie prawidłowy ich stan. Wreszcie nie wykazała sekcya ani w przełyku, ani w żołądku zmian chorobowych, które bywają przyczyną krwotoków; zresztą, przeciw przypuszczeniu, jakoby przełyk lub żołądek były źródłem tego krwotoku, przemawia także zupełny brak wynaczynionej krwi w jelitach i bardzo nieznaczna domieszka krwi w skąpej treści żołądka. Gdy zatem ani na powierzchni ciała, ani w płucach lub wielkich naczyniach krwionośnych, ani wreszcie w przełyku i żołądku nie stwierdzono przyczyny krwotoku, to okazuje się wielce do prawdy zbliżonem przypuszczenie, iż krwotok, jakiego najprawdopodobniej doznał ś. p. Chudoba na schyłku życia, pochodził z błony śluzowej nosa.

5) Wydział lekarski nie jest w możności podać przyczyny tego krwotoku; mógł on bowiem wystąpić albo samoistnie, albo też wskutek urazu, zadanego denatowi w okolicę nosa, za którego przypuszczeniem przemawiałyby liczne obrażenia, znalezione w powłokach czoła, twarzy i nosa.

6) Krwotok wyżej wspomniany nie stał się przyczyną śmierci ś. p. Chudoby przez zatkanie jego dróg oddechowych, zatem przez zaduszenie go. Gdyby bowiem ś. p. Chudoba zmarł był wskutek uduszenia się krwią aspirowaną do dróg oddechowych, wówczas byłyby przedewszystkiem drobne oskrzela i pęcherzyki płuc krwią wypełnione, coby się znowu uwidoczniło dostrzegalnem dla gołego oka, ogniskowem, krwawo-czerwonem (tak zwanem tygrysowatem) zabarwieniem powierzchni płuc. Tymczasem drobne oskrzela zawierały tylko nieco śluzu, a powierzchnia płuc, oprócz czarnych złogów pyłu węglowego, nie okazywała tygrysowa-

tego, krwawo-czerwonego centkowania, któregoby znawcy nie mogli byli żadną miarą nie zauważyć, lub pominąć.

7) Z uwagi, iż tylko w większych oskrzelach znaleziono krew płynną, która powlekała wraz z śluzem także i błonę śluzową krtani i tchawicy, oraz z uwagi, że przy zmianie położenia zwłok z ust tychże dobywała się jeszcze krew ciemna i płynna, nie się nie sprzeciwia przekonaniu, iż krew ta dostała się już po śmierci do górnych dróg oddechowych ś. p. Chudoby.

8) Oględziny zewnętrzne zwłok ś. p. Chudoby wykazały następujące obrażenia na powłokach skórnych: a) w tylnej części prawej połowy powłok czołowych otarcie naskórka i siniec wielkości półcenta, stwierdzony nacięciem, b) mniej więcej w środku czoła a ponad okiem prawem pięć, c) pod okiem prawem jeden, d) na nosie trzy drobne sińce, wszystkie od wielkości siemienia konopnego do wielkości soczewicy dochodzące, jako sińce nacięciem stwierdzone, e) na szyi poniżej małżowiny usznej prawej na przedniej powierzchni mięśnia sutko-mostko-obojczykowego i w okolicy stawu szczęki dolnej osiem drobnych, obok siebie położonych, nieregularnie półksiężycowatych, sino zabarwionych otarć naskórka, okazujących w głębi podbiegnięcie krwawe, f) w przegubie stawu łokciowego lewego na stronie wewnętrznej tegoż siniec wielkości fasoli g) w obu jamkach pachowych sińce, umieszczone z przodu tychże jamek, z tych prawy siniec wielkości okrągłego grochu, zaś lewy wielkości półcenta, wszystkie jako sińce nacięciem stwierdzone.

Ponieważ wszystkie powyższe obrażenia okazywały podbiegnięcie krwawe, przeto musiały one powstać za życia. Odnośnie do sposobu ich powstania zaznacza się: obrażenia wymienione pod a) b) c) d) e) mogły powstać wskutek upadku denata na ściernisko, mogły atoli powstać także i przez gwałt, zadany ręką drugiej osoby; natomiast sińce, podane pod f) g), mogły powstać wyłącznie tylko wskutek działania drugiej osoby, n. p. wskutek ucisku, wywartego ręką tejże.

9) Tak więc, wobec braku zmian anatomicznych w ustroju denata, któreby dowodziły naturalnej jego śmierci, wobec wykluczonej możliwości przypuszczenia śmierci wskutek krwotoku i zaduszenia się krwią własną, wobec obecności krwi ciemnej i płynnej, przekrwienia narządów wewnętrznych, jak mózgu, płuc i nerek, wreszcie wobec obrażeń, wymienionych pod f) g), które powstały tylko wskutek działania drugiej osoby i wobec obrażeń wymienionych pod a) b) c) d) e), które wskutek takiego samego działania powstać mogły, Wydział lekarski orzeka, iż ze stanowiska lekarskiego nic nie przemawia przeciw rozpoznaniu śmierci z uduszenia zbrodniczego.

10) Co się tyczy przesłanych do zbadania liców oświadcza się, iż przesłany worek jest napojony cieczą, barwik krwi, a zatem i krew zawierającą, że jednak ciecz ta mogła pochodzić ze surowego mięsa[1]), wrzekomo w nim przechowywanego, że w plamie na trzasce się znajdującej, wielce już zużytej przy poprzednich badaniach, nie udało się krwi wykazać, że plama na kamieniu pochodzi od rudy żelaznej.

Mimo tak stanowczego orzeczenia Wydziału lekarskiego, sąd obwodowy w Nowym Sączu zaniechał dalszej sprawy, a to na mocy wniosku tamtejszej c. k. Prokuratoryi państwa, której zdaniem śledztwo dotychczasowe, choć stwierdziło w danym wypadku zbrodnię, przecież nie dostarczyło dostatecznych dowodów przeciw obu Färberom. Färberów wypuszczono tedy na wolność.

Tymczasem wdowa po zabitym Chudobie wniosła za pośrednictwem adwokata Dra Bednarskiego tak zwaną subsydyarną skargę przeciw Färberom, jako domniemanym sprawcom zbrodni do Sądu Wyższego w Krakowie, a ten, rozpatrzywszy dotychczasowe akta, polecił Sądowi krajowemu karnemu w Krakowie przeprowadzić ponowne śledztwo, a zarazem polecił temuż Sądowi zasięgnąć opinii Wydziału lekarskiego co do niektórych okoliczności, ujętych w kilka pytań.

Wynik ponownego śledztwa, przeprowadzonego z wielką znajomością rzeczy i sprytem, był niespodziewany. I tak zeznali liczni świadkowie, iż w dniu znalezienia zwłok ś. p. Chudoby byli Färberowie niezwykle przygnębieni i zadumani, że służby swej tego rana nie budzili wcale, choć zwykli to byli zawsze do dnia czynić, że 23 sierpnia miał Färber na twarzy niedawne ślady zadrapań (św. Winiarski), że zwłoki śp. Chudoby okazywały na obu stronach szyi i krtani sińce, na piersiach zaś dwa ślady sine wielkości dłoni męskiej (świadkowie: Teofila Kraupowa i Wojciech Chudoba), że dzieci Färberów zacierały nogami ślady krwi przed browarem na gościńcu, że Salomon Färber, zagadnięty w czasie swego pobytu w więzieniu śledczem w Nowym Targu przez współwięźnia Rączkę, iż mogli byli przekupić śp. Chudobę, a nie zabijać go, odpowiedział: „dyabli się spodziewali, wolelibyśmy dać mu 10 złr.“ Wreszcie niezmiernie ważnem było zeznanie świadka Anny Materkowej, która, idąc dnia 21 sierpnia 1897 r. wczesnym rankiem przed wschodem słońca gościńcem z Nowego Targu do Zakopanego, widziała, jak dwóch żydów, z których w jednym poznała Chaima Färbera, nieśli nieznanego jej górala i jak go położyli na ścierni w miejscu, w którem wkrótce potem znaleziono zwłoki śp. Chudoby. Sądząc, że niosą pijanego człowieka i z obawy przed żydami, ukryła się za krzak, tak, iż żydzi jej nie widzieli. Do czasu tego powtórnego śledztwa nie mówił świadek o tem zdarzeniu z obawy przed żydami, a uczynił to później, po naradzie z księdzem przy spowiedzi.

Po tem uzupełnieniu śledztwa podał kierujący śledztwem szereg pytań pierwszym obducentom w dniu 20 marca 1898, na które oni podali następującą odpowiedź:

Co się tyczy działania, które wywołało śmierć z uduszenia J. Chudoby, wykluczamy przyczynę śmierci przez uduszenie się wskutek upadnięcia twarzą na ziemię, albowiem, gdyby taki upadek miał miejsce, usta i nos nie mogły tak szczelnie do podstawy przylegać, aby dostęp powietrza do płuc był zupełnie odcięty. Zdaniem naszem śmierć Chudoby wywołaną została uciskiem na krtań lub klatkę piersiową, albo łącznem działaniem na krtań i klatkę i tę ostatnią ewentualność uważamy za najprawdopodobniejszą, przyczem musimy dodać, że skoro przy sekcyi stwierdziliśmy u Chudoby rozedmę płuc, nieżyt oskrzeli i wątłą budowę ciała, tudzież podeszły wiek, — duszenie takie nie potrzebowało być dłużej trwającem i zbyt silnem. Miejsce, gdzie śmierć Chudoby nastąpiła, czy na obejściu Färberów, czy w miejscu znalezienia zwłok, nie da się oznaczyć. Śmierć mogła nastąpić na miejscu znalezienia zwłok i to uważamy za najprawdopodobniejsze na podstawie zeznań świadków dowodzących, że znaczniejsze ślady krwi były w najbliższem otoczeniu miejsca znalezienia zwłok. Gdyby bowiem na to miejsce przeniesiono Chudobę już po śmierci, byłyby daleko mniejsze ślady krwi, niż je podają świadkowie, albo nie byłoby żadnych śladów, chyba, że Chudoba był na to miejsce niesiony w agonii.

[1]) Tłomaczenie plam na worku, podane przez Färberów.

Co do historyi powstania uszkodzeń, to najprawdopodobniej otrzymał Chudoba pierwszy cios w głowę narzędziem tępem, twardem, następnie mógł otrzymać raz w nos, albo upaść na nos i wywołać krwotok, a potem nastąpiło uduszenie przez mechaniczne działanie trzeciej osoby, wywarte na krtań i klatkę piersiową. Co do ułożenia zwłok i kapelusza, oświadczamy, że najprawdopodobniej kapelusz ten ułożony został przez trzecią osobę, bo trudno przypuścić takie przypadkowe ułożenie się kapelusza przy upadku. Co się tyczy ucisku na klatkę piersiową, to mogło ono powstać wskutek ugniatania ciałem o szerszej podstawie, które to właśnie działanie najczęściej sińców nie wywołuje.

W ten sposób uzupełnione akta śledcze przesłał Sąd krajowy karny w Krakowie Wydziałowi lekarskiemu z wezwaniem udzielenia odpowiedzi na pytania, postawione przez c. k. Sąd wyższy i przez sędziego śledczego. Pytania Sądu wyższego opiewały:

1) Co rozumiał Wydział lekarski przez „uduszenie zbrodnicze“?

2) Czy uważa je za udowodnione i pewne, czy tylko za możliwe i mniej lub więcej prawdopodobne?

3) Czy uduszenie to nie mogło być wynikiem upadku na ścierń ustami i nosem i zamknięcia tychże przez taki upadek w miejscu znalezienia zwłok?

4) Jakiego stopnia są uszkodzenia, wymienione w orzeczeniu Wydziału pod *a* do *g* i w jakim czasie, ze względu na chwilę śmierci, one mogły być, względnie były zadane?

5) Czy z tych obrażeń nie można wprost wnosić o czynności, która wywołała uduszenie?

6) Jaka czynność przeciwnika wywołała to uduszenie, czy dławienie szyi, czy zatkanie ust i nosa?

Pytania zaś sędziego śledczego opiewały:

7) Czy i jakie znaczenie dla sprawy ma owo sinoczerwone zabarwienie skóry moszen na przedniej i bocznej powierzchni?

8) Jakie znaczenie mają ślady, opisane przez świadków Kraupową i Wojciecha Chudobę?

9) Czy położenie zwłok, laski i ułożenie kapelusza na lewej stronie twarzy wskazują na to, iż zwłoki w ten sposób przez trzecie osoby ułożone zostały?

10) Czy czynu dokonał jeden lub więcej sprawców?

Na powyższe pytania odpowiedział Wydział lekarski w sposób następujący:

Ad 1) Przez „uduszenie zbrodnicze“ rozumiał i rozumie Wydział lekarski uduszenie gwałtowne, wywołane rękoma jednej lub więcej osób trzecich.

Ad 2) Wydział lekarski, powołując się na wyrażone w swem pierwszem orzeczeniu pod Nr 9 zdanie, które stanowi zupełną i naukowo umotywowaną odpowiedź na powyższe pytanie, raz jeszcze zaznacza po wszechstronnem zbadaniu danego przypadku, że ze stanowiska nauk lekarskich należy uważać uduszenie, jako przyczynę śmierci śp. Chudoby, za udowodnione.

Ad 3) Uduszenie to nie mogło być wynikiem upadku na ścierń ustami i nosem, albowiem przy takim upadku nie ulegną nigdy ani usta, ani nos zupełnemu zatkaniu.

Ad 4) Wszystkie obrażenia cielesne, jakie stwierdzono na ciele śp. Chudoby, stanowią, jeżeli się je jako takie weźmie pod rozwagę, tak razem wzięte, jak i każde z osobna, lekkie uszkodzenie ciała, połączone z kilkodniowem naruszeniem zdrowia. Wszystkie te uszkodzenia powstały za życia śp. Chudoby, jak to Wydział zaznaczył w swem pierwszem orzeczeniu pod Nr. 8. Co się tyczy bliższego oznaczenia czasu, w którym one powstać mogły, to wejrzenie ich i cechy, podane w protokole oględzin, dowodzą, że powstały one na krótki czas przed śmiercią denata, a zatem, że nie powstały one żadną miarą na kilka dni przed jego śmiercią. Tak więc obrażenia te nie pochodziły od pobicia, jakiego śp. Chudoba miał doznać, wedle zeznań świadków Kiwy i Fani Heller, w dniu 16 sierpnia 1897 [1]).

Ad 5) Wydział lekarski zaznaczył w swem pierwszem orzeczeniu pod Nr. 8, że obrażenia, wymienione pod *a), b), c), d), e),* mogły powstać albo wskutek gwałtu, zadanego ręką drugiej osoby, lub wskutek upadku na ścierń, a to dla tego, ponieważ te obrażenia były rozmieszczone przeważnie na prawej połowie twarzy i szyi, zatem na tej połowie, którą denat, w chwili znalezienia jego zwłok, przytykał do ścierni. Nadto zaznaczył Wydział lekarski, że obrażenia, wymienione pod *f), g),* były zadane denatowi wyłącznie tylko w sposób gwałtowny przez drugą osobę. Obrażenia te, pod *f), g)* wymienione, mogły powstać przez silne uchwycenie denata pod pachy, względnie i za przegub łokciowy lewy i to np. przy silnem przytrzymaniu lub przenoszeniu go. Co się tyczy obrażeń, wymienionych pod *a), b), c), d), e),* to jakkolwiek nie da się z apodyktyczną ścisłością i pewnością odnieść je do gwałtu, zadanego denatowi ręką drugiej osoby, z powyżej już podanego powodu, jednak znaczna ich ilość i rozmaitość czynią to przekonanie wielce prawdopodobnem, a nawet o wiele więcej prawdopodobnem, niż przypuszczenie powstania ich wskutek upadku na ścierń.

Ad 6) Z odpowiedzi na poprzednie pytanie wynika, że w danym przypadku nie może Wydział lekarski z bezwzględną pewnością i ścisłością oznaczyć czynności przeciwnika, która wywołała uduszenie denata, uważa jednak za wiele do prawdy zbliżone, iż uduszenie śp. Chudoby było wywołane uciskiem, wywartym na szyję, zatem dławieniem, oraz zatykaniem jego ust i nosa.

Ad 7) Sinoczerwone zabarwienie skóry na przedniej i bocznych powierzchniach moszen denata stanowiło plamę pośmiertną, powstałą już po śmierci, skutkiem opadnięcia krwi w części ciała najniżej ułożone, a okoliczność, że w chwili sekcyi plama ta w równym stopniu zajmowała obie boczne powierzchnie moszen, dowodzi, iż zwłoki leżały conajmniej kilka godzin przed sekcyą w zwykłem położeniu, to jest na grzbiecie.

Ad 8) Jeźliby ślady, opisane wbrew wynikowi oględzin lekarskich przez świadków Kraupową i W. Chudobę, jako znajdujące się po obu stronach szyi denata, były w istocie sińcami, zatem obrażeniami, powstałemi za jego życia, to stanowiłyby one, ze względu na swe rozmieszczenie po obu stronach szyi, stanowczy i pewny dowód ucisku, wywartego ręką drugiej osoby na szyjną część dróg oddechowych denata, zatem dowód zadławienia. Jeźliby zaś opisane przez tychże świadków ślady na piersiach również były sińcami, w takim razie dowodziłyby one ucisku, wywartego na klatkę piersiową denata działaniem drugiej osoby. Atoli działanie to, wnosząc z jakości tych podanych śladów, nie mogłoby było być silnem, a zatem i zdolnem do zniesienia ruchów klatki piersiowej i do uduszenia w ten sposób denata, gdyż silne ugniecenie byłoby sprowadziło, jeżeli już nie złamanie żeber kruch-

[1]) Rzekome pobicie denata przez żonę.

szych i łatwiej łamliwych u osób podeszłego wieku, jak denat, to w każdym razie znaczniejsze podbiegnięcie krwawe, któreby znawcy nie mogli byli przeoczyć przy sekcyi.

Ad 9) W odpowiedzi na powyższe pytanie, którego rozwiązanie nie wymaga, zdaniem Wydziału, znajomości zasad lekarskich, zaznacza się, że położenie zwłok śp. Chudoby, w szczególności ułożenie kapelusza na lewej połowie twarzy, usprawiedliwia najzupełniej przypuszczenie, iż trzecie osoby ułożyły denata w ten sposób, jakkolwiek nie da się stanowczo i pewnie wykluczyć możliwości powstania podobnego ułożenia ciała denata i jego kapelusza w sposób przypadkowy, n. p. przy upadku.

Ad 10) Aczkolwiek gwałtowne uduszenie śp. Chudoby mogło było być dziełem rąk jednego sprawcy, to jednak Wydział lekarski uważa za więcej prawdopodobne, że w czynie tym brało udział więcej sprawców, n. p. dwóch.

W końcu dochodzi Wydział lekarski do następujących wniosków, powołując się zresztą tak na wywody swego pierwszego orzeczenia, jak i obecnych odpowiedzi:

I. Śp. Chudoba zmarł nagłą śmiercią z uduszenia, dokonanego —

II. w sposób gwałtowny przez zadławienie i przez zaciśnięcie mu ust i nosa.

III. Czynu tego mógł dokonać jeden sprawca, choć prawdopodobniej było ich więcej, n. p. dwóch.

Powyższe obszerne wywody Wydziału nie wyczerpały jeszcze wszystkich zagadnień danego przypadku, gdyż Prokuratorya państwa w Krakowie zażądała jeszcze pismem z 3 czerwca 1898 wyjaśnień od Wydziału lekarskiego na następujące, podane mu pytania:

1) W którem miejscu i w jakim czasie utracił śp. Chudoba życie, w szczególności, czy utracił je na obejściu browaru, czy też w miejscu, w którem znaleziono jego zwłoki?

2) Czy możliwem i prawdopodobnem jest, aby śp. Chudoba, doznawszy na krótko przed śmiercią krwotoku, mógł jeszcze krwawić po śmierci przy przenoszeniu jego zwłok?

3) Czy tak liczne i znaczne ślady nie przemawiają za tem, że były one sztuczne i dokonane celem upozorowania śmierci z krwotoku?

4) Czy ś. p. Chudoba, po doznaniu gwałtu, który jego śmierć sprowadził, mógł sam przejść aż do miejsca znalezienia jego zwłok, czy też utracił życie na miejscu zadanego mu gwałtu?

Odpowiedź Wydziału brzmiała:

Ad 1) Wydział lekarski nie ma żadnych danych, na których mógłby oprzeć stanowczą odpowiedź co do miejsca, w którym śp. Chudoba utracił życie, atoli zważywszy okoliczność, że ślady krwi wiodły od browaru aż do miejsca znalezienia zwłok, uważa za możliwe, iż śp. Chudoba utracił życie w browarze, względnie na jego obejściu. Również nie może Wydział lekarski oznaczyć stanowczo czasu śmierci śp. Chudoby, aczkolwiek obecność treści pokarmowej w żołądku i jelitach cienkich, stwierdzona pierwszą sekcyą, każe uważać za więcej prawdopodobne, iż śmierć zaskoczyła śp. Chudobę raczej przed północą, niż nad ranem.

Ad 2) Co do źródła krwotoku oświadczył Wydział lekarski w swem pierwszem orzeczeniu w drodze wykluczenia, że mogła niem być błona śluzowa nosa i to najprawdopodobniej wskutek zadanego urazu w okolicę nosa, czoła i t. d. Krew, wynaczyniona z błony śluzowej nosa na schyłku życia denata, mogła się częściowo nagromadzić w jamie ustnej i nosowej, zatem mogła się potem przy przenoszeniu zwłok wylewać i tworzyć, zależnie od mniej lub więcej znacznego wstrząśnienia zwłokami (n. p. przy przenoszeniu ich przez rów przydrożny), już to mniejsze, już też większe ślady krwawe; zarazem mogła się w danym przypadku także i po śmierci sączyć krew z przerwanych za życia żył w błonie śluzowej nosa, a to tem bardziej, ponieważ krew w zwłokach śp. Chudoby była płynną, a nawet narządy głowy, zatem i błona śluzowa nosa, były przekrwione. Tak więc było możliwem krwawienie zwłok przy ich przenoszeniu, nawet po upływie kilku godzin od chwili śmierci.

Ad 3) Przypuszczeniu c. k. Prokuratoryi państwa, wyrażonemu w trzeciem pytaniu, Wydział lekarski nie może odmówić słuszności i prawdopodobieństwa już choćby z tego powodu, że źródła krwotoku nie wykryto, a Wydział tylko w drodze wykluczenia i z pewnem prawdopodobieństwem oświadczył się za błoną śluzową nosa, jako źródłem tego krwotoku. Tylko dokładne zbadanie krwi ze śladów, dokonane w pierwszych dniach po zajściu, mogło było rozjaśnić przypuszczenie, czy ślady te były sztuczne, t. j. wytworzone przez rozlanie krwi zwierzęcej.

Ad 4) Z uwagi na swe drugie orzeczenie *ad 6)* uważa Wydział lekarski za nieprawdopodobne, aby śp. Chudoba mógł był przejść aż do miejsca znalezienia jego zwłok po doznaniu gwałtu, który go o śmierć przyprawił. Wobec zaś odpowiedzi obecnej na pierwsze pytanie, odpada odpowiedź na ustęp końcowy czwartego pytania.

Dnia 12 października 1898 r. rozpoczęła się przed Trybunałem przysięgłych w Krakowie rozprawa karna o zbrodnię morderstwa przeciw Chaimowi i Salomonowi Färberom i zakończyła się 20 października 1898 zasądzeniem Chaima Färbera za zbrodnię zabójstwa na karę 7 lat ciężkiego więzienia, obostrzonego postem co kwartał i ciemnicą co roku w dniu 21 sierpnia, zaś Salomona Färbera za współwinę w zbrodni zabójstwa na karę jednorocznego ciężkiego więzienia, obostrzonego postem co miesiąc. Zarazem skazano obu na zapłacenie znacznego odszkodowania dzieciom i wdowie po zabitym, oraz na ponoszenie znacznych kosztów postępowania karnego.

Wskutek odwołania się obu zasądzonych do Trybunału Najwyższego w Wiedniu, została kara wymierzona Chaimowi zmniejszoną na 4 lata więzienia, Salomon zaś został uwolniony. (Dok. nast.).

III. O zmianach w układzie nerwowym zwierząt po wycięciu gruczołu tarczykowego.

Podał

Dr. Mieczysław Switalski.

(Dokończenie).

Mając w dalszym ciągu nieco dokładniej opisać komórki patologiczne, sądzę, że nie od rzeczy będzie przypomnieć czytelnikowi budowę prawidłowej komórki nerwowej, tak, jak się ona przedstawia w świetle badań dzisiejszych. Oglądając pod drobnowidem komórkę nerwową, n. p. z rogu przedniego rdzenia, widzimy, że pierwoszcza jej składa się z dwóch istot, ściśle się różniących pod względem swej budowy i zdolności barwienia się. Pierwsza z nich „ukształtowana“ *(geformte*

Substanz, chromatophile Substanz) występuje jako twór kształtu ziarn, stożków, wrzecion, drobnych bryłek, które się barwią bardzo wybitnie stósownymi barwikami. Twory te rozmaicie nazywane, będę mienić w dalszym ciągu, wedle Helda, „ciałkami Nissla". Druga istota — „bezkształtna" — występuje w komórce w postaci siatki, w której oczkach znajdujemy ciałka Nissla. Istota ta barwi się słabo i w ten sposób wyraźnie odbija od reszty pierwoszczy. Stosunek obu tych istot względem siebie i względem jądra jest różny w rozmaitych komórkach i wedle tego Nissl rozróżnia kilka rodzajów komórek i daje im rozmaite nazwy, sądząc, że każdy rodzaj ma inne znaczenie fizyologiczne i spełnia inne czynności. Rozróżnienie kilku rodzajów komórek nie ma jednak wybitnego znaczenia dla badań anatomo-patologicznych, nie będę więc nad tem dłużej się zatrzymywał.

Oglądając ciałka Nissla przy małem powiększeniu, widzimy, że przedstawiają się one, jako twory jednolite wyżej wspomnianego kształtu; jeżeli jednak użyjemy powiększenia znaczniejszego (imersya), to na bardzo cienko krajanych preparatach przekonywujemy się, że tak nie jest. Składają się one mianowicie z bardzo drobniutkich ziarnek, które są połączone ze sobą istotą kitową. Ciałka Nissla widzimy nietylko wśród pierwoszczy komórki, ale znajdują się one także i w wypustkach. Począwszy od miejsca wyjścia wypustek jest ich coraz mniej. Istota nie barwiąca się, którą nazwijmy istotą podstawową, występuje w komórce w kształcie pasemek bezbarwnych pomiędzy ciałkami Nissla. Budowa tej istoty nie jest do dziś znaną. O ile posiadamy wiele sposobów barwienia ciałek Nissla, nie mamy ani jednego, któryby nam dozwolił zabarwić dokładnie tę część komórki, a tem samem i wglądnąć w jej budowę najdrobniejszą. Niektórzy autorowie chcą się w niej dopatrzeć budowy włókienkowej, podczas gdy inni temu przeczą. Istota podstawowa, wypełniając ciało komórki, tworzy drobną siateczkę, w której oczkach leżą ciałka Nissla, mające kształt zależny od kształtu oczek siatki. Należy tutaj jeszcze wspomnieć o jednym składniku pierwoszczy komórki, to jest o barwiku *(Pigment)*, który spotykamy najczęściej w komórkach ruchowych rogów przednich rdzenia, pasie Clarkiego, komórkach ruchowych kory mózgowej i zwojach spółczulnych. Na preparatach, sporządzonych sposobem Nissla, w miejscach, gdzie barwik jest nagromadzony, nie spotykamy ciałek Nissla, co bynajmniej nie pozwala nam uważać komórek za patologiczne. W komórkach nerwowych zwierząt spotykamy barwik tylko bardzo wyjątkowo.

Jeżeli zadamy sobie teraz pytanie, czy ciałka Nissla są tworami, istniejącymi za życia, czy też powstałymi po śmierci pod wpływem płynów, używanych do stwardnienia, to pytanie to musimy na razie pozostawić bez odpowiedzi. Nie ma to jednak żadnego praktycznego znaczenia dla badań anatomo-patologicznych. Jeżeli, badając cały szereg preparatów z rozmaitych zwierząt zdrowych tym samym sposobem, otrzymamy każdym razem jednakowe obrazy komórek, to przyjdziemy do przekonania, że komórki stale tak a tak wyglądają i nazwiemy je prawidłowemi. Jeżeli natomiast w układzie nerwowym, badanym tymi samymi sposobami, spotykamy komórki, które różnić się będą w swej budowie od komórek, które nazwaliśmy prawidłowemi, to musimy je nazwać komórkami patologicznemi.

Dalszą częścią składową komórki jest jądro. Jest to twór kształtu mniej więcej kulistego, albo jajowatego. Zależy to poczęści od kształtu komórki. Położone w środku samej pierwoszczy komórkowej, jakkolwiek czasami spotykamy je przesunięte mniej lub więcej ku jednej ścianie komórkowej. Błękitem metylenowym barwi się słabo niebiesko tak, że wybitnie odbija od reszty komórki. Drobniejszych szczegółów jego budowy dotychczas nie znamy. Wiemy tylko, że posiada osłonkę, która z wszystkich stron otacza jego pierwoszczę, wewnątrz której spotykamy stale jąderko, barwiące się bardzo silnie. Jąderko to leży mniej lub więcej w samym środku jądra. W pierwoszczy jądrowej spotykamy czasami miejsca nieco silniej zabarwione, aniżeli jej reszta, które przedstawiają się jakgdyby plamy. O znaczeniu ich nic bliższego nie wiemy. W jąderku spotykamy czasami jądereczko, a tu i ówdzie, jakkolwiek dość rzadko, zamiast jednego jąderka, widzimy ich dwa; są one wtenczas mniejsze.

Zastanówmy się teraz nad tem, jak przedstawia się układ nerwowy ośrodkowy zwierząt operowanych. Makroskopowo uderza nas przedewszystkiem przekrwienie, które o wiele wybitniejsze jest w oponach i miąższu mózgu, aniżeli w rdzeniu i oponach rdzeniowych. Naczynia krwionośne opony twardej, a jeszcze wyraźniej miękiej, są porozszerzane, tworzą drobną siateczkę. Tu i ówdzie spotykamy drobne wynaczynionki, które wielkością swoją nie przekraczają główki od szpilki, nie są one jednak zbyt obfite. Opony zresztą nie przedstawiają innych zmian, może są nieco obrzękłe. Sam mózg na przekroju przedstawia się również przekrwiony, bardziej różowo zabarwiony, aniżeli u zwierząt prawidłowych. Wynaczynionek, o których wspominają niektórzy autorowie, nie spotkałem nigdzie. Odmienne zabarwienie mózgu, spowodowane przekrwieniem, można bardzo dokładnie rozpoznać, jeżeli ten leżał nawet długi czas w rozczynie formaliny. Podczas gdy mózg prawidłowy po dłuższem leżeniu we wspomnianym płynie przyjmuje zabarwienie blado żółte, przypominające nieco parafinę, mózg zwierząt operowanych zachowuje swoje różowo-rdzawe zabarwienie, które pochodzi od przepełnienia naczyń krwią.

Powyższe zmiany w znacznie mniejszym stopniu spotykamy w rdzeniu.

O wiele wybitniejsze zmiany spotykamy drobnowidowo w mózgu, a przedewszystkiem w komórkach kory mózgowej. Przeglądając preparat, sporządzony sposobem Nissla, bez względu z jakiej okolicy i jakiego zwoju pochodzi, przekonywujemy się, że komórki prawidłowe znajdują się tylko pojedyńczo tu i owdzie rozsiane, przeważna zaś ich ilość okazuje większe lub mniejsze zmiany patologiczne. Zmiany te podzielić możemy na dwa rozmaite rodzaje, a w nich znowu rozróżnić kilka okresów. Przedewszystkiem uderza nas znaczna niejednostajność w barwieniu się komórek. Podczas gdy komórki w prawidłowej korze mózgowej są wszystkie jednakowo zabarwione, — tu i owdzie spotykamy tylko komórkę silniej albo słabiej zabarwioną od innych, — tutaj spotykamy całe gromady komórek zabarwionych bardzo słabo, podczas gdy inne barwią się ciemno-niebiesko. Te różnice widzimy najlepiej, używając niezbyt silnego powiększenia. (Nr. 6 obj. 4. okul. Reicherta). Przyglądając się najpierw przy dużem powiększeniu komórkom słabo się barwiącym, przekonujemy się przedewszystkiem, że utraciły one mniej lub więcej swój kształt piramid, a zbliżone są do tworów jajowatych. Wypustki ich są bardzo niewyraźne, a czasami wprost rozpoznać się nie dają. Stosunkowo naj-

częściej widzieć jeszcze możemy wypustkę, odchodzącą ku powierzchni kory mózgowej, ale jest ona tylko na bardzo małej przestrzeni widoczna. Pierwoszcza komórkowa przedstawia się zupełnie zmienioną. Podczas gdy w komórce prawidłowej widzimy silnie zabarwione ciałka Nissla, ułożone w istocie bezbarwnej, tutaj budowy tej dostrzedz nie możemy. Jedna część komórki jest silnie zabarwioną, podczas gdy druga nie barwi się zupełnie, albo bardzo słabo. Stałego obrazu tej zniany (chromatolysis) nakreślić nie można. Podczas gdy w jednych komórkach istota barwiąca się nagromadzoną jest w kształcie pierścienia na obwodzie komórki, w innych widzimy ją około jądra, a części obwodowe komórki są słabo zabarwione. Jeszcze częściej widzimy komórki, w których miejsca niebarwiące się występują w postaci luk w mniejszej lub większej ilości. W miejscach bezbarwnych

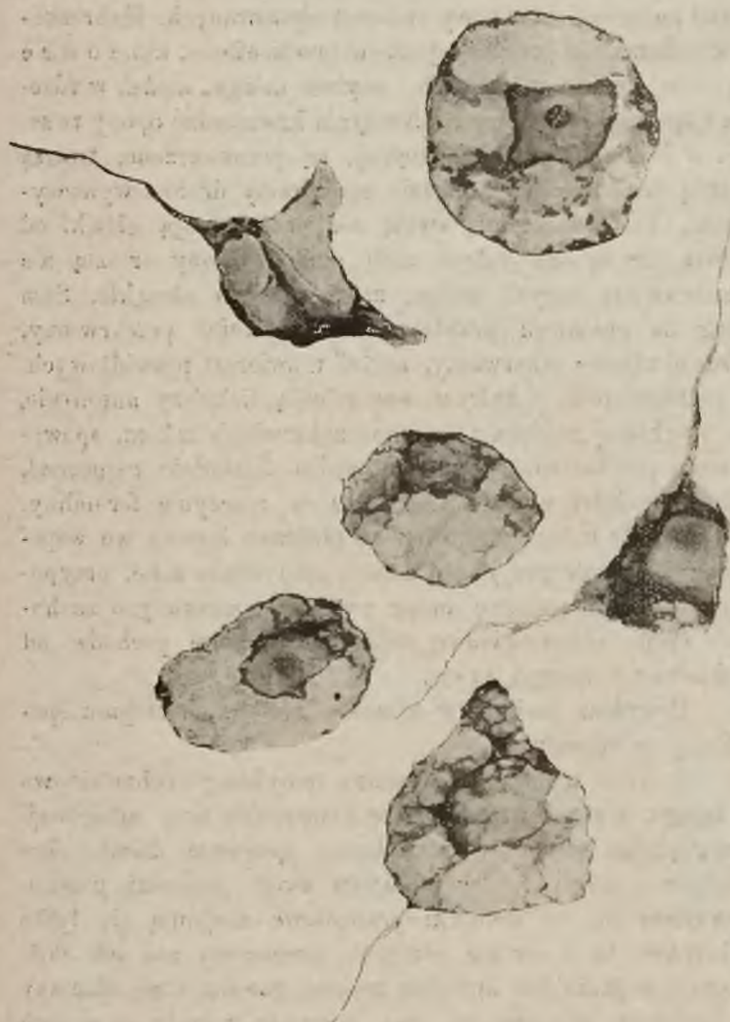


Fig. 1.

spotykamy tu i owdzie drobniutkie ciałka rozmaitego kształtu. Zmiany te w komórkach są następstwem rozpadu pierwoszczy komórkowej, która zamienia się w drobnoziarnistą masę i gromadzi się raz około jądra, raz na obwodzie, innym razem w kształcie wysepek. Jako ostateczny stopień tej zmiany uważać musimy komórki, które widzieć możemy tylko przy bardzo znacznem powiększeniu, a to dla tego, że są tak słabo zabarwione i to tylko w częściach obwodowych, że ich przy małem powiększeniu nie widzimy.

Jądra tych komórek są również słabo zabarwione, najczęściej o zmienionym kształcie, albo ich wcale nie widać. (Fig. 1).

Oprócz powyżej opisanych zmian spotykamy jeszcze inne, bardzo cechujące, których nie miałem sposobności widzieć w żadnym innym procesie patologicznym. Są to mianowicie komórki zabarwione bardzo silnie w stanie chromatofilii, w których jakiejś drobniejszej budowy trudno się dopatrzeć. Ciało komórki przedstawia się prawie jednostajnie zabarwione na ciemno-niebiesko, wewnątrz którego czasami można się dopatrzeć miejsca jaśniejszego, w którem widać ciemniejszy punkt. Jest to jądro, którego zarysy niedają się ściśle określić. Komórki te posiadają bardzo długą wypustkę jednostajnie zabarwioną, wężykowato pokręconą, którą możemy widzieć na znacznej przestrzeni. Wypustkę wężykowatą długą widzimy zwykle tylko jedną, podczas gdy inne są cieńsze i krótkie. Budowa tych wypustek jest zupełnie jednostajna. Komórki tego kształtu spotykamy najczęściej w warstwach bardziej powierzchownych kory mózgowej, gdzie możemy je widzieć w bardzo znacznej ilości ułożone obok siebie; pojedynczo rozsiane, spotykamy je w niższych częściach kory mózgowej. Bardzo zbliżone do tych są komórki barwiące się słabiej o krótkich i cienkich wypustkach, których pierwoszcza jest zupełnie jednostajnie zabarwiona. Postacie te stanowią przejście obydwu opisanych zmian (Fig. 2).

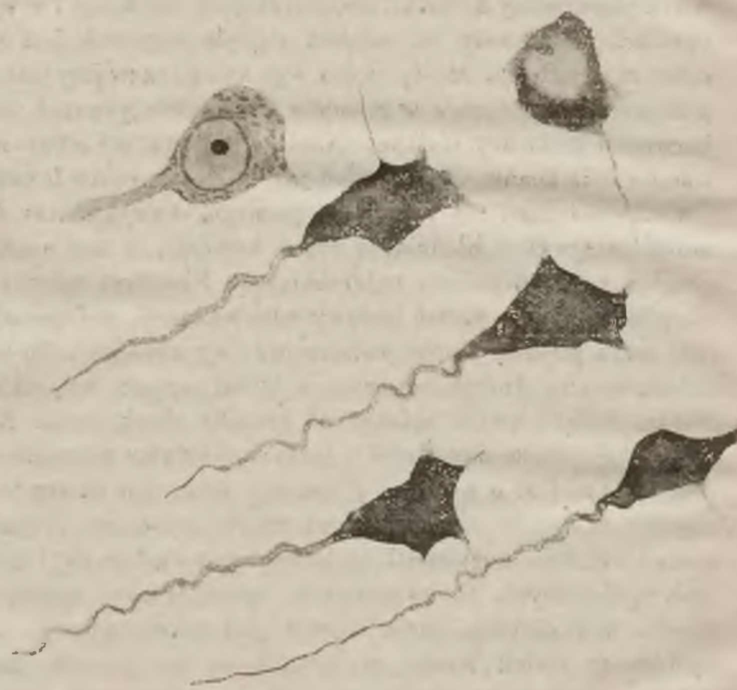


Fig. 2.

Nagromadzenia się ciałek białych około komórek, albo też wewnątrz ich, o którem wspomina Rogowitsch, nie spotkałem nigdzie. Zmiany w komórkach, wyżej opisane, spotykamy w korze mózgowej, a szczególnie w płatach bardziej ku przodowi jej położonych i w ośrodkach dróg ruchowych. Komórki jąder nerwów mózgowych i zwojów podstawowych przedstawiają się zupełnie prawidłowo, tak samo, jak komórki rdzenia. Badanie rdzenia i mózgu sposobem Marchiego dało wynik ujemny. Jakkolwiek tu i owdzie spotykamy miejsca podejrzane, to jednak nie można z pewnością twierdzić, by były patologiczne. Natomiast spotykamy zmiany we włóknach nerwowych, barwionych sposobem Weigerta, a podbarwionych karminem:

u królika	Nr. II, IV, V
u psa	Nr. IV,
u kota	Nr. I, II.

Zmiany te widzimy częścią we włóknie rdzennem, a częścią w osłonie rdzennej. Włókna osiowe przedstawiają się obrzękłe, grubsze od włókien prawidłowych. Jakkolwiek grubość włókien nerwowych u psów i kotów jest ilością bardzo niestałą, to przecież przekraczają one grubość nawet najgrubszych włókien u zwierząt zdrowych. Widzieć to możemy szczególnie dobrze na preparatach, krajanych podłużnie, Dość często zauważyć możemy również, że włókna rdzenne nie przebiegają prosto, ale są wężykowato pokręcone. Osłonka rdzenna barwi się w wielu miejscach znacznie gorzej, aniżeli w rdzeniu zwierząt prawidłowych, ponadto widać bardzo wybitny jej obrzęk. Obrzęk ten nie rozciąga się jednostajnie w przebiegu włókna, ale występuje w jednem miejscu, dalej widzimy znowu włókno prawidłowe, znowu obrzękłe w ten sposób, że przyjmuje ono wejrzenie różańca, co na bardzo znacznych przestrzeniach widzieć możemy. Wybitnie szczególnie występuje to we włóknach grubszych.

Zmiany te, jakkolwiek niezbyt rozległe, spotykamy stale w drogach piramidalnych, a zresztą rozmieszczone tu i owdzie bez jakiegokolwiek systemu w mózgu, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu aż do części grzbietowej. W dalszych częściach rdzenia włókna przedstawiają obraz prawidłowy. Zmiany te uważać należy za drugorzędne, wywołane zmianami w komórkach kory mózgowej. Tłómaczenie to usprawiedliwia nam brak zmian we włóknach u tych zwierząt, które krócej żyły. Do wytworzenia się bowiem zmian we włóknach, którebyśmy mogli na pewno naszymi sposobami badania wykazać, potrzeba pewnego czasu, przynajmniej 2 dni. Nieco prędzej powstają zmiany w najbliższem otoczeniu ogniska, które bezpośrednio uszkadza rdzeń albo mózg, np. po przecięciu rdzenia już po 12 godzinach widzieć można nieznaczne zmiany we włóknach blizko ich przecięcia. Jeżeli jednak oglądać będziemy włókna, bardziej oddalone od ogniska, przerywającego ciągłość neuronu, to dopiero po kilku dniach zauważymy w nich pierwsze zmiany.

Doświadczalnie możemy wywołać proces zstępującego zwyrodnienia włókien dróg piramidalnych, niszcząc części kory mózgowej, w których biorą swój początek tj. w zwojach środkowych. Podobne zwyrodnienie wystąpi także wtenczas, jeżeli komórki wspomnianej części mózgu ulegną schorzeniu, które prowadzi do ich zaniku, jak w naszym przypadku. Zmiany chorobowe we włóknach zaczną się wytwarzać wtenczas dopiero, kiedy stan patologiczny komórek dojdzie do pewnego stopnia, skutkiem czego one tracą swoją zdolność odżywczą (troficzną). Przyjąć musimy, że w naszym przypadku sprawa chorobowa w komórkach kory mózgowej rozpoczyna się po pewnym czasie, a to najprawdopodobniej z chwilą, kiedy widzimy pierwsze objawy chorobowe, t. j. drgawki, czyli, jak wspomnieliśmy, okres podrażnienia. Proces chorobowy w komórkach postępując dalej, prowadzi wreszcie do rozpadu komórki, a w następstwie tego przychodzi do zmian we włóknach nerwowych, które początek swój biorą w tych komórkach.

Zbierając ostatecznie wynik powyższych doświadczeń i badań anatomo-patologicznych, dochodzimy do następujących wniosków:

1. U zwierząt po wycięciu gruczołu tarczykowego występuje obraz chorobowy, który jest następstwem zmian patologicznych w komórkach nerwowych kory mózgowej.

2. Zmiany, jakie spotykamy we włóknach nerwowych, są przyrody drugorzędnej, wywołane zmianami chorobowemi w komórkach nerwowych.

Piśmiennictwo.

1. Albertini et Tizoni: *Centralbl. für medic. Wiss. XXIII Nr. 13.* — 2. Drobnik: *Archiv für exper. Path. und Pharmac.* — 3. Flesch: *Mitth. d. naturw. Gesellsch. Bern 1897, str. 102.* — 4. Friedmann: *Archiv f. Psych. XIX, str. 244.* — 5. Tenże: *Centralblatt für Neurol. 1891, t. 1.* — 6. Gley: *Archives de physiol. 892, str. 135 i 664.* — 7. Goldscheider u. Flatau: *Normale et pathol. Anatomie der Nervenzelle.* — 8. Hofmeister: *Fortschritte d. Medicin 1892, Nr. 3, 4.* — 9. Horsley: *Internation. Beitr. z. wissensch. Medicin, 1891.* — 10. Kocher: *Archiv f. klin. Chirurgie XXIX, str. 256.* — 11. Kreyssig: *Virchow's Arch., tom 102, str. 286.* — 12. Langhans: *Virchow's Arch. 1892, str. 318-* — 13. Löwenthal: *Rev. medic. de la Suisse rom. 1887, VII.* — 14. Nissl. — 15. Piscutti G. et G. Viola: *Medic. Centralbl. 1889.* — 16. Querwein: *Virchow's Arch., tom 133, str. 481.* — 17. Quinquad: *Gaz. medic. de Paris, 1891.* — 18. Rogowitsch: *Ziegler's Beitr. zur pathol. Anat., t. IV.* — 19. Tenże: *Arch. de physiol. 1888.* — 20. Tenże: *Centralbl. f. medic Wissensch.* — 21. Rudinger: *Münch. medic. Wochenschr. 1888.* — 22. Schmid: *Berliner klin. Wochenschr. 1886.* — 23. Schönemann: *Virchow's Arch. 1892.* — 24. Stieda: *Ziegler's Beiträge Bd. VII.* — 25. Zoas: *Wiener medic. Wochenschr. 1884.* — 26. Cadeac et Guinard. — 27. Christiani: *Arch. de physiol. V. 1893.* — 28. Drobnik: *Arch. für experiment. Pathol. et Pharmac. 1888.* — 29. Eisellberg: *Verhandl. der deutsch. Geselssch. f. Chirurgie XXII, Congress 1893.* — 30. Ewald et Rockwell: *Pflüger's Arch. Bd. XLVII.* — 31. Führ: *Archiv für experim. Path. et Pharmac. 1886. Bd. 21.* — 32. Kopp: *Virchow's Arch. 1892.* -- 33. Ferrairi: — 34. Wagner: *Wiener med. Blätter, 1884 VII Nr. 25 i 30.*

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Prof. jun. L. Oppenheim i prof. med. O. Körner. **Fahrlässige Behandlung und fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken.** Bergmann. Wiesbaden 1899.

Temat arcyciekawy, opracowanie oryginalne, gruntowne i światłe, oto znamienne cechy niniejszej pracy. Główną treść stanowi odpowiedź prof. O. ze stanowiska prawa na 6 pytań, postawionych przez prof. K., a tyczących się odpowiedzialności lekarza leczącego i zarazem rzeczoznawcy, nie obznajomionego z nauką otyatryczną, wobec sądu karnego i cywilnego. Odpowiedź ta opiera się na podstawie orzeczenia o konieczności egzaminowania z otryatryi przy składaniu państwowych egzaminów lekarskich, wręczonego ministerstwu Wielkiego Księstwa Mecklemburg-Schweryńskiego, w którem K., oparty na liczbach statystycznych i faktach, wykazuje zgubne następstwa dla osób pojedyńczych i dla społeczeństwa, wynikające z braku wiedzy otyatrycznej u lekarza praktycznego. Wprost klasyczną nazwać musimy podaną w końcu dla przykładu historyę wadliwego orzeczenia lekarskiego, obok dołączonego poprawnego orzeczenia profesora O. Wywody tam wyłożone są tak nieodparcie przekonywujące i wnioski tak słuszne, że rozprawa ta zasługuje na uznanie i większe rozpowszechnienie. *Spira.*

V. Wyciągi.

Prof. Hochhaus i G. Reinecke. **O przewlekłem zwyrodnieniu mięśnia sercowego.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1899, Nr. 46). Nierozstrzygnięte jeszcze ostatecznie pytanie, czy źródła automatycznej rytmicznej czynności serca szukać należy w wpływach nerwowych, czy też w samymże mięśniu sercowym, zwróciło uwagę powszechną zajętą przedtem głównie wadami zastawkowemi, na zmiany, zachodzące w mięśniu sercowym. Badaniom, podjętym w ostatnich czasach w tym kierunku zawdzięczamy odkrycie, że schorzenia mięśnia sercowego są bez porównania częstsze, niż dawniej przypuszczano i występują we wszystkich prawie chorobach zakaźnych, w wielu zatruciach, po nadmiernych wysiłkach serca,

często także po zapaleniach śródsierdzia i osierdzia, a nawet sądzono, że i w wadach serca główną rolę gra stan mięśnia. Wspomniane tu schorzenia dotyczą mięśnia sercowego we wszystkich jego częściach, to jest, rozumie się przez nie bądź zmiany miąższowe s. s., tj. zmiany komórek mięsnych, bądź zmiany międzymiąższowe, t. j. podścieliskowej tkanki łącznej. Te ostatnie zdarzają się w postaci bujania tkanki łącznej przedewszystkiem w przewlekłych postaciach chorób mięśnia sercowego. Do niedawna panowało powszechnie przekonanie, że te zmiany międzymiąższowe występują ogniskowo, w postaci rozsianych ognisk włóknistych, zastępujących miejsce zniszczonych odcinków mięśnia (np. wskutek martwicy mięśnia po zamknięciu doprowadzającej tętniczki i t. p.). Dopiero w r. b. wystąpił Dehio z pracą o t. zw. *myofibrosis cordis*; twierdzi on, że obok ogniskowych zmian łącznotkankowych zdarzają się także i zmiany rozlane, obejmujące jednostajnie całą tkankę podścieliskową, a niezależne od zmian naczyń, lecz polegające na samoistnym poniekąd rozroście tkanki łącznej. Zmiany takie miał D. spostrzegać w rozmaitych chorobach serca, przedewszystkiem jednak w przypadkach przerostu roboczego i rozszerzenia serca; rozciągnięcie, jakiemu wówczas ulega przerosły mięsień, ma być przy tem główną przyczyną, wywołującą jego następowy zanik i kompenzacyjny rozrost tkanki podścieliskowej. Zgodnie z tem tłómaczeniem miała *myofibrosis* najwcześniej i najsilniej występować w ścianach przedsionków, które, jako słabsze, najkrócej zdolne są oprzeć się działaniu nadmiernego rozciągnięcia. Zapatrywania, głoszone przez D., miałyby niewątpliwie wielkie znaczenie dla nauki o chorobach serca, gdyby się potwierdziły; dlatego postanowili autorowie wyniki D. sprawdzić, zwracając przedewszystkiem uwagę na rozmaitość stopnia zmiany w różnych częściach serca. W tym celu zbadali autorowie drobnowidowo dokładnie 14 serc, mianowicie 3 serca starcze, 6 wad zastawkowych lub zmian włóknistych ogniskowych m. sercowego; reszta okazów pochodziła ze zmarłych na rozmaite choroby zakaźne. Wynik tych badań streszczają autorowie krótko w ten sposób, że w żadnym przypadku nie spotkali *myofibrosis*, gdzie zaś znajdowały się zmiany włókniste, tam występowały one ogniskowo, w ten sposób, jak to przed pracą Dehio powszechnie opisywano, to znaczy, że punktem wyjścia ognisk włóknistych było schorzenie naczyń. Nie przeczą autorowie, że w niektórych odcinkach serca można spotkać obok ognisk włóknistych także rozlane zgrubienie tkanki podścieliskowej; ale zgrubienie to zawsze zajmuje tylko ograniczoną część ściany, w innych jej częściach zaś panują stosunki prawidłowe. Także i w sercach osobników, zmarłych na choroby zakaźne, pojawiają się zmiany międzymiąższowe z reguły ogniskowo; w jednym tylko przypadku (błonica) zajmowały one znaczne przestrzenie ściany serca w sposób rozlany, ale przypadek ten należy uważać za wyjątek. Następnie stwierdzili autorowie, że w żadnym razie zmiany międzymiąższowe nie występują najwybitniej w przedsionkach; przeciwnie, najsilniej i najczęściej dotknięta bywa ściana komórki lewej. Zaprzeczając więc istnienia *myofibrosis* w sercach przerosłych, oraz teoryi, jaką Dehio podał dla wytłómaczenia tego, jakoby stałego zjawiska, sądzą autorowie, że, jeżeli się zdarza rozlane zwyrodnienie włókniste serca, to chyba jako następstwo rozlanego bujania tkanki łącznej w przypadkach chorób zakaźnych. Jak często zmiana taka się zdarza, wykazać mogą dopiero dalsze badania. *Ciechanowski.*

Dr. L. Rabinowitsch i Dr. W. Kempner. **W sprawie zakaźności mleka krów gruźliczych, i pożytku szczepienia tuberkuliny.** (Uwagi nad pracą prof. Ostertaga „o zakażeniu mleka krów, które tylko oddziaływały na tuberklinę, nie okazały zaś klinicznych znamion perlicy“, oraz odpowiedź na zarzuty, uczynione przez prof. Ostertaga naszym w tym względzie badaniom. 1) *Deutsche medizinische Wochenschrift* 1899. — 25 Mai. 2) *Centralblatt für Bacteriologie Parasitenkunde und Infectionskrankheiten* Nr. 10). — 1899. Często w ostatnim dziesiątku lat przedsiębrano badania bakteryologiczne mleka krów, które po zaszczepieniu tuberkuliną oddziaływały odczynem gorączkowym w celu oznaczenia, o ile mleko takich krów jest zakaźne, t j. o ile zawiera prątki gruźlicze. Wynik tych badań był dodatni w 30%. Mało jednak w badaniach tego rodzaju zwracano uwagi na to, jak daleko w danym przypadku posunięta była gruźlica i czy od stopnia jej rozwoju zależy obecność prątków gruźliczych w mleku. (Mleko krów z perlicą wymion jest zakaźnem. Nocard).

Dr. L. Rabinowitsch i W. Kempner, (ob. wyciąg w Nr. 25 — 1899 „Przegl. lekarskiego)“. Na podstawie spostrzeżeń klinicznych prf. Eggelinga, wykazujących między 15 krowami tylko u jednej perlicę wymion, u reszty zaś rozmaity stopień rozwoju gruźlicy, aż do jej śladów tylko nieżytowych w płucach i opierając się na badaniu bakteryologicznem mleka, znaleźli pośród tych 15-tu krów, oddziaływających na tuberkulinę, u 10-ciu prątki gruźlicze w mleku, t. j. 66.6%.

Dlatego twierdzą, że w gruźlicy i perlicy wymion, tak początkowej, jak i daleko posuniętej, ukrytej a wykazać się dającej zapomocą tuberkuliny odczynem gorączkowym, mleko krowie może zawierać prątki gruźlicze, że mleko krów oddziaływających na tuberkulinę zawsze należy uważać za zakaźne pod względem gruźlicy, a tuberkulinę jako jedyny miarodajny środek w celu uzyskania mleka wolnego od prątków gruźliczych.

Odmiennego zdania w tym względzie jest prf. Ostertag, który popiera swe zapatrywanie wynikami następujących doświadczeń: Jedna serya doświadczeń obejmuje 50 prób mleka krów, oddziaływających na tuberkulinę, mimo braku objawów klinicznych gruźlicy. Mleko z osobna od każdej krowy centryfugowane szczepi on w ilości 10-ctm. osadu do otrzewnej świnki morskiej, resztę zaś po 150—300 grm. podaje świnkom jako pokarm. W drugiej seryi doświadczeń wykonał prf. Ostertag 14 prób w tensam sposób, ale z mlekiem, zebranem od wszystkich krów razem i zmięszanem. Badania zaś drobnowidowe mleka w obu seryach na prątki gruźlicze dało wynik ujemny.

Ze świnek pierwszej seryi padła po 25-ciu dniach tylko jedna, szczepiona 10 ctm. osadu do otrzewnej. Sekcya wykazała gruźlicę prosówkową, a ponieważ prf. Ostertag znalazł w wątrobie jedno ognisko serowate wielkości orzecha włoskiego, więc na tem jedynie opiera twierdzenie, że zwierzę już przed doświadczeniem było gruźlicze, bo w 25-ciu dniach tak duże ognisko serowate powstaćby nie mogło. Z drugiej seryi doświadczeń również jedna tylko świnka okazała gruźlicę i dlatego prf. Ostertag twierdzi, że mleko od większej ilości krów razem zebrane i zmięszane może zawierać prątki gruźlicze, jeżeli między temi krowami znajdują się oddziaływające na tuberkulinę.

Główny zarzut, jaki Dr. L. Rabinowitsch i Dr. W. Kempner czynią prf. Ostertagowi jest ten, że wyniki doświadczeń jego w I-szej seryi niezgodne są z wynikami II-giej seryi, bo jeżeli mięszanina mleka krów zdrowych i oddziaływających po zaszczepieniu tuberkuliną zawiera prątki gruźlicze, to tem pewniej i daleko więcej ich zawierać będzie mleko (osad) pojedynczej sztuki z odczynem gorączkowym na tuberkulinę. Tem mniej zrozumiałem jest dla nich zapatrywanie prf. Ostertaga, że mleko krów, oddziaływających na tuberkulinę, w obec braku klinicznych objawów gruźlicy, można uważać za niezakaźne, gdy równocześnie przyjmuje, że w przewlekłej ukrytej gruźlicy krów prątki dostają się do krwiobiegu, a ztąd mogą przedostać się i do mleka.

Dr. L. Rabinowitsch i W. Kempner tłómaczą powód różnicy wyników doświadczeń prf. Ostertaga od wyników swoich odmiennym sposobem przeprowadzenia doświadczeń. Dr. L. Rabinowitsch i W. Kempner zbierali mleko w kolby wyjałowione, po uprzedniem odkażeniu wymion, a szczepili tylko osad, otrzymany z centryfugowania zebranej z mleka śmietany. Temu też przypisują i dodatni wynik badania drobnowidowego mleka na prątki gruźlicze.

W końcu nie omawiają R. i K. doświadczeń kontrolujących prf. Ostertaga t. j. prób z podawaniem mleka świnkom, a to ze względu na cel swej pracy, mającej na oku wykazać prątki gruźlicze w mleku krów, dających odczyn gorączkowy po szczepieniu tuberkuliną; do osiągnięcia zaś tego uważają za jedyny odpowiedni sposób szczepienie śródotrzewnowe. Widzą zatem oni w pracy prf. Ostertaga potwierdzenie własnych zapatrywań, że mleko krów, oddziaływających na tuberkulinę, może zawierać prątki gruźlicze i że należy je uważać za zakaźne. *Dr. M. Bernaciński.*

A. Malinowski. **O leczeniu cierpień gardła i nosa, towarzyszących szkarlatynie.** *(Gazeta lekarska*, 1899. Nr. 42, 43). Błonica płonicza różni się od błonicy zwykłej następującemi cechami klinicznemi: 1. powierzchownymi i rozległymi nalotami; 2. skłonnością do szerzenia się na jamę ustną, nosową i uszną; — a 3, wzdłuż naczyń chłonnych na gruczoły, które nieraz mogą stanowić nawet pierwotne umiejscowienie choroby, pociągające za sobą ropienie w migdałkach i gruczołach chłonnych; 4. obfitą wydzieliną śluzową, śluzowo ropną, często krwawą; 5. przebiegiem upartym, bardziej przewlekłym, wśród często odnawiających się nalotów. Zakażenie płonicze należy odróżnić od zakażenia błoniczo-płoniczego, gdyż 1. z jednej strony zdarzają się przypadki ciężkiej płonicy z silną osutką i z wysoką ciepłotą przy bardzo nieznacznych tylko zmianach w gardle; 2. z drugiej strony cierpienie w gardle może dochodzić wysokiego natężenia obok nieznacznej osutki; 3. najcięższe kończące się szybką śmiercią przypadki, polegają w największej części na zakażeniu mięszanem, t. j. gdy silna osutka występuje obok znacznego zajęcia gardła; nareszcie 4. osoby, które już przebyły płonicę, zarażają się od chorych, dotkniętych obu cierpieniami, tylko cierpieniem gardła, pozostając wolne od osutki, co uważać należy za dowód różnorodności zarazka.

Leczenie surowicą przeciwbłoniczą, jak również surowicą przeciwpaciorkowcową, nie wywiera w tej chorobie żadnego działania. Leczenie powinno być zewnętrzne i wewnętrzne. Pierwsze polega na płókaniu, przestrzykiwaniu i pędzlowaniu środkami przeciwgnilnemi, jak kw. karbolowy, sublimat, tymol. i t. p. W błonicy miąższowej, w głębi migdałów i gruczołów, oraz w błonicy rozlanej gardła i nosa z obfitą wydzieliną, stosuje autor kreozot i tymol w równych częściach, rozpuszczone w równych częściach wyskoku kamforowego i terpentyny, do rozpylania co parę godzin, przez 10—20 sekund. Przy większem obrzmieniu gruczołów używa do wcierania szarej maści. Wczesnem otwieraniem ropni uwalnia prędko chorych od zarazków chorobotwórczych. W razie zajęcia nosa pożyteczne są przepłókiwania, albo wprowadzenie do jamy nosowej tamponików z waty, maczanych w płynach przeciwgnilnych. Korzystnem jest dla chorego nasycenie okalającego go powietrza wyziewami olejku terpentynowego przez skraplanie terpentyną pościeli i ścian pokoju. Autor używał także kreoliny, naftaliny i jodoformu; nie może jednak żadnego z tych leków szczególnie polecać. Tylko jodoform oddaje wielkie usługi, używany jako posypka w owrzodzeniach atonicznych, w okresie, gdy błony wrzekome przestają się już tworzyć.

Wewnętrznie należy podawać środki pożywne i podniecające, jak dyeta mleczna, kamfora, kofeina, piżmo; środki te przenosi autor nad napoje wyskokowe, które nieracyonalnie zastósowane wywołują zatrucie wyskokowe, a w następstwie zmniejszenie odporności.

Jako środka niszczącego zarazki i jady używa autor wewnątrz kreozotu w roztworze wyskokowym w zawiesinie lub w mleku, po kilka kropel dziennie. Podobnie działa *tinct. myrrhae.* Próby z półtorachlorkiem żelaza, użytego zewnętrznie i wewnętrznie, nie były zachęcające. Postacie posokowate tej błonicy nie nadają się do leczenia, gdyż żadne środki tu nie mogą być pomocne. *Spira.*

Masing. **W sprawie higieny płciowej.** *(St. Petersb. med. Wochs.* 1899. Nr. 41). Zastanawiając się nad doniosłością tępienia rozpusty, względnie zachowania czystości przez młodych mężczyzn przed ożenieniem się, w zapobieganiu szerzeniu się chorób wenerycznych, dąży M. do odpowiedzi na następujące pytania: 1. Czy choroby weneryczne są rzeczywiście tak groźnem niebezpieczeństwem społecznem, że wymagają bardzo energicznych środków zapobiegawczych? 2. Czy czystość jest rzeczywiście pewnem zabezpieczeniem przed zakażeniem wenerycznem? 3. Jeżeli zaś jest środkiem zapobiegawczym, czy niema innych środków ochronnych, równie skutecznych? Pierwsze pytanie jest co do kiły oddawna twierdząco rozstrzygnięte; prócz właściwej kiły nie należy zapominać o wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, które są w większości przypadków przez nią wywołane. Ale mniej utarte jest przekonanie, że rzeżączka jest niemniej od kiły groźną, zwłaszcza zważywszy następstwa, jakie wywołuje tak często w narządzie rodnym niewieścim. Wyleczalność rzeżączki jest bardzo problematyczną, a częstość jej niesłychaną. Noeggerath np. podaje, że w N. Yorku 80% mężczyzn zakażonych jest rzeżączką, a z tego 90% pozostaje niewyleczonych. Co do skuteczności czystości płciowej, jako środka ochronnego, to — zważywszy, że i kiła i rzeżączka mogą rozszerzać się drogą zakażenia pozapłciowego, nie ulega wątpliwości, iż czystość nie jest niezawodnem zabezpieczeniem od zakażeń wenerycznych; jednakże ze względu, że najczęstszą drogą zakażenia jest obcowanie płciowe, należy przyjąć, iż niezachowywanie czystości płciowej pomnaża niesłychanie niebezpieczeństwo zakażenia, i że zachowanie czystości nie już przez jednostki, lecz przez całe grupy społeczne musiałoby znacznie przytłumić szerzenie się kiły i rzeżączki. Że zaś nie ma lepszych środków do przytłumienia chorób wenerycznych od czystości płciowej, dowód już byłby w tem, iż podawane ku temu inne sposoby stoją ze sobą w jaskrawej sprzeczności. Już np. sprawa uregulowania prostytucyi do dziś dnia wcale nie jest rozstrzygniętą, a dwa przeciwne obozy (abolicyoniści i reglementaryści) do dziś dnia toczą ze sobą walkę. Zważywszy powagę, jaką posiadają orzeczenia lekarskie w sprawach higieny i przodujące stanowisko, zajęte przez lekarzy w zwalczaniu chorób zakaźnych, nie powinni lekarze w sprawie higieny płciowej zachowywać się obojętnie, ale nie składając sprawy w ręce moralistów, sami czynnie i energicznie wystąpić i społeczeństwo za sobą pociągnąć. *Z.*

Silberberg: **Przyczynek do sposobów rozróżniania prątka durowego od okrężnicowego.** *(Russkij archiw patologii.* 1899. T. 8 Z 2). S. sprawdzając nowy sposób rozróżniania prątka durowego od okrężnicowego, podany przez L. Thoinota i G. Brouardela, a polegający na tem, że prątek durowy w bulionie z kwasem arsenawym się nie rozwija, przekonał się, że podana przez T. i B. ilość kwasu, 0·01 na litr bulionu, jest za małą. Natomiast 0·04—0·05 kwasu arsenawego na litr bulionu upośledza zupełnie rozwój prątka durowego, nie tamując wzrostu prątka okrężnicowego. *C.*

Dr. K. Schlutius. **O waporyzacyi jamy macicy.** *(Wien. med. Presse* Nr. 42, 1899). Autor stósował ten sposób w celu zatrzymania krwawień w 50 przypadkach, zawsze prawie z dobrym skutkiem; uważa on tę metodę leczenia za bardzo dobrą, a przyczynę tego, że waporyzacya nie stała się jeszcze ogólnie używanym środkiem leczniczym, widzi w wadach z jednej strony przyborów, polecanych do działania pary, z drugiej zaś w nieodpowiedniem ich stósowaniu. Badania nad działaniem pary na błonę śluzową jamy macicy na wyciętych macicach przekonały autora, że przy średniej ciepłocie, około 110° C., waporyzacya stała w prostym stosunku do czasu jej działania. I tak, po $^1/_2$ minutowem działaniu zniszczenie sięgało na $^1/_2$ mm; po jednominutowem na 1 mm. i t. d. Objawy podrażnienia otrzewnej okalającej macicę zauważył tylko raz.

Cel, zamierzony leczeniem, zawsze autor osiągnął. W 3—14 dni po waporyzacyi pacyentki dostawały odchodów różowych, niecuchnących, skąpych, a w drugim tygodniu oddzielała się część błony śluzowej, waporyzacyą zniszczonej.

Waporyzacyę uważa autor za wskazaną przy krwawieniach z powodu zmian zapalnych błony śluzowej jamy macicy, przy p soczniczem poronieniu, zakażeniu macicy, przy skazach krwawieńcowych; nie uważa zaś za wskazane przy krwawieniach z powodu złośliwych nowotworów.

St. D.

* * *

VI. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Dokończenie).

XXV. Hecker: *Nowsze dane do patologii kiły wrodzonej.* Kiła nerek u płodu odznacza się procesem rozrostowym tkanki łącznej i naczyń; u oseska zaś odznacza się zanikiem i zwyrodnieniem przybłonka. Klinicznie występuje białkomocz i wałeczki. Ponieważ budowa nerki w czasie porodu nie jest jeszcze ukończona, przeto prelegent sądzi, że uważana za charakterystyczną dla rozrostu nerki, istniejąca na obwodzie jej granica, nie jest charakterystyczną dla kiły, jakto liczni autorzy podają. W razie istnienia kiły u rodziców należy w przypadkach wątpliwych natychmiast po porodzie zbadać pępowinę, albowiem w ten sposób można na pewno rozpoznać kiłę.

XXVI. Schlossmann (z Drezna): *O anatomii patologicznej kiły dziedzicznej.* Badania przeprowadził S. nad dziećmi od 10 dni do 9 miesiąca życia. U dzieci tych spostrzegano mniej lub więcej wybitne zmiany w nerkach i to zmiany miąższowe, międzymiąższowo-miąższowe i przeważnie międzymiąższowo z zanikiem nerki. Jako czysto kiłowe uważa S. tylko formy międzymiąższowe. We wszystkich przypadkach można było zapalenie nerek za życia rozpoznać.

Hochsinger (z Wiednia) zgadza się z wywodami Schlossmanna.

Soltmann w przemówieniu swem ostrzega przed uważaniem tego zapalenia nerek za kiłowe, albowiem oseski cierpią często na dyspeptyczne zaburzenia przewodu pokarmowego, które powodują zapalenie nerek miąższowe z białkomoczem (zapalenie nerek toksyczne).

Fischl zwraca uwagę, że różnica między klinicznym a anatomicznym obrazem w przebiegu kiły dziedzicznej nie jest zadziwiającą, albowiem dzieci kiłowe giną często z powodu chorób innych, bez zmian kiłowych w narządach wewnętrznych. Zmiany międzymiąższowe mogą być przyrody zakaźnej, a nie kiłowej.

Hecker również nie uważa zmian miąższowych za wyłącznie kiłowe. Ciekawym jednakowoż jest fakt, że zapalenie miąższowe nerek zdarza się prawie wyłącznie u osesków kiłowych. Że według Soltmanna i Schlossmanna u dzieci starszych prawie nigdy nie znajdujemy zmian w kościach, tłómaczy H. tem, że w cięższych przypadkach dzieci wcześnie giną, a tylko lżejsze przypadki utrzymują się przy życiu.

XXVII. Sonnenberger (z Wormacyi): *O niedostatecznie dotychczas uwzględnionej przyczynie znacznej śmiertelności osesków.* W największej liczbie przypadków choroby narządu trawienia u małych dzieci są spowodowane zakażeniem następowem lub pierwotnem (przez drobnoustroje); w tym ostatnim wypadku przyczyną zakażenia jest jad chemiczny, wprowadzony z pokarmem, a w szczególności z mlekiem zwierzęcem. Dotychczas tego rodzaju zakażenia nie uwzględniano dostatecznie w etyologii chorób i śmierci u osesków. Jad ten często jest zawarty w paszy zwierząt jako alkaloidy, enzyny, glikozydy, amidy itp., a może się znajdować zarówno w paszy zielonej, jakoteż i suchej. Jeżeli się jad ten z mlekiem dostaje do wrażliwego ustroju oseska, powoduje w nim niekiedy bardzo silne zaburzenia w trawieniu, przyczem występują niekiedy objawy swoiste wprowadzonego jadu. Należy przeto przedewszystkiem zwrócić uwagę na czystość paszy i podawać paszę suchą.

XXVIII. Schmorl (z Drezna): *O zaburzeniach we wzroście kości w przebiegu choroby Barlowa.* W sześciu przypadkach choroby Barlowa, badanych przez prelegenta na stole sekcyjnym, obraz anatomiczny z grubsza odpowiadał obrazowi typowemu, podanemu przez Barlowa. Jeden przypadek był bez powikłań, w 2-ch przypadkach były objawy krzywicy na ukończeniu, a w 3-ch przypadkach krzywica miernego stopnia. Trzy pierwsze przypadki badano drobnowidowo. Zmiany w kościach odznaczają się tem, że kość sama ulega zmianie, a powtóre, że szpik kostny w obwodowych częściach kości długich i w jądrach nasad kostnych traci cechę limfoidalną i że występują wynaczynienia na- i wśródokostne. Szpik kostny traci cechę limfoidalną i zamienia się w tkankę drobnowłóknistą, zawierającą mało komórek i naczyń i nieznaczną liczbę osteoblastów, a liczne wynaczynienia. W kościach złamanych lub nadłamanych jama szpikowa często jest wypełniona masą włóknikową. S. sądzi, że wynaczynienia w kościach długich są przeważnie spowodowane złamaniami lub nadłamaniami i nie zgadza się na twierdzenie Barlowa, jakoby wynaczynienia były pierwotne i następowo powodowały zanik tkanki kostnej, a nagromadzenie znaczniejszej ilości tkanki kostnej w miejscu wynaczynień podokostnowych przemawia przeciw twierdzeniu Barlowa. Często wprawdzie choroba Barlowa występuje w połączeniu z krzywicą, może atoli pojawić się jako cierpienie samoistne, niezależne od krzywicy. Nie rozstrzyga też S., czy należy chorobę Barlowa zaliczyć do gnilca (skorbutu) i nie ma również danych, czy polega na tle zakaźnem.

W rozprawie Soltmann (z Lipska) nie zalicza na podstawie preparatów Schmorla również choroby Barlowa do krzywicy i uważa wynaczynienia i złamania kości jako następowe, zaznacza atoli, że wynaczynienia są nietylko podokostnowe, lecz także podskórne i wśródmięśniowe i z początku są podobne do *erythema nodosum.* Złamania kości i tworzenie się kostnicy *(callus)* w krzywicy pojawiają się w trzonie, a w chorobie Barlowa w nasadzie kości; zmiany w kościach najchętniej nazwałby Soltmann „zmianami wrzekomo-krzywiczemi". Ze względu na przyczynę choroby Barlowa sądzi S., że jest nią zakażenie, względnie zatrucie.

Baginsky (z Berlina) zwraca uwagę na trudności w rozpoznawaniu niektórych przypadków między chorobą Barlowa a krzywicą, gdyż często choroby obydwie pojawiają się równocześnie, a niekiedy nawet w połączeniu z rozmiękczeniem kości. B. nie widział żadnego przypadku po podawaniu mleka wyjałowionego w przyrządzie Soxletha, natomiast w dwu przypadkach odnosi przyczynę cierpienia do mleka wyjałowionego, otrzymanego z zakładu kuracyjnego, które było dłuższy czas przechowane.

Heubner (z Berlina) nie widzi różnicy między zapatrywaniem, wygłoszonem przez siebie w r. 1893, a obecnem Schmorla odnośnie do stosunku choroby Barlowa do krzywicy i gnilca; wspomina wreszcie o przypadku choroby Barlowa, w którym obrzmienie kości było tak znaczne, iż jeden z pierwszych chirurgów rozpoznawał mięsak kości. Nastąpiło wyleczenie. Podobnie rozległe wynaczynienia i obrzmienia u dorosłych się nie pojawiają.

* * *

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski.

(Dokończenie).

Dział IV.

Położnictwo i ginekologia.

A. Sekcya położnicza.

Prezes: Pinard.

Zastępcy prezesa: Budin i Herrgott.

Sekretarze: Bar *(Paris, r. de la Boëtie, 122)* i Champetier de Ribes *(Paris, r. St. Guillaume, 19).*

Referaty: 1) Etyologia i przyroda zakażenia połogowego. Referenci: Doléris *(Paryż)*, Pestalozzi *(Florencya)*, Menge i Kroenig *(Lipsk).*

2) Leczenie pozornej śmierci noworodków. Referenci: Ribemont-Dessaignes *(Paryż).*

3) Zastosowanie Röntgenografii w położnictwie.

B. Sekcya ginekologii.

Prezes: Terrier.

Zastępca prezesa: Pozzi.

Sekretarz: Hartmann *(Paryż, place Malesherbes, 4).*

Referaty: 1) Leczenie chirurgiczne raka macicy. Referenci: Richelot *(Paryż)*, Ott *(Petersburg)*, Montgomery Baldy *(Filadelfia).*

2) Zapalenie szyjki macicznej. Referenci: Pozzi *(Paryż)*, Döderlein *(Tybinga).*

Dział V.

Medycyna publiczna.

A. Sekcya medycyny sądowej.

Prezes: Brouardel.
Zastępcy prezesa: Demange i Lacassagne.
Sekretarz generalny: Motet (*Paris, r. de Charonne, 161*).
Sekretarz: Thoinot.

Referaty: 1) Gnicie i jego stosunek do próby płucnej. Referenci: Descoust i Bordas (*Paryż*).

2) Gnicie oka, jako środek do ścisłego określenia czasu śmierci. Referent: Descoust (*Paryż*).

3) Palenie zwłok w zamiarach zbrodniczych. Referent. Ogier (*Paryż*).

4) O śmierci przypadkowej, spowodowanej elektrycznością. Referenci: d'Arsonval i Bordas (*Paryż*).

5) Ekspertyza sądowo-lekarska w przypadkach, wywołanych zwykłem użyciem jadła i napojów, do konserwowania których użyte były przetwory chemiczne (borax, kwas salicylowy, formaldehyd itd.). Referenci: Brouardel i Pouchet (*Paryż*).

6) Schorzenie narządu zastawkowego serca w następstwie urazu, wywartego na klatkę piersiową. Referenci: Castiaux (*Lille*), Laugier (*Paryż*).

7) O wpływie nowego prochu bezdymnego na ubranie i skórę. Referenci: Thoinot (*Paryż*), Viello (*Paryż*).

8) O wykroczeniach, popełnianych przy doświadczeniach z magnetyzmem zwierzęcym, wykonywanych przez osoby nie upoważnione. Referenci: Gilles de la Tourette (*Paryż*), Rocher (*Paryz*).

B. Sekcya medycyny i chirurgii wojennej.

Prezes: Dujardin-Beaumetz.
Zastępca prezesa: Cuneo.
Sekretarz generalny: Catteau (*Paris, Ministère de la guerre*).
Sekretarze: Dziewański i Alvernhe.

a) Podsekcya chirurgii.

Prezes: Chauvel (*Paryż, Bd Latour-Maubourg, 51 bis*).

Referaty: 1) O uszkodzeniach ciała ludzkiego, ugodzonego pociskiem z broni o małej średnicy (do 6 milim.). Referenci: Habart (*Austrya*), Lagarde (*Ameryka*).

2) O uszkodzeniach ciała ludzkiego, ugodzonego pociskiem nowoczesnej artyleryi. Referenci: Demosthène (*Rumunia*), Geissler (*Niemcy*).

3) Jakich zasad należy się trzymać przy podawaniu natychmiastowej pomocy w pociskowych złamaniach kości na placu boju i w szpitalu. Referent: Bischer (*Szwecya*).

b) Podsekcya chorób zakaźnych i higieny.

Prezes: Kelsch (*Paris*).

Referaty: 1) Etyologia duru brzusznego i zapobieganie tej chorobie podczas wojny. Referent: Vincent (*Paryż*).

2) Etyologia czerwonki i zapobieganie tej chorobie podczas wojny. Referent: Antony (*Paryż*).

3) Środki zapobiegawcze przeciw kile w wojsku. Referent: Ferrier (*Paryż*),

4) O najprostszej metodzie oczyszczania wody. Referent: Lapasset (*Paryż*).

c) Podsekcya medycyny okrętowej.

Prezes: Cunéo.
Sekretarz: Langier (*Paris, Ministère de la marine*).

Referaty: 1) O podzwrotnikowym »*Phagedenismus*«. Referent: Le Dentec (*Bordeaux*).

2) Zaopiekowanie się ranionymi na okrętach podczas bitwy i po niej. Przenoszenie ranionych. Pierwszy opatrunek. Operacye z konieczności. Referent: Fontan.

3) O szpitalach na okrętach podczas dalekich wypraw. Referent: Burot.

d) Podsekcya medycyny kolonialnej.

Prezes: Kermorgant (*Paris, Ministère des colonies*).

Referaty: 1) Mor: bakteryologia, objawy, leczenie surowicze, środki zapobiegawcze i lecznicze. Referenci: Simon i Yersin.

2) Tężec w krajach podzwrotnikowych i środki zapobiegawcze przeciw niemu. Referent: Calmette (*Lille*).

3) Etyologia gorączki żółciowej, połączonej z hemiglobinuryą. Referenci: Firket (*Lüttich*), Clarac i Marchoux.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 grudnia.

* *Na ręce Prezesa Towarzystwa lekar. krak. nadeszło pismo następujące:*

Do Świetnego Towarzystwa lekarskiego w Krakowie.

»Podpisani mają zaszczyt zawiadomić i uprzejmie zaprosić Świetne Towarzystwo lekarskie krakowskie do łaskawego wzięcia udziału w uroczystym obchodzie jubileuszowym Radcy Dworu Dra Edwarda Korczyńskiego, który się odbędzie w dniu 9 stycznia 1900 r.«.

Prof. Dr. Gluziński, Prof. Dr. W. Jaworski, Doc. Dr. Braun, Dr. Filimowski, Dr. M. Sliwiński.

Komitet Towarz. lekar. krakowskiego wydelegował prezesa do reprezentowania Towarzystwa w obchodzie jubileuszowym, a członków Towarzystwa uprasza o jak najliczniejszy udział.

Prof. Dr. P. Pieniążek, prezes. *Dr K. Lewkowicz*, sekretarz.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbyły się wybory funkcyonaryuszów Towarzystwa na r. 1900. Prezesem wybrany został kol. prof. H. Jordan, wiceprezesem — kol. prof. L. Wachholz, sekretarzem stałym kol. doc. M. Rutkowski, sekretarzem dorocznym kol. dr. S. Droba, bibliotekarzem kol. dr. L. Gliński, redaktorem „Przeglądu lekarskiego“ — dotychczasowy redaktor, kol. dr. A. Kwaśnicki; do komisyi redakcyjnej wybrani zostali koledzy: prof. W. Jaworski, doc. L. Kryński, doc. J. Raczyński i prof. dr. A. Rosner; do Rady zawiadowczej i na walne zgromadzenie Tow. lek. galic. koledzy: prof. A. Gluziński i prof. A. Mars.

* Poseł Ćwikliński uczynił w parlamencie wiedeńskim wniosek, ażeby rząd przystąpił do założenia państwowego Zakładu do badania środków spożywczych przy Wydziale lekarskim Uniw. lwowskiego.

* Znane i tyle cenione dzieło prof. Mendelsohna »Pielęgnowanie chorych, podręcznik dla lekarzy i studentów« wyszło w Łodzi w przekładzie polskim, wykonanym pod kierunkiem Dra K. Jonschera. Zasługa wydania tego pożytecznego dzieła przypada wydawnictwu *Czasopisma lekarskiego*.

* Stopień doktorów wszechnauk lekar. w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Julian Wojtowicz i Wiktor Frommer.

* W okolicach Jałty powstaje zakład leczniczy dla ubogiej warstwy suchotników.

* Komitet gospodarczy międzynarodowego XIII Kongresu lekarskiego krząta się obecnie około zapewnienia mieszkań dla członków. Ponieważ Kongres ten odbywać się będzie podczas Wystawy światowej, a więc wielkiego napływu zamiejscowych, przeto sprawa mieszkań nabiera wielkiej wagi. Komitet gospodarczy nawiązał stosunki z kilkoma specyalnemi agencyami, a niemniej zapewnił sobie u władzy szkolnej 800 łóżek w salach szkolnych. Wogóle, co do ceny mieszkań, to sądząc z nadesłanych do Krakowa ofert, przedstawiają się one wysoko. Członkowie narodowego Komitetu polskiego mogą liczyć w tym względzie, tak tuszymy, na wszelkie pośredniczenia i ułatwienia ze strony lekarzy Polaków, stale przebywających w Paryżu, którzy najprawdopodobniej stworzą miejscowy Komitet polski, w porozumieniu z urzędowym Komitetem narodowym polskim.

* W Atenach zamierzono urządzić wystawę przyrządów lekarskich, używanych w starożytności. Zbiór obejmie kilkaset okazów narzędzi, zrobionych z kości, szkła, bronzu i żelaza, które pochodzą z różnych okresów historycznych. Niektóre z tych narzędzi są w zupełności podobne do używanych w naszych czasach. Obok narzędzi chirurgicznych wystawione będą i przyrządy apteczne, używane w dalekiej starożytności.

* Za przykładem Wojenno-lekarskiej Akademii w Petersburgu wniesiono za inicyatywą prof. Pozzi przedłożenie w parlamencie francuskim, o dopuszczeniu wychowańców szkół realnych do studyów uniwersyteckich lekarskich we Francyi.

(J. G.). Izba lekarska morawska przesłała Namiestnictwu morawskiemu spis partaczy, grasujących w obwodzie tej Izby, w celu dalszego zastósowania do nich obowiązujących ustaw. Namiestnictwo rozporządzeniem z d. 16 września b. r.[1]) poleca władzom sobie podle-

[1]) *Oester. Sanitätswesen Nr. 49 z r. b.*

głym, załączając odpis rzeczonego spisu partaczy, by poddały osoby tam wymienione skutecznemu dozorowi, względnie, po sprawdzeniu partactwa, by zarządziły ukaranie winnych, a w razie uszczerbku na zdrowiu wskutek partactwa, by zawiadomiły sądy; wreszcie by przy nadarzonej sposobności pouczały ludność o szkodliwości powierzania swego zdrowia wyzyskowi partaczy.

(J. G.). Do jak przykrych objawów prowadzi rozgoryczenie między lekarzami z powodu przeciążenia, nie pozostającego w stosunku do otrzymywanego wynagrodzenia, tego przykład widzimy na Morawach [2]), gdzie pewna liczba lekarzy gminnych i obwodowych nie chciała przeprowadzić bez osobnego wynagrodzenia rewakcynacyi dzieci szkolnych. Trzeba było aż rozporządzenia namiestnictwa morawskiego (w porozumieniu z Wydziałem kraj.), które opierając się na ustawach poleciło gminom (a więc wójtom i t. p.!), by dopilnowały ścisłego wykonania tego obowiązku ze strony lekarzy. Przypuściwszy nawet, że lekarze ci mają słuszne powody do niezadowolenia, przecież ten ich krok trudno uznać za właściwy. A skutek nim wywołany, t. j. wyraźne polecenie władzy, by urzędy gminne dopilnowały lekarzy, czyni ich stanowisko przykrem i do złagodzenia przeciwieństw się nie przyczyni.

* W opracowaniu prof. Hlavy wyszło drugie wydanie »Ogólnej i szczegółowej anatomii patologicznej« profesorów Hlavy i Obrzuta.

* Międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w miesiącu maju 1901 roku w Londynie. Organizacyę tego Zjazdu przedsięweźmie «Narodowy Związek dla zwalczania suchot i innych rodzajów gruźlicy«.

* Wśród lekarzy rosyjskich prowadzą się debaty nad projektem, zaproszenia lekarzy wszystkich krajów sławiańskich na VIII rosyjski. Zjazd w charakterze gości, a następnie, po porozumieniu się z nimi, zorganizowania I wszechsławiańskiego Zjazdu lekarzy. Wykłady miałyby się odbywać we wszystkich językach sławiańskich, zatem po rosyjsku, polsku, czesku, rusku, bulgarsku, serbsku, słowacku itd., przyczem absolutnie byłyby wykluczone języki zachodnio-europejskie.

Projektowi temu brakuje jeszcze przyzwolenia rządu rosyjskiego i jednomyślności wśród samych lekarzy rosyjskich.

— Stickler (*Med. Rec.* 9/8 1899. *Berl. klin. Wchs.* 1899. 41) szczepił dzieci zdrowe śluzem z ust i gardła dzieci chorych na płonicę i w ten sposób u 10 dzieci wywołał płonicę po 12—48 godzinach. Stwierdzenie wielkiej zakaźności tych wydzielin, z góry zresztą przewidzieć się dające, nie jest może bez pożytku; niestety czyn St. jest prostą zbrodnią, podpadającą karze nawet w Ameryce, a w danym przypadku nie dosięgła ona sprawcy tylko dla tego, że wyniki jego »doświadczeń«, ogłoszono dopiero po jego śmierci.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Spehl mianowany został prof. patologii ogólnej w Brukseli. Prof. Röntgen przyjął zaproponowaną mu katedrę fizyki w Monachium.

Nekrologia. Zmarli: Dr. J. R. Lavisé, prof. chirurgii w Brukseli, zmarł w 54 r. życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Nowinach lekarskich* Nr. 12: Noiszewskiego K.: W sprawie terminologii anatomicznej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 50: Gabszewicza A.: Kamień gruczołu krokowego. Dra Bitnego-Szlachty: Sprawdzenie stosunku energii termicznej do anabiozy (dok.). Abramowicza M.: Leczenie alkoholizmu przewlekłego zapomocą hypnotyzmu. W *Kronice lekarskiej* Nr. 23: Białokura Fr.: O znaczeniu rozpoznawczem krepitacyi (trzeszczeń) przy wysiękach do jamy opłucnej.

Redakcya otrzymała:

— Serapin K.: Leczenije świetom po N. Finsen'u. Znaczenie chimiczeskich łuczej i fotochimiczeskoje wospalenije. Petersburg, 1899.

— Doc. dr. Bossowski: Zur Symptomatologie u. Therapie der congenitalen Anomalien der Flaxura sigmoidea bei Kindern. (Odbitka z Nr. 49 i 50 *Klin.-therap. Wochenschrift.*).

— Prof. dr. Mendelsohn: Pielęgnowanie chorych, podręcznik dla lekarzy i studentów. Przekład polski pod redakcyą dr. Jonschera. Wydawnictwo *Czasopisma lekarskiego*. Łódź, 1900.

— Dr. Bałłaban Teodor: Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród błednicy. Kraków. 1899.

— Tenże: Michał Borysiekiewicz. Wspomnienie pośmiertne. Kraków, 1899.

[2]) *Oester. Sanitätswesen Nr. 49 z r. b.*

— Prof. dr. Trzebicky R.: O doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych. (Odbitka z *Gaz. lek.*, 1899).

— Prof. dr. E. Machek: Sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie za czas 1892—1898. Lwów, 1899.

— Dr. Lemberger J.: O kłączu gorzknika kanadyjskiego i jego wyciągach płynnych. Kraków, 1899

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

OD ADMINISTRACYI.

„Przegląd lekarski" rozpoczyna z dniem 1 Stycznia 1900 r. trzydziesty dziewiąty rok swego istnienia i wychodzić będzie, jak dotąd, najregularniej co soboty, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Mając na względzie potrzeby lekarzy praktycznych, zamieszcza »Przegląd lekarski“ w swoich łamach:

I. Artykuły oryginalne z klinik, szpitali krajowych i zagranicznych z zakresu wszystkich gałęzi nauki lekarskiej. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych prac i podręczników. III. Wyciągi i streszczenia prac oryginalnych, publikowanych w kraju i zagranicą. IV. Zapiski lecznicze i nowe leki. V. Felieton zajmujący się ważnemi sprawami tyczącemi się stanu lekarskiego i medycyny publicznej. VI. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VII. Wiadomości bieżące.

Jako organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamieszcza Przegląd lekarski Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lek. krak. i wszystkich sekcyj Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Jako organ obu Izb lekarskich (wschodnio- i zachodnio-galicyjskiej) ogłasza sprawozdania z posiedzeń Wydziału i pełnych posiedzeń izbowych i tym sposobem, obok artykułów treści ściśle naukowej, informuje czytelnika o najważniejszych sprawach cały stan lekarski obchodzących.

Przez zaprowadzenie okładki oddzielono część redakcyjną od inseratów.

Wszystkie prace umieszczane w *Przeglądzie lekarskim*, tak oryginalne, jakoteż nieoryginalne są płatne (40 koron za arkusz druku).

Administracya uprasza jak najuprzejmiej Szanownych Prenumeratorów o rychłe nadsyłanie prenumeraty na rok 1900, najlepiej wprost do biura *Administracyi „Przeglądu lekarskiego", Kraków, ul. Podwale L. 9.*

Przedpłata na rok 1900 wynosi: w Austryi 20 koron, w Królestwie Polskiem i Cesarstwie Rosyjskiem 7 rubli, w Niemczech 14 marek, we Francyi 24 franki.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni *Przegląd lekarski* abonować *bezpośrednio w Administracyi.*

Członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich pobierają Przegląd lekarski w Administracyi, **wnoszą zaś prenumeratę** za pośrednictwem Towarzystwa lekarzy galicyjskich **we Lwowie**; Członkowie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego — w Księgarni W-go Krzyżanowskiego w Krakowie.

KONKURS.

Komisya zdrojowa w Szczawnicy rozpisuje konkurs na posadę *lekarza zakładowego* w zdrojowisku, z płacą sezonową 400 złr., bezpłatnem mieszkaniem i dodatkiem 300 złr na koszta podróży w interesach obu Zakładów.

Kandydaci muszą się wykazać:

1. Dyplomem austryackim doktora wszech nauk lekarskich,
2. oraz dłuższą praktyką zdrojową u wód krajowych lub zagranicznych. 199

Podania należy wnosić do Komisyi zdrojowej na ręce c. k. Starosty w Nowym Targu, jako przewodniczącego Komisyi.

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Kwartalnik, stanowiący organ urzędowy Tow. lek. warszawskiego, wychodzi w końcu każdego kwartału w zeszytach po 15—20 arkuszy druku, do których dołączane są w miarę potrzeby tablice i drzeworyty. Zawiera zawsze szereg prac oryginalnych, ze wszystkich działów medycyny, protokóły posiedzeń Tow. lek. war., a nadto w zeszycie 2-gim „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“.

Cena z przesyłką w Królestwie, Cesarstwie i zagranicą wynosi rs. 3 rocznie.

Prenumerować można w Redakcyi (Dr. W. Janowski, Warszawa, Szpitalna 3), w Kancelaryi Tow. lek. warszawskiego (Niecała 7), oraz przez wszystkie Redakcye pism lekarskich i księgarnie.

Rok XXI wydawnictwa.

KRONIKA LEKARSKA

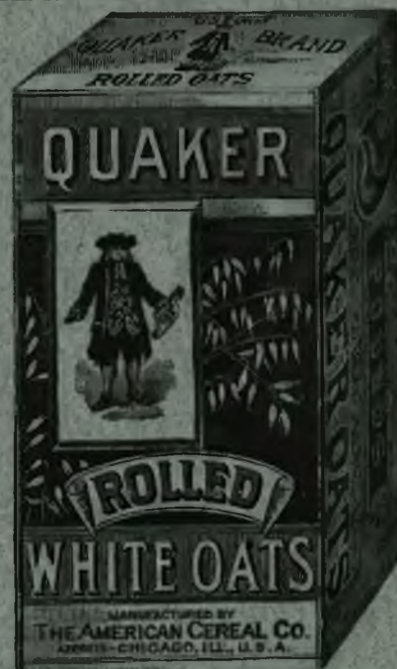
poświęcona przeglądowi postępów umiejętności lekarskich, pod redakcyą Dra Med. D. Hewelke i Dra Józefa Zawadzkiego. Wydawca Dr. K. W. Sierpiński.

Wychodzi dwa razy na miesiąc zeszytami objętości do 4 ark. druku.

Każdy zeszyt zawiera: prace oryginalne, dające dokładny pogląd na rozwój medycyny, referaty zbiorowe lub pojedyncze z najcelniejszych prac bieżącego piśmiennictwa lekarskiego krajowego i zagranicznego, oceny dzieł lekarskich, korespondencye własne zagraniczne, wiadomości bibliograficzne, wiadomości pomniejsze i kronikę miesięczną.

Przedpłata wynosi w Warszawie rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 8, półrocznie rs. 4.

Adres Redakcyi ul. Chmielna L. 14, Administracyi ul. Marszałkowska L. 99. 197



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XXXVIII. Kraków, 30 Grudnia 1899. Nr. 52.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 40 halerzy.

Przedpłata wynosi:

w Austryi	rocznie 20 koron,	półrocz 10 kor.,	kwart. 5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	„ 7 rubli.	„ 3·50 rsr.,	„ 1·75 rsr.
w Niemczech	„ 16 marek,	„ 8 marek,	„ 4 marki.
we Francyi	„ 30 frank.,	„ 15 frank.,	„ 7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą mieć i ile odbitek.

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 30 Grudnia 1899. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu chemii lekarskiej uniwersytetu lwowskiego.

O widmie hematyny obojętnej.

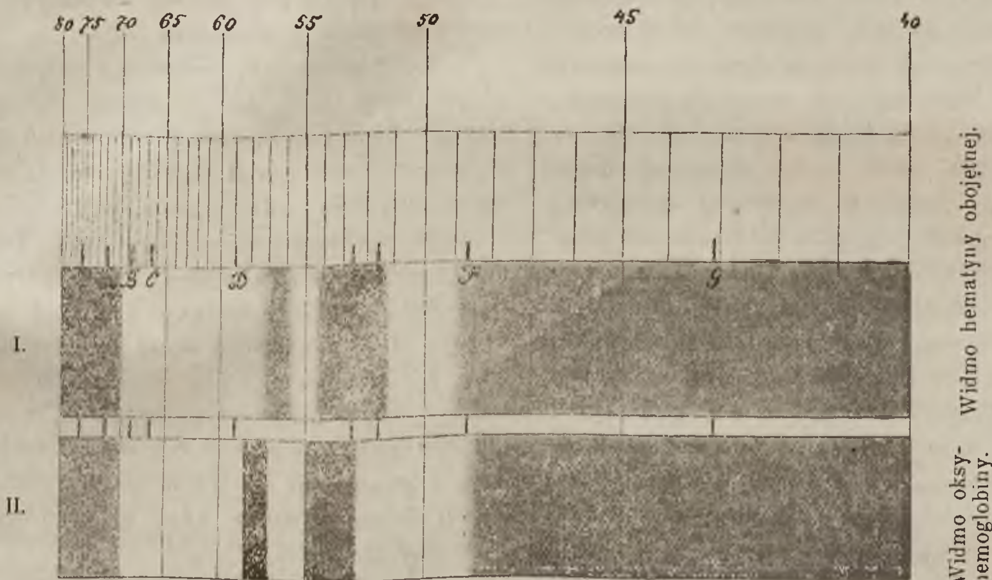
Podał

Dr. W. Arnold.

W podręcznikach chemii fizyologicznej spotykamy opisy widma hematyny alkalicznej, hematyny w rozczynie kwaśnym i hematyny odtlenionej; widma jednak hematyny obojętnej dotąd nie opisano.

Hematyna zresztą nie rozpuszcza się ani w wodzie, ani w wyskoku, eterze lub chloroformie.

Mimo to, — jak zauważyłem, otrzymać można w następujący sposób rozczyn hematyny obojętnej; najprostszy sposób polega na tem, że dolewa się do roztworu methemoglobiny, zmięszanego poprzednio z wystarczającą ilością rozczynu soli obojętnej (można wziąść rozczyn soli kuchennej lub roztwór siarkanu amonowego etc.) około $^{1}/_{2}$ objęt. wyskoku. Brunatna barwa methemoglobiny zmienia się natychmiast na jasno-czerwoną, widmo methemoglobiny znika, a natomiast zjawia się widmo pochłonne hematyny obojętnej. (Dodatek soli obojętnej zapobiega strąceniu hematyny, które nastąpiłoby w przeciwnym razie natychmiast po dolaniu alkoholu, uniemożliwiając w ten sposób oczywiście badanie rozczynu zapomocą przyrządu widmowego).



Widmo hematyny obojętnej.

Widmo oksyhemoglobiny.

Ten sam wynik otrzymujemy, zobojętniając alkaliczny rozczyn wyskokowy hematyny. (Rozczyn ten otrzymujemy przez zmięszanie świeżej odwłóknionej krwi z wyskokiem, zaprawionym ługiem potasowym; rozczyn następnie należy ograć do wrzenia a potem przesączyć przez wełnę szklaną). Zauważyłem przytem, że rozczyn ten zmieniał w chwili wystąpienia odczynu obojętnego swoją barwę brunatną na czerwoną; hematyna zaś tylko częściowo uległa strąceniu; chcąc ją wydzielić z rozczynu, trzeba rozcieńczyć ten rozczyn wodą przekroploną.

I tu zapobiega strąceniu hematyny wytworzona przez zobojętnienie alkalicznego rozczynu sól obojętna (chlorek potasowy). Wydzielona, a następnie starannie przepłókana i osuszona hematyna okazuje się zupełnie nierozpuszczalną w wodzie, w wyskoku rozcieńczonym i bezwodnym i t. d., rozpuszcza się jednak z względną łatwością, zwłaszcza po ogrzaniu, jeżeli do wyskoku dodamy nieco rozczynu soli obojętnej (np. soli kuchennej).

W jeden lub drugi sposób otrzymujemy więc, wbrew twierdzeniu o nierozpuszczalności hematyny w płynach o obojętnym odczynie, rozczyn hematyny obojętnej.

Wyskokowy rozczyn hematyny obojętnej posiada barwę czerwoną, o lekkim odcieniu żółtawym; barwa ta przypomina zabarwienie rozczynu oksyhemoglobiny tak dalece, iż trudno nawet odróżnić silniej rozcieńczony roztwór hematyny obojętnej od takiegoż roztworu oksyhemoglobiny, gdyż oba te roztwory posiadają jednaki odcień czerwonawo-żółtawy. Roztwory jednak bardziej nasycone łatwiej już od siebie odróżnić, gdyż czerwona barwa roztworu hematyny obojętnej, jakkolwiek wyraźna, nie jest jednak tak wybitną, jak barwa oksyhemoglobiny, (odróżniając się nadto jeszcze i odcieniem żółtawym). Najważniejszą i znamienną cechą roztworu hematyny obojętnej jest zmiana barwy czerwonej na brunatną, występująca po ogrzaniu roztworu do wrzenia; roztwór oziębiany przyjmuje napowrót barwę czerwoną. Znamiennem jest również dla roztworu hematyny obojętnej, że przeźroczysty jej rozczyn, zawierający więc wystarczającą ilość soli obojętnej, ulega zmętnieniu, jeżeli go rozcieńczymy zapomocą wody przekroplonej, lub czystego wyskoku, a to wskutek strącenia się większej części hematyny.

Roztwór hematyny obojętnej posiada widmo, złożone z dwóch smug, położonych między liniami Frauenhoferowskiem *D.* a *b.*; (w roztworach bardziej nasyconych występuje jedna szeroka smuga, która dopiero po stosownem rozcieńczeniu rozdziela się na dwie smugi). Widmo to, w porównaniu do widma oksyhemoglobiny, jest wyraźnie przesunięte na prawo, pierwsza więc smuga oddala się nieco od linii Frauenhoferowskiej *D.*, podczas gdy pierwsza smuga oksy-

hemoglobiny lewym swym brzegiem dotyka prawie tej linii. Również i druga smuga jest przesuniętą w porównaniu z odpowiednią smugą oksyhemoglobiny. Smuga ta prawym swym brzegiem sięga nieco poza *b.* podczas gdy druga smuga oksyhemoglobiny dochodzi tylko do linii *E.* (Fig. II). Zresztą pierwsza smuga oksyhemoglobiny jest wybitniejszą i ciemniejszą od drugiej, podczas gdy przeciwnie w widmie hematyny obojętnej właśnie druga okazuje się ciemniejszą i lepiej odgraniczoną od pierwszej. Obie zresztą smugi widma hematyny obojętnej okazują w porównaniu z widmem oksyhemoglobiny mniej ostre odgraniczenie, do czego przyczynia się jeszcze ta okoliczność, że roztwór hematyny obojętnej pochłania światło w części zielonej i niebieskiej widma silniej, aniżeli roztwór oksyhemoglobiny. Podnieść jeszcze należy, że oddalenie obu smug pochłonnych w widmie hematyny obojętnej jest mniejsze, niż w widmie oksyhemoglobiny. Położenie obu smug pochłonnych hematyny obojętnej, wyrażone długością fal świetlnych, jest następujące:

Smuga pierwsza λ 575 — 556.

Smuga druga λ 546 — 517.

Liczby te otrzymałem zapomocą mikrospektroskopu Abbe-Zeissa. oraz zapomocą dużego spektroskopu Krüssa (przy użyciu dwóch pryzmatów). Dla porównania oznaczyłem równocześnie położenie smug oksyhemoglobiny:

Smuga pierwsza λ 582 — 571.

Smuga druga λ 550 — 526.

Wspomniałem już, jako oznamiennej właściwości roztworu hematyny obojętnej, o zmianie barwy czerwonej na brunatną, występującej pod wpływem ogrzania roztworu, który zresztą po oziębieniu napowrót otrzymuje swoje zabarwienie czerwone. Jeżeli roztwór podczas tego badamy zapomocą przyrządu widmowego, zauważymy, że w chwili wystąpienia barwy brunatnej wskutek ogrzania, znika widmo hematyny obojętnej, a występuje smuga pochłonna hematyny alkalicznej (źle ograniczona smuga przed linią *D.*); jeżeli roztwór oziębimy, smuga ta znika, a występuje wraz z pierwotną barwą czerwoną też i widmo hematyny obojętnej. Właściwość ta jest bezwarunkowo znamienną dla roztworu hematyny obojętnej i pozwala nam z łatwością odróżnić widmo takowej od widma oksyhemoglobiny, z którem zresztą tylko przy bardzo powierzchownem badaniu mogłoby być zamienionem.

Zauważyłem, że wszędzie, gdzie barwik krwi (oksyhemoglobina, methemoglobina), ulega rozkładowi w rozczynie obojętnym, barwik odszczepia się jako hematyna obojętna. Najłatwiej jednak ulega tej przemianie na hematynę obojętną methemoglobina.

Wspomniałem już wyżej, że wyskok, dodany do roztworu methemoglobiny, zmięszanego z rozczynem soli obojętnej, sprowadza natychmiast zmianę barwy brunatnej na jasnoczerwoną. Równocześnie znika widmo methemoglobiny, a zjawia się widmo hematyny obojętnej. Że otrzymaliśmy w ten sposób rozczyn hematyny obojętnej, o tem przekonywa nas nietylko znamienna barwa czerwona, z odcieniem żółtawym rozczynu, znamienne widmo hematyny obojętnej, ale prócz tego przedewszystkiem zmiana barwy czerwonej na brunatną, występująca po zagotowaniu rozczynu (przy czem znika widmo hematyny obojętnej, a natomiast zjawia się smuga hematyny alkalicznej przed *D.*); po oziębieniu płynu powraca wraz z barwą jasno czerwoną i pierwotne widmo hematyny obojętnej. Nadto, przez rozcieńczenie roztworu wodą przekroploną, ulega on zmętnieniu, a hematyna strąceniu. Tak zachowuje się jedynie roztwór hematyny obojętnej. (Zresztą i rozczyn oksyhemoglobiny ulega pod wpływem wyskoku tejże samej przemianie na hematynę obojętną).

Methemoglobina jednak ulega przemianie na hematynę obojętną wskutek działania czynników chemicznych, które roztworu oksyhemoglobiny nawet po dłuższym czasie w widoczny sposób jeszcze nie zmieniają. Już pod wpływem chloroformu lub eteru ulega methemoglobina przemianie na hematynę obojętną.

Wydzielona z roztworu hematyna obojętna przedstawia strąt barwy czerwonej. (Roztwór methemoglobiny, wstrząsany z pewną ilością chloroformu, zmienia swoją barwę brunatną na jasno czerwoną wskutek przemiany na hematynę obojętną; jeżeli teraz do roztworu dodamy $^1/_3$—$^1/_2$ objęt. wyskoku, i raz wstrząsamy wydzieli się hematyna obojętna w postaci strątu barwy czerwonej, osiadającego nad chloroformem). Strąt ten posiada znamienne cechy hematyny obojętnej (nierozpuszcza się w wodzie przekroplonej nawet po ogrzaniu, nierozpuszcza się w wyskoku etc.; barwa czerwona tego strątu zmienia się pod wpływem ogrzania na brunatną; nadto okazuje badany w cienkiej przeźroczystej warstwie między dwiema płytami szklannemi widmo hematyny obojętnej; sposób ten umożliwia badanie widmowe osadu zupełnie niezmienionego i pozwala uniknąć zarzutu, że wskutek rozpuszczenia osad uległ już zmianie).

Kończąc, streszczę w krótkości wyniki tej pracy:

1. Wyskokowy roztwór hematyny obojętnej posiada barwę czerwoną z odcieniem żółtawym.

2. Roztwór taki otrzymamy jedynie w razie obecności odpowiedniej ilości soli obojętnej. Otrzymać więc można rozczyn hematyny obojętnej albo w ten sposób, iż dolejemy do roztworu methemoglobiny, zmięszanego poprzednio z wystarczającą ilością soli obojętnej (NaCl), $^1/_2$ objęt. wyskoku. Sól obojętna zapobiega strąceniu hematyny. Ten sam wynik otrzymamy, zobojętniając alkaliczny wyskokowy rozczyn hematyny.

3. Roztwór hematyny obojętnej posiada znamienne widmo, złożone z dwóch smug, położonych między *D.* a *b.*

4. Znamienną cechą roztworu obojętnej hematyny jest zmiana barwy czerwonej na brunatną, występująca po ogrzaniu roztworu. Równocześnie znika widmo hematyny obojętnej, a pojawia się smuga hematyny alkalicznej. Po oziębieniu roztworu powraca wraz z pierwotną barwą i widmo hematyny obojętnej.

P. Prof. Niemiłowiczowi za poparcie w ciągu mej pracy wyrażam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra. A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Leczenie liszaja żrącego metodą Unny.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz

sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Jako drugą gromadę środków zabijających drobnoustroje wymienia ługi żrące, których najwybitniejszym przedstawicielem jest ług potasowy. Skutkiem niemożności łączenia go z kwasem salicylowym odpada jego działanie wybiórcze

ma jednak tę wybitną zaletę, że wsiąkając w tkankę, działa głębiej. Stósować ją przeto należy nie w przypadkach takich, w których zmiany istnieją w postaci rozrzuconych guzków, lecz tam, gdzie nam zależy na zniszczeniu całej tkanki zgrubiałej w głąb (*lupus scleroticus, hyperrophicus*).

Jako najdogodniejszą i najwięcej używaną postać podaje Unna ciasto (pastę) o składzie następującym:

Rp. Kali caustic.
Calcar. ustae
Sapon. virid.
Aq. destill. aa part. aequ.

Koniecznym warunkiem dla działania tego ciasta jest utrzymanie wilgoci, w stanie suchym bowiem działa nader powierzchownie. Przy stósowaniu więc smaruje się ciasto na grubość grzbietu noża na miejsce mające być przyżeganem, przykrywa się takiej samej wielkości wacikiem, zwilżonym wodą i pokrywa plastrem lub ceratką. Na błony śluzowe nie potrzeba przykładać wacika, wilgoć ich bowiem jest wystarczającą dla działania ciasta. Zwykle wystarczają 2—3 takie opatrunki, przy zmienianych co parę godzin wacikach, dla zniszczenia nawet najtwardszej tkanki liszajowej, — często już jednorazowe przyłożenie ciasta potasowego usuwa chorą tkankę, a wyrosła ziarnina, po oddzieleniu się zgorzelinowego strupa, szybko pokrywa się przyskórkiem.

Przy stósowaniu tego ciasta, nie można, niestety, uzyskać znieczulenia, chyba bardzo wysokim odsetkiem czystej morfiny (*morphinum basicum*, 10—20%), to też chyba na bardzo małej przestrzeni można użyć ciasta potasowego z takim dodatkiem.

Ług potasowy działa jednak nietylko w tak silnem zagęszczeniu, ale także stósowany w znacznych rozcieńczeniach w postaci okładów z płynu 1:10,000:5000, usuwa szybko resztki nacieków. To też stósować te płyny należy, jako często zmieniane i dokładnie przykryte okłady, albo po powierzchownych przyżeganiach dla uwidocznienia pozostałych głębszych ognisk, albo po nakłóciu dla usunięcia resztek nacieków pozbawionych pratków.

Po użyciu wszystkich tu wymienionych przetworów, usuwających przeważnie zmiany powierzchowne, pozostają prawie zawsze w mniejszej lub większej ilości, w miejscach leczonych lub w ich otoczeniu, przeświecające przez skórę lub prawie niewidoczne, a występujące dopiero przy użyciu diaskopu, drobne, głębokie ogniska liszaja. Gdyby się w tym okresie choroby leczenia zaprzestało, głębokie te ogniska, często nader nieznaczne, byłyby przyczyną nawrotu choroby; to też dokładne poszukiwanie i usunięcie ich jest najważniejszym okresem leczenia, bo od ścisłości i dokładności tego zabiegu zależy zupełność wyleczenia.

Do tego ostatniego celu służy podana przez Unnę w r. 1888 metoda [1]), polegająca na nakłówaniu głębszych ognisk w skórze (*Spickmetode*) ostro zakończonymi patyczkami z twardego drzewa, nasiąkniętymi chlorkiem antymonu (*liquor stibii chlor.*). Tak wbite prostopadle do skóry kołeczki obcina się nieco powyżej powierzchni skóry i przykrywa plastrem, najlepiej rtęciowym. Po 48 godzinach patyczki te wychodzą łatwo wraz z otaczającą go tkanką zgorzelinową, a pozostaje, zależnie od głębokości i wielkości ogniska, duża jama, zapełniająca się szybko ziarniną tak, że zazwyczaj po 6—8 dniach pokrywa się przyskórkiem, a powstała blizna jest w stosunku do wielkości pozostałej po wyjęciu kołeczka jamy nader gładka, nie rzadko trudno po pewnym czasie dająca się spostrzedz.

Na nacieki i wrzody na błonach śluzowych stósowałem z dobrym skutkiem chlorek antymonu naprzemian z 2% roztwór azotanu srebrowego (1:50 *Spir. aether. nitros.*), w uporczywszych przypadkach ciasto żrące.

W krótkości przedstawiłem główne punkta tej metody, rzeczą doświadczenia jednak jest lepsze lub gorsze jej stósowanie. Trudno dokładnie oznaczyć granice stósowania tego lub owego środka, trudno określić stanowczo dlaczego przy pewnych postaciach zmian należy użyć maści lub pasty; — dłuższe dopiero stósowanie tych środków, mnogość różnych przypadków w leczeniu, pouczyć może, którego z tych środków w danym przypadku użyć należy, który przy usuwaniu tkanki chorobowej najwięcej zdrowych tkanek zaoszczędzi i który najszybciej do celu doprowadzi.

Zasadą techniki tej metody jest usunięcie najpierw nacieków lisz. rozlanych, powierzchownych, aby po ich ustąpieniu ograniczyć obraz chorobowy do pewnych głębszych ognisk, które doszczętnie zniszczyć należy, aby zapobiedz w ten sposób nawrotom choroby. Nie można przeto przy tej metodzie mówić o usunięciu zmian chorobowych jednym zamachem, jak n. p. przy metodach krwawych, — ale to powolne skrzętne poszukiwanie, już po usunięciu nacieków powierzchownych, za zmianami głębszemi, przytem podział środków na żrące i zabijające drobnoustroje, — daje mi większą rękojmię doszczętnego wyleczenia choroby tak, aby nawroty wykluczyć można było. Zaznaczyć zarazem należy, że leczenie tą metodą zasadza się nie tyle na działaniu powyżej wymienionych, zresztą już dawno znanych środków, ale w znacznie większej mierze na systematycznem, metodycznem ich stósowaniu. Przytem zwrócić należy uwagę i na tę okoliczność, że metoda ta w całej swej rozciągłości dąży do tego, aby niszcząc doszczętnie tkanki chorobowe, zaoszczędzić jak najwięcej tkanek zdrowych, które łatwiej nawrotom choroby oprzeć się mogą, niż najsilniejsze nawet blizny.

W końcu przytaczam w krótkości leczone przypadki, z których część tylko uważam za wyleczone, ale pozostające jeszcze pod kontrolą, — w innych, tylko podleczonych, rozpoczęte nakłówanie sprawę chorobową usuwa.

Mężczyzni: I. J. F., lat 32, chory od kilkunastu lat. Grzybowate narośle zajmują koniec nosa i skrzydełka; naciek przechodzi także na wargę górną i policzki. Ciasto żrące usunęło zgrubiały naciek, pozostałe guzki głębsze nakłóto. Błonę śluzową przegrody nosowej pędzlowano chlorkiem antymonowym i 2% rozczczynem azotowym srebrnym. Wyleczenie.

2. J. H., lat 21, od dwóch lat chory. Brzegi otworów nosowych, część wargi górnej i błona śluzowa jamy nosowej pokryta owrzodziałymi naciekami, na skórze nosa widać kilka odosobnionych guzków. Maść zielona usunęła powierzchowny naciek, pozostałe guzki nakłóto. Owrzodzenia błony śluz. zagojono pędzlowaniem chlor. antym. i azot. srebr. Wyleczenie.

3. J. Z., lat 17, choroba trwa od 7 lat. Naciek liszaja zajmuje całą skórę nosa i wargę górną. Na podniebieniu twardem owrzodzenie, sięgające do obnażonej kości; podobne na błonie śluzowej warg ustnych i dziąseł. Maść zielona i okłady (*kali caust.*) pozostawiły tylko parę drobnych ognisk, które po nakłóciu ustąpiły. Na błonach śluz. chlorek

[1]) *Monashf. f. prakt. Derm.* 1888 r. str. 195.

antymonowy nie zagoił owrzodzeń, które oczyściły się dopiero pod ciastem żrącem.

4. A. S., lat 19, od 4 lat chory. Na skórze nosa, policzkach, obu wargach ust liczne nacieki i guzki, miejscami owrzodziałe. Owrzodzenia znajdują się też na błonie śluz. warg i języka. Maść zielona usunęła zmiany powierzchowne; pozostałe po jej stósowaniu i okładach głębsze guzki zaczęto nakłówać.

Kobiety: 5. F. S., lat 37, chora od paru miesięcy. Brzeg i wnętrze nozdrza lewego naciekłe i owrzodziałe. Maść zielona usunęła prawie w zupełności naciek w skórze i błonie śluz., pozostałe trzy głębsze guzki nakłóto. Wyleczenie.

6. M. K., lat 17, chora od pół roku Brzegi nozdrzy obrzękłe, naciekłe; naciek przechodzi na wargę górną, przegrodę skórną i koniec nosa. Maść zielona i okłady doprowadziły do tak pomyślnego stanu, że nawet przy użyciu diaskopu guzków wykryć nie można. Wyleczenie.

7. S. H., lat 26, choroba trwa już 10 lat. Na skórze nosa naciek powierzchowny, przechodzący na policzek prawy i na wargę górną. Po maści zielonej naciek ustąpił, pozostawiwszy parę guzków, które nakłóto.

Przy kontroli po dwu miesiącach pokazały się dwa drobne guzki, dające się wyśledzić zapomocą diaskopu, które nakłóto. Wyleczenie.

8. Z. P., lat 11, od lat trzech cierpiąca. Na nosie liczne blizny, otwory nosowe zwężone, brak skrzydełek nos. Brzeg wargi górn. ust wywinięty, w trójnasób obrzękły, pokryty miejscami owrzodzeniami; na skórze tej wargi guzek wielkości soczewicy. Pędzlowanie chlorkiem antym. naprzemian z pędzlowaniem azot. srebr. zmniejszyły znacznie wywiniętą wargę, ponieważ, jednak naciek ciągle się utrzymywał, zastósowano pastę żrącą, która zmniejszyła wargę, pokrywającą się obecnie przyskórkiem.

9. M. Ch., lat 16, liszaj trwa 5 lat. Na końcu nosa i skrzydełku prawem liczne guzki w gromadkach, na wardze górnej znajduje się naciek wielkości srebrnego guldena. Po stósowaniu maści zielonej pozostały jeszcze liczne guzki, które dopiero nakłówanie w znacznej części usunęło.

10. S. W., lat 26, chora od 6 lat. Na nosie widać gładką bliznę (po operacyi met. Langa), w obwodzie pojedyncze guzki, podobne w gromadkach na policzku prawym i na wardze górnej; na podniebieniu miękkiem owrzodziałe nacieki. Maść zielona i okłady z rozcz. ługu pot. zdołały usunąć tylko małą część nacieków, obecnie nakłówanie usuwa je.

11. A. M., lat 12, od 6 lat chora. Na skrzydełku nosowem prawem wyniosły, nierówny naciek, na drugiem skrzydełku, policzku i wardze górnej znajdują się drobniejsze; na błonie śluz. warg i na podniebieniu widać owrzodzenia. Ciasto żrące usunęło w 24 godzinach naciek skrzydełka prawego, na resztę nacieków przykładano czas dłuższy maść zieloną, a pozostałe po jej stosowaniu, oraz okładach, guzki nakłówano tak, że zmiany na skórze zupełnie ustąpiły. Na błonach śluzowych chlorek antymonowy zmniejszył nacieki, na resztki zastósowano ciasto żrące.

12. M. K., lat 18, cierpi od 2 lat na liszaj żrący, który w postaci rozrzuconych guzków zajmuje oba skrzydła i koniec nosa, jakoteż przegrodę skórną i chrzęstną. Powierzchowny naciek ustąpił wkrótce po okładach i maści zielonej, guzków jednak pozostało dużo, dlatego nakłówa się je obecnie.

13. Ch. G., lat 14, chora od 7 lat. Na obu policzkach, na nosie na wargach ust znajdują się liczne nacieki i guzki częściowo owrzodziałe. Maść zielona i okłady usunęły znaczną część nacieków, pozostałe guzki nakłówa się obecnie.

14. A. K., lat 8, choroba trwa od 3 lat. Oba policzki, nos w całości i warga górna, która jest znacznie obrzękłą, pokryte są licznymi guzkami, miejscami owrzodziałymi. Leczenie maścią zieloną i okładami, usuwając powierzchowne zmiany, przygotowuje do nakłówania.

15. J. Z., lat 8, chora od kilku lat. Na ręce lewej widać liczne nacieki tak na grzbiecie, jak i dłoni, przechodzące i na palce ręki. Ramię tej kończyny również zajęte naciekami na przestrzeni dużej dłoni, podobnie cała tylna powierzchnia i część pośladka kończyny dolnej prawej; wszędzie nacieki w części owrzodziałe. Maść zielona i okłady (*kali caust.*) usunęły nader dużo nacieków, szczególnie w częściach środkowych przytoczonych zmian. Pozostałe w największej ilości na obwodzie zmian guzki zaczęto już nakłówać.

Jak z powyższego krótkiego zestawienia widać, nie rozporządzam dotąd przypadkami tak wyleczonymi, w którychby szereg lat, ubiegły od czasu wyleczenia, dawał zupełną rękojmę, że nawrót choroby się nie pojawi; — przytoczone powyżej przypadki, szczególnie pozostające pod kontrolą dają mi jednak możliwie największe nadzieje, że chociaż przy oglądaniu od czasu do czasu wypuszczonych z leczenia chorych, jakieś drobne ognisko dotąd niewidoczne pojawić się może, to przecież w końcu chorych tych uznać muszę za zupełnie wyleczonych, — a zatem będę miał wynik, którego żadną inną metodą dotąd uzyskać się nie powiodło.

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

V. Sprawa Färberów.

(Dokończenie).

Na powyżej podanem, treściwem zestawieniu szczegółów sprawy, która sądzona przed Trybunałem przysięgłych w Krakowie „przez cały tydzień przeszło, — jak się wyraża sprawozdawca „Czasu“ w numerze z 20 października 1898 w swej epikryzie, — utrzymywała w największem naprężeniu uwagę publiczną“, mógłbym poprzestać, zwłaszcza że stronę sądowolekarską przypadku wyczerpują najdokładniej orzeczenia Wydziału lekarskiego. Jeżeli jednak mimo to mam zamiar zaopatrzyć powyższe streszczenie kilku uwagami, to skłania mnie do tego częścią chęć przedstawienia mego osobistego sądu o przypadku, częścią potrzeba zastanowienia się nad orzeczeniem drugich obducentów, które ze stanowiska praktyki sądowolekarskiej zasługuje na miano niezwykłego wydarzenia.

Werdykt Trybunału przysięgłych, zaprzeczający pytanie w kierunku zbrodni morderstwa, a potwierdzający pytanie o zbrodni zabójstwa, muszę nazwać ze wszech miar trafnym i sprawiedliwym, a to na podstawie mego osobistego sądu o rzeczy, jaki musiałem sobie wyrobić, rozczytując się kilkakrotnie w obszernych aktach śledczych. I tak zdaje mi się, że wynaleziony przez śledztwo motyw nie był wystarczającym do przyjęcia zbrodni tak ciężkiej, jak morderstwo. Powtóre, przyzna każdy, że nasz wiejski żyd nie tak prędko na zbrodnię podobną się poważy, jeżeli tylko okoliczności do kroku takiego ostatecznie go nie zmuszą. Zatarg Färberów z zarządem dóbr Zakopańskich mógł pociągnąć dla nich poważne niekorzyści na wypadek, gdyby ów nadzorca zdołał ich na gorącym uczynku przychwycić. Jestem niemal przekonany, że Chudoba w istocie przychwycił Färberów na uczynku, wyszedłszy późnym wieczorem z karczmy Steinerów; również nie ulega dla mnie wątpliwości, że Färberowie mimo zaprzeczenia wiedzieli dobrze o zadaniu i obowiązkach śp. Chudoby. W każdym jednak razie okoliczność przychwycenia Färberów na niedozwolonem wydawaniu ćwiartówek piwa nie mogła w tejże chwili natchnąć ich myślą zgładzenia śp. Chudoby; wszak mieli oni do czynienia z ubogim góralem, którego mogli próbować i zapewne próbowali przekupić i w ten sposób skłonić do milczenia. Musiała się tu między obiema stronami rozegrać scena pró-

bowanego przez Färberów targu, zakończona zapewne wskutek uporu i niechęci nieboszczyka czynną utarczką, a to tem łatwiej, ile że Chaim Färber, człowiek gwałtowny, jak to, oprócz świadków, wykazał dowodnie także i przebieg rozprawy głównej, podrażniony uporem, skorzystał z prawa swej silniejszej pięści i z przypadkowej pomocy syna. I oto jedna chwila rozkiełzanej popędliwości człowieka gwałtownego i przewrotnego pchnęła go z dotychczasowego wykroczenia w objęcie zbrodni. W umyśle jego najprawdopodobniej nie zrodziła się z góry i przedtem obmyślana myśl odebrania życia góralowi, który dla zarobku podjął się ciężkiej w następstwach służby; zbrodnia ta była raczej dziełem chwili, uniesienia się człowieka popędliwego, mściwego i podrażnionego tem, że jego nieprawne działanie znalazło niepożądanego świadka.

Bądź co bądź, już z pierwszych nader niedokładnych wyników śledztwa wynikała w danej sprawie jasno przedmiotowa istota zbrodni, a to dzięki sumiennemu i wcale poprawnemu przeprowadzeniu obdukcyi zwłok przez pierwszych rzeczoznawców. Logiczne zastanowienie się nad szczegółami wyniku pierwszej sekcyi nie mogło żadną miarą podyktować innego sądu, innego orzeczenia, jak to, które w krótkiej osnowie podali pierwsi obducenci, a które Wydział lekarski w swem obszernem, motywowanem pierwszem zdaniu, wyjawił. Do sądu takiego, a nie innego, musiał w danym przypadku dojść każdy znawca, nawet ten, który głośno i otwarcie wyznaje zasadę „in dubio mitius“.

W jednej z licznych epikryz przypadków sądowych, będących przedmiotem orzeczenia Wydziału lekarskiego, powiada Blumenstok „na mocy doświadczenia mego (wówczas już prawie ćwierćwiekowego) coraz bardziej utwierdza się wemnie przekonanie, że stanowczość w orzekaniu w przypadkach wątpliwych pozostaje w odwrotnym stosunku do doświadczenia orzekających“.

Nie mogę się jeszcze poszczycić tak długiem doświadczeniem, jak autor przytoczonych słów, a jednak opierając się na własnem, wiele skromniejszem doświadczeniu, muszę to zdanie w zupełności i z naciskiem powtórzyć. Dziwną zaiste jest rzeczą, jak łatwo skłonni są znawcy, nie rozporządzający ani stosownem doświadczeniem, ani teoretycznem przygotowaniem, do ciężkiego i odpowiedzialnego swego urzędu, do wydawania stanowczych i niemal zawsze potępiających orzeczeń w sprawach wątpliwych.

Dziwne to na pozór i niewyjaśnione zjawisko stanowczego wynajdywania zbrodni tam, gdzie ona conajmniej jest wątpliwą, daje się wytłómaczyć właśnie i tylko brakiem doświadczenia i teoretycznego wykształcenia, z któremi łączy się jeszcze nierzadko niedokładność badania, wynikająca w znacznej części z zbytniego, a zawsze przeciwwskazanego pospiechu. Do miejscowości, w której wrzekomo popełniono zbrodnię morderstwa zjeżdża komisya sądowa wraz z znawcami, którzy, co prawda utrudzeni nieraz i zniechęceni uciążliwą podrożą, przystępują zwykle w mniej korzystnych warunkach do wykonania oględzin i sekcyi. Niekorzystne warunki, brak technicznej wprawy, często i brak należytego „instrumentarium“, wreszcie i pośpiech, aby zbyt wiele cennego nie tracić czasu, składają się w każdym trudniejszym przypadku, wymagającym nawet od zawodowca większego nakładu pracy i czasu, na to, że po ukończeniu oględzin spotyka się znawca z zupełnie ujemnym wynikiem. I w tej chwili może ów znawca powtórzyć za Faustem słowa: „i czemże ja teraz? za trudy bez przerw, nieświadom niczego, tak mądry jak wpierw“. Jakżeż tedy ma sobie poradzić i jak wybrnąć z trudnego położenia, które go zmusza do wydania sądu? Gdybyż to miał tę pewność, że oględziny wykonał dokładnie i rozważnie, że w istocie nie przeoczył żadnego szczegółu, że brak możliwych zmian rozpoznał dobrze ze stanowiska anatomopatologicznego! W tym razie łatwo i z podniesionem czołem mógłby powiedzieć: „nie umiem wyjaśnić przyczyny śmierci“, lub zdołałby po chwili krytycznego namysłu dojść do właściwego i zgodnego z prawdą rozpoznania n. p. śmierci z uduszenia, wstrząsu (shock) i t. d., słowem śmierci z przyczyn, nie wywołujących w ustroju zmian anatomicznych. Niestety, pewności tej zwykle znawca nie posiada, bo świadom, że pośpiesznie i niedokładnie badał, bo wie, że biegłość jego w rozpoznaniu zmian w narządach zwłok jest wskutek braku doświadczenia mała Mimo to jednak trzeba wydać orzeczenie, bo sędzia na nie czeka. W pogoni za sposobem wyjścia z trudnego położenia znajduje go w treści doniesienia, dopatrującego się z natury rzeczy zbrodni w każdym niemal przypadku nieco zagadkowej a nagłej śmierci, wynikłej choćby z naturalnych przyczyn. W ten sposób powstaje orzeczenie, nie odpowiadające istotnemu wynikowi oględzin i prawdzie, a co gorsza, orzeczenie to bywa w tych razach zwykle stanowcze w kierunku przypuszczenia zbrodni, w ten bowiem sposób usiłuje znawca nieraz bezwiednie wynagrodzić sobie chwilowy kłopot, który wynikł z niemożności wyjaśnienia przypadku. Lecz niedość na tem, jeden błąd nosi mściciela w swem łonie, bo rodzi dalsze i coraz większe. Dla poparcia niezgodnego z prawdą orzeczenia wyzyskuje się wszelkie niejasności z wywodu oględzin, drobne i błahe szczegóły z śledztwa przez nadanie im znaczenia takiego, jakiego w istocie nie posiadają. „Hoc unum ante alia te admonitum velim, ut cum primum magistratus te ad relationem forendam adhibebit, ne praeceps sis atque inconsultus in judicando dicendoque; mature omnia ac prudenter agas velim ac praesertim, si de eadem re diversam proponi aliorum sententiam senseris: tunc enim nihil dicis, quod non satis digna meditatio judiciique maturitas elaborabit“. Niestety pouczające te słowa, wypowiedziane w 16. wieku przez autora pierwszego podręcznika medycyny sądowej, przebrzmiały już dawno zapomniane.

Jako dosadną ilustracyę wypowiedzianych poprzednio uwag pozwolę sobie pokrótce wspomnieć o dwóch orzeczeniach, z jakiemi, jako znawca tutejszego c. k. Sądu krajowego, w ostatnich czasach się spotkałem. W obu tych orzeczeniach oświadczyli się znawcy z całą stanowczością za śmiercią gwałtowną z zadławienia, względnie z zaciśnięcia ust i nosa, mimo, iż ani na szyi, ani koło ust i nosa nie znaleźli żadnych śladów obrażenia ciała, zwłaszcza ręce były wolne od śladów walki, stoczonej w obronie życia. Za wyłączną podstawę jednego z tych orzeczeń służyły znawcom „przekrwienie“ (zdaje się nasiąknięcie gnilne rozpadłym barwikiem krwi) $^1/_3$ dolnej części mięśni mostkoobojczykosutkowych i smugowate otarcia naskórka poza małżowinami usznemi, t. j, w miejscach, które wedle zeznań wszystkich świadków pocierano silnie w celu przywrócenia do przytomności kobietę, której zwłoki wydobyto z sadzawki. Potwierdzenia swej opinii szukali znawcy w błahym szczególe śledztwa, t. j. w stwierdzonem zwilżeniu poduszki, na któ-

rej denatka na krótko przed swą śmiercią spała. Zdaniem ich dowodził ten szczegół pocenia się denatki, a tak obfity pot mógł zrosić jej głowę tylko wtedy, gdy ją duszono!!

Wskutek powyższego pozornie tak uczonego zdania pozostawał posądzony przez połowę roku w więzieniu śledczem.

Jeżeli orzeczenia podobne, potępiające w sposób stanowczy osoby podsądne, całkiem niewinne, lub których domniemana wina jest wielce, wielce wątpliwą, są conajmniej godnemi ubolewania zdarzeniami, to są niemi również i takie orzeczenia, które w przypadkach niewątpliwej zbrodni, skutkiem nadużycia szlachetnej i słusznej zasady „in dubio mitius“, stanowczo możliwość zbrodni wykluczają, naginając szczegóły śledztwa i wywodu oględzin, o ile to możliwe, do niezgodnego z prawdą zapatrywania, uwzględniając momenty, przydatne do jego poparcia, a pomijając milczeniem te, które z niem są w niezgodzie. Jeżeli bolesnym i obrażającym uczucie ludzkie jest wypadek zasądzenia niewinnego, to również niezgodnem jest z tem uczuciem zdarzenie, gdy zbrodnia i występek, krzywdzące społeczeństwo, uchodząc bez ukarania, święcą swój tryumf.

Orzeczenie drugich obducentów nie licuje z ścisłością i przedmiotowością wywodu ich oględzin. Obszerne to orzeczenie czyni już na pierwszy rzut oka wrażenie pisma, napisanego przez wprawnego obrońcę, który zasięgnął poprzednio wskazówek lekarskich. To piętno pisma obronnego uwidacznia się w ich orzeczeniu tem, iż dowody, przywiedzione na poparcie swego zapatrywania, czerpią oni jednostronnie z pośród tych szczegółów wywodów oględzin, które do celu tego się nadają. Tłómaczenia przez nich podane powstania obrażeń, znalezionych na twarzy i szyi denata, upadkiem jego na ścierń jest samo dla siebie dość trafnem i byłoby ono nawet zupełnie usprawiedliwionem, gdyby nie ulegało wątpliwości, iż denat zmarł wskutek uduszenia się aspirowaną krwią, oraz gdyby oprócz obrażeń na twarzy i szyi nie istniały jeszcze na innych częściach ciała obrażenia, niedające się w tenże sam sposób wyjaśnić. Wszak przyzna każdy, że sińce w obu jamach pachowych i w przegubie łokciowym nie mogły powstać przy upadku śp. Chudoby na ścierń, lecz że odnieść je można tylko do bezpośredniego działania drugiej, względnie drugich osób. Tymczasem znawcy pomijają te ostatnie uszkodzenia w swem orzeczeniu milczeniem, zdaje się dlatego, że nie dały się pogodzić tak jak poprzednie z podanem przez nich tłómaczeniem istoty danego przypadku. Zarazem uderza w tym względzie końcowy ustęp ich orzeczenia, w którym na odnośne zapytanie sędziego śledczego odpowiadają: „co do sposobu innego, któryby użyty być mógł i krwotok wywołać, to tak w pierwszej, jak i w drugiej sekcyi nie stwierdzono żadnych śladów, któreby wogóle za pobiciem lub jakimkolwiek gwałtem przemawiały“. Ten ustęp rozmija się z istotnym stanem rzeczy, bo nawet przypuściwszy niewątpliwą słuszność tłómaczenia obrażeń na szyi i twarzy denata upadkiem na ścierń, to w każdym razie pozostawały jeszcze do uwzględnienia sińce w pachach i przegubie łokciowym, które gwałtu, stanowczo wykluczonego przez znawców, niezbicie dowodziły. Że zaś w obecność tych sińców powinni byli drudzy obducenci wierzyć, wynika ztąd, że się sami przy oględzinach niedwuznacznie o tem przekonali, jak pierwsi obducenci sumiennie przez nacięcie każde z opisanych obrażeń badali, a chyba superarbitrowie nie mieli żadnych podstaw do przypuszczenia takiej nieudolności u znawców pierwszych, iżby ci nie byli w stanie rozpoznać sińca nawet po nacięciu na zwłokach całkiem jeszcze świeżych. Jeżeli zaś obok obecności obrażeń, które mogły, lecz nie musiały powstać przez upadek na ścierń, były obrażenia wyłącznie tylko dowodzące gwałtu, to kombinacya taka mogła skłaniać do skorzystania z zasady „in dubio mitius“, ale w miarę; bynajmniej zaś nie usprawiedliwiała ona tonu stanowczego przy wykluczeniu możliwości gwałtu zadanego przez drugie osoby.

Powyżej nazwałem tłómaczenie powstania obrażeń na szyi i twarzy denata upadkiem na ścierń „względnie trafnem“; z tego jednak nie wynika, bym je uważał za bezwzględnie słuszne. Co do mnie, mam to przekonanie, że obrażenia te powstały również wskutek gwałtu, t. j. wskutek uciskania szyi denata ręką napastnika, a pod tym względem nie zdołały mnie inaczej przekonać książkowe wywody drugich obducentów, w których pouczają sąd, kiedy ślady obrażeń na szyi wolno uważać za ślady dławienia. Wprawdzie ten wywód ich jest słusznym, ale znowu tylko jednostronnym. W podręczniku moim [1]), omawiając ślady dławienia i ich rozpoznawcze znaczenie dla tego rodzaju śmierci, wyraźnie dodaję „nie zawsze są ślady w tak typowy sposób rozmieszczone, czasem bowiem mogą się uwydatnić tylko po jednej stronie szyi, a czasem mogą wcale nie istnieć w rzeczywistych przypadkach zadławienia, w których ucisk był wywarty na szyję osłoniętą ubraniem, lub n. p. bujnym zarostem na twarzy [2])“. Strassmann [3]) zaś powiada: „Bereits vorher wurde erwähnt, dass bei der Erwürgung eher als bei den anderen Strangulationsmarken erhebliche Blutunterlaufungen an den vorhandenen Verletzungen zu erwarten wären. Neben denjenigen Fällen, in denen diese Erwartung zutrifft, giebt es indess auch eine nicht zu geringe Anzahl anderer, in denen Sugillationen, wie an den Druckspuren, so auch an den inneren Halsorganen fehlen, in denen der Befund der Halssection kein anderer ist, als wie er sich durchschnittlich auch beim Erhängungstode darstellt“; na innem zaś miejscu powiada: „Umgekehrt kann auch beim Erwürgen die Ausbildung von Spuren an der Haut mehr oder weniger ausbleiben, wenn der Angriff z. B. den mit einem Tuch geschützten Hals getroffen hat“. Jeszcze dosadniej wyrażają się Casper i Liman [4]): „Hier (beim Erwürgen) findet man an einer oder an beiden Seiten des Halses die Spuren von Fingereindrücken... — es sind rundliche, oder halbmondförmige, oder ganz unregelmässige von Abschindungen der Epidermis begleitete Flecke“. W zamieszczonej zaś w dziele ich kasuistyce znajduje się przypadek oznaczony liczbą 328, w którym nie wahali się oświadczyć za śmiercią z zadławienia, choć ślady tegoż były rozmieszczone tylko po jednej i to po prawej stronie szyi denatki (Sadowskiej). Na tej więc podstawie opierając się, nie można było żadną miarą wykluczyć możliwości, a nawet i pewności zadławienia śp. Chudoby, jak to z całą stanowczością uczynili drudzy obducenci w swem orzeczeniu.

Drudzy obducenci, wykluczywszy wszelkie inne możliwe

[1]) Str. 290.

[2]) Dlatego to Wydział zażądał przed wydaniem I. swego orzeczenia odpowiedzi na pytanie, czy śp. Chudoba nosił zarost.

[3]) Lehrbuch, 1895 str. 273.

[4]) Practisches Handb. d. ger. Med. T. II. 1876. str. 652.

źródła krwotoku, przyjmują krwotok nosowy, a godząc się z grubsza z rozpoznaniem pierwszych obducentów, iż śmierć nastąpiła wskutek uduszenia, tłómaczą je aspiracyą krwi do dróg oddechowych. Tłómaczenie to, chociaż pozornie usprawiedliwione, zwłaszcza rozmieszczeniem śladów krwi na gościńcu i koło zwłok podanem przez świadków, przecież nie odpowiada prawdzie, wszak bowiem krew mieściła się tylko w grubszych oskrzelach; gdyby zaś ta krew dostała się do grubszych oskrzeli za życia denata, musiałaby wtargnąć przy oddechach także do drobnych oskrzeli, z tych zaś do pęcherzyków płucnych, wobec czego znów przedstawiałaby ich powierzchnia krwawe zabarwienie, znane pod nazwą tygrysowatego, a zabarwienia tego nie mogliby pierwsi znawcy przy swem sumiennem dochodzeniu przeoczyć. Tłómaczenie to zresztą i z innych przyczyn nie wytrzymuje ścisłej krytyki. Wszakże i krwotok nosowy samoistny (przypuszczony za taki przez drugich obducentów, jak „deus ex machina"), nie tak łatwo i prędko pozbawi życia przez uduszenie człowieka przytomnego i trzeźwego. Przecież musiałby on pierwiej wywołać omdlenie człowieka, a czy można przypuścić takie omdlenie u śp. Chudoby, skoro utrata krwi u niego nie musiała być znaczną, gdy narządy wewnętrzne były nawet przekrwione? A dalej, czyż człowiek podeszły wiekiem, który nie miewał poprzednio nigdy krwotoków, zaskoczony nocą i w szczerem polu tak silnym krwotokiem, nie zapuka w śmiertelnej trwodze o pomoc do najbliższej siedziby ludzi, choćby mu nawet wrogich? Wreszcie dziwne zaiste zrządzenie losu, że ten niemiły dla Färberów Chudoba dostaje tego krwotoku właśnie koło ich browaru! I Wydział lekarski przyjmuje również, choć tylko z pewnem prawdopodobieństwem, w drodze logicznego wykluczenia, krwotok nosowy u śp. Chudoby, ale różni się od drugich obducentów w pojmowaniu jego przyczyny. Mając tak liczne ślady obrażeń, stwierdzone na ciele denata, Wydział nie ucieka się do dalszych przypuszczeń, lecz podejmuje to, które jest najbliższem. Odnosi zatem przyczynę możliwego krwotoku z nosa do urazu, zadanego denatowi w tę okolicę ciała, a to dlatego, ponieważ na czole i nosie znaleziono sińce, zatem ślady urazu. Że zaś ślady te na czole i nosie pochodziły najprawdopodobniej od urazu, zadanego n. p. pięścią drugiej osoby, przemawia doświadczenie. I tak piszą Casper i Liman [5]): „Nicht selten sind Kratzwunden am Halse, ferner Sugillationen vorzugsweise der linken Augenlider und der Gesichtshälfte mit den auf Erwürgung deutenden Verletzungen verbunden, durch Faustschläge gegen diese Theile gerichtet, herrührend". Wprawdzie obrażenia na ciele śp. Chudoby były na prawej stronie rozmieszczone, lecz okoliczność ta jest bez znaczenia, skoro i ślady dławienia na szyi mieściły się na stronie prawej, przemawiając do pewnego stopnia za działaniem lewej ręki napastnika.

W orzeczeniu Wydziału lekarskiego może uderzać niestanowczość w przypuszczeniu krwotoku, którego istnienia dowodzićby się zdawały wykazane śledztwem obfite ślady krwawe na gościńcu i przy zwłokach. Jeżeli, mimo stwierdzenia tak licznych kałuż i śladów krwawych, Wydział lekarski przyjmuje krwotok za prawdopodobny, a nie za stanowczo dowiedziony, to czyni to dlatego, że właśnie między tą obfitością krwi w napotkanych śladach, a stopniem ukrwienia zwłok zachodzi widoczny niestosunek. Jeżeli bowiem w istocie denat utracił tyle krwi z swego ustroju, jak tego dowodzą opisane przez świadków, a przez pierwszego sędziego śledczego zupełnie pominięte i nie badane ślady krwawe, to w takim razie nie wytłómaczonem pozostaje zjawisko stwierdzonego przy pierwszej sekcyi przekrwienia narządów wewnętrznych, płuc i nerek. Gdy zaś rozpoznanie niedokrwienia narządów nie sprawia nawet mało biegłemu znawcy żadnej trudności, znawcy zaś pierwsi nietylko go nie stwierdzili, lecz owszem zauważyli przekrwienie, przeto Wydział lekarski, opierając się raczej na faktach przedmiotowo i przez rzeczoznawców stwierdzonych, niż na szczegółach niedokładnie i nie fachowo określonych, nie mógł jak tylko z prawdopodobieństwem za krwotokiem się oświadczyć. Z konsekwencyi zaś nie mógł odmówić także słuszności podejrzeniu, prokuratoryi państwa w Krakowie, przypuszczającemu, iż ślady i kałuże krwi były sztuczne i pochodziły z rozmyślnego rozlania przez sprawców krwi zwierzęcej celem upozorowania naturalnej śmierci. Podejrzenie powyższe nasunęło się już przedtem jednemu z członków Wydziału lekarskiego, mianowicie w czasie pierwszych obrad Wydziału nad sprawą Färberów. Niestety słuszność lub niesłuszność tego podejrzenia mogła była być rozstrzygniętą tylko w czasie, gdy ślady te istniały, a wówczas, gdy podjęto pierwszą sekcyę zwłok, sędzia śledczy zaniedbał zwrócić na nie własnej i rzeczoznawców uwagi.

Powyżej przytoczyłem słowa Blumenstoka, że stanowczość w orzekaniu w przypadkach wątpliwych pozostaje w odwrotnym stosunku do doświadczenia orzekających. Rozumie się, że przez tę stanowczość miał Blumenstok na myśli stanowczość w wydawaniu orzeczeń potępiających podsądnego. Otóż nasuwa się pytanie, czy orzeczenie pierwszych obducentów i Wydziału nie było stanowczem w myśl zdania Blumenstoka? Odpowiedź na pytanie to zostawiam po całym dotychczasowym moim wywodzie krytycznemu sądowi czytelników. Chociaż atoli orzeczenie Wydziału było co do głównego pytania, czy śmierć naturalna, czy też gwałtowna, całkiem stanowcze, to z drugiej strony było ono chwiejne i niepewne co do niektórych ubocznych okoliczności. Jeżeli zaś z tego powodu ucierpiała nieco całość orzeczenia, to nie może to obniżać znaczenia i powagi naszej najwyższej instancyi w orzeczeniach sądowolekarskich, lecz owszem, może je tylko ugruntować, bo więcej i pewniej orzec, niż dane po temu, to cecha małego doświadczenia i lekkomyślnej nierozwagi. Odtrącając zgubną zasadę poddawania się zwodniczym porywom żywej wyobraźni, Wydział lekarski nie może kusić się o obrazowe odtwarzanie scen zbrodni, nie mając w tym względzie pewnych danych, choćby nawet tym brakiem pożądanego jasnowidzenia ściągnął w tych razach dla siebie niechęć i niezadowolenie słuchacza przy rozprawie głównej, lub gorliwego czytelnika artykułów, umieszczanych w codziennych czasopismach pod napisem „Z sali sądowej".

[5]) l. c. str. 652.

IV. Wyciągi.

Vyšin **O białaczce.** *(Sbornik klinický.* 1899. T. I. Z. 4*)*. Praca V. opiera się na 10 przypadkach białaczki; 5 z nich spostrzegano dokładnie klinicznie; w jednym była typowa białaczka ostra, przyczem przeważały we krwi

i w narzadach krwiotwórczych, badanych histologicznie, małe jednojądrzaste leukocyty; w drugim przypadku z początku spostrzegano tylko niedokrewność, później rozwinęła się białaczka, w której leukocyty jednojądrzaste ilościowo równały się wielojądrzastym; w jednym z 3 pozostałych przeważały przed śmiercią komórki szpikowe. Na podstawie swoich badań przyłącza się V. do tych, którzy rozmaite rodzaje leukocytów uważają nie za odrębne jednostki morfologiczne, lecz za rozmaite okresy rozwoju jednego i tegosamego gatunku komórek, a w pojęciu patogenezy białaczki idzie za Müllerem, sądząc, że choroba ta polega na nadmiernem wytwarzaniu się leukoblastów, przemieniających się obficiej w leukocyty, a mniej w erytrocyty, niż w stanie prawidłowym. W ten sposób da się także wytłómaczyć drugie ze spostrzeżeń autora. Pochodzenia erytrocytów z tychsamych leukoblastów, z jakich tworzą się leukocyty, dowodzi obecność licznych form mitotycznych w narzadach krwiotwórczych w przypadkach białaczki, badanych przez autora. Oprócz tego znalazł autor w śledzionie, wątrobie i gruczołach limfatycznych bardzo obficie tzw. komórki szpikowe, a w 5 przypadkach spotkał w narządach krwiotwórczych myeloplaksy. — Guzy białaczkowe, spotykane w narządach wewnętrznych, pochodzić mogą z nagromadzenia się leukocytów ze krwi i z otoczenia; jednakże obecność licznych mitoz w jednym guzie białaczkowym serca, którą autor wykrył, dodzi, że obok tego może w guzach tych zdarzać się rozradzanie leukocytów, czyli że stanowić one mogą nowe źródło zakażenia białaczkowego. Autor bowiem skłania się do zdania, że białaczka jest chorobą zakaźną, w której bramą zakażenia bywa przewód pokarmowy. *C.*

Kukula. **Etyologia krwotoków jelitowych, występujących po uwięźnieniu przepukliny.** *(Sbornik klinický.* 1899. Tom I. Zeszyt 4). W przypadku uwięzłej przepukliny zginął pewien chory w praskiej klinice Maydla w 20 godzin po herniotomii wskutek krwotoku jelitowego. Okazało się, że uwięzły równocześnie dwie pętle jelita biodrowego; w jednej z nich, niższej, stwierdzono przy operacyi zawał krwawy; leżąca pomiędzy temi dwiema trzecia pętla uległa skręceniu i również wraz z krezką zawałowi krwawemu. Przy sekcyi wykazał K. obecność zakrzepu w gałęzi żylnej, łączącej żyły jelita cienkiego z *vena colica*; zakrzep ten wywołał zastój żylny, a w następstwie zawał krwawy w najniższej, uwięzłej pętli jelita biodrowego, ucisk zaś żył krezkowych podobne skutki w sąsiedniej, okręconej pętli. Krwotok był dalszym skutkiem tych zmian. W piśmiennictwie odnalazł K. jeszcze 14 przypadków krwotoków jelitowych, występujących czasem po odprowadzeniu przepuklin uwięzłych, i dzieli te krwotoki na 2 gromady: 1) krwotoki wczesne, wnet po odprowadzeniu przepukliny, mogące pochodzić: a) ze stłuczenia *(contusio)* jelita wskutek zbyt gwałtownych manipulacyj przy odprowadzaniu, a wówczas bywają zazwyczaj krwotoki nieznaczne, b) z zawału krwawego jelita wskutek przejściowego uciśnięcia żył lub też zakrzepu, wywołujących zastój żylny; krwotoki te są gwałtowne i niebezpieczne, c) z zawału krwawego, następującego po zupełnej niedokrewności jelita, bardzo silnie przedtem w bramie przepuklinowej zaciśniętego; ten sposób powstawania krwotoków nie jest jeszcze ściśle dowiedziony. 2) Gromadę drugą stanowią krwotoki późne po odprowadzeniu lub herniotomii, pochodzące z owrzodzeń ściany pętli uwięzłej, które to owrzodzenia mogą powstać przez a) obumarcie błony śluzowej po zupełnej niedokrewności jelita, krótko trwającej, (przy silnem zaciśnięciu bramy przepuklinowej), b) obumarcie po zastoju żylnym przy silnem a krótkiem, lub lżejszem, ale dłuższem zaciśnięciu w bramie, lub wskutek zakrzepu w żyłach. Natężenie krwotoku w tych razach może być rozmaite, zależnie od stopnia zmian w jelicie. *C.*

Prof. Rosenheim. **Kurcz i zwiotczenie (atonia) przełyku.** *(Deutsche med. Wochenschrift,* 1899. Nr. 45, 46). U 47 letniego zdrowego mężczyzny utkwił nagle kęs pokarmowy w przełyku i to w okolicy podmostkowej. Założony po 48 godz. zgłębnik, natrafił w głębokości 41 ctm. na opór, niedający się pokonać nawet silniejszym naciskiem i dopiero gwałtowne ruchy połykowe i równoczesne napieranie zgłębnikiem sprawiły, że ten ostatni łatwo dostał się do żołądka. Ponieważ ścisłe badanie ezofagoskopem nie wykazało żadnych nieprawidłowości prócz lekkich wybroczyn, wstrzyknięto do przełyku 3% eukainę i polecono nadto morfinę.

Po 2 miesiącach powtórzyło się to samo, lecz tym razem ruchy połykowe z silnem napieraniem zgłębnika (w głębokości 37 ctm.) zapory nie usunęły. Ezofagoskop wykazał kęs pokarmu, dokoła którego kurczowo przylegała ściana przełyku, ułożona w podłużne fałdy. Wstrzykiwania morfiny usunęły po kilku dniach przeszkodę, a pacyent od tego czasu badany co dwa miesiące, jest zupełnie zdrowy.

Ponieważ autor żadnej choroby przyczynowej w przewodzie pokarmowym nie wykrył, a pacyent nie był histerykiem lub neurastenikiem, przeto R. uważa to cierpienie, jako samoistny (idyopatyczny) kurcz przełyku, za czem przemawia skuteczność stosowanych środków (eukaina, morfina) i badanie ezofagoskopem Może być, że owe obydwa kęsy nie były dobrze przyprawione, za wielkie, lub niedostatecznie przeżute (czemu jednak chory przeczy) i dlatego wywołały kurcz przełyku; w każdym jednak razie trzeba przyjąć tu nadmierną pobudliwość nerwowo-mięśniową w wpustowej części przełyku, pomimo, że w innych narządach nie wykryto zwiększonej pobudliwości odruchowej. Takie właśnie pojęcie chce autor nazwać samoistnym kurczem przełyku, dla rozpoznania którego zestawia następujące cechy: 1. nagłe wystąpienie przeszkody w połykaniu u zdrowego zresztą osobnika; 2. napadowe występowanie tej przeszkody; 3. pierwsze kęsy pokarmu łatwo przechodzą, a dopiero następne mogą w przełyku utkwić i na odwrót; 4. częsta zmiana usadawiania się przeszkody w przełyku (raz wyżej, raz znowu niżej).

Co się tyczy zwiotczenia (atonii), to już Strümpell, Leichtenstern i Rumpel wykazali, że kurcz przełyku może z biegiem czasu pociągnąć za sobą atonię i rozstrzeń, mimo braku zmian anatomicznych, co też na zwłokach stwierdzili. Autor jednak sądzi, że w wielkiej liczbie przypadków zwiotczenie i rozstrzeń przełyku są pierwotne, a dopiero później powstaje kurcz części wpustowej, ustawicznie drażnionej przez wyżej położoną rozszerzoną część przełyku o zwiotczałej warstwie mięśniowej; przeszkody bowiem w przełyku, którego warstwa mięśniowa jest prawidłowa, nigdy rozstrzeni nie wywołują. Jako pouczający przykład takiej samoistnej pierwotnej atonii przełyku przytacza autor 2 chorych, u których rozpoznanie oparł na następujących cechach: 1. przypadłości objawowe (płyny łatwo przechodziły, stałe zaś pokarmy zatrzymywały się w przełyku); 2. wynik sondowania (tak twarde, jak i miękkie zgłębniki bez najmniejszej przeszkody dochodziły do żołądka); 3. wynik badania ezofagoskopem (brak innego cierpienia, znaczne zwiotczenie ścian i rozszerzenie dolnego odcinka przełyku).

Dr. Henryk Pisek.

Weissenfeld. **O bakteryach w maśle i rozmaitych przetworach mleka.** *(Berliner klin. Wochens.* 1899. Nr. 48). Uwaga autora skierowaną była głównie na prątki gruźlicze, o których znachodzeniu się w maśle namnożyło się w ostatnich czasach badań — z najsprzeczniejszymi wynikami (znajdowano prątki gruźlicze w 80, a nawet 100% badanych prób masła, to znów w żadnej, przeważnie jednak w 10—20%). W. badał 32 próbek masła rozmaitego pochodzenia i znalazł prątki gruźlicze prawdziwe, jadowite, tylko w 3. tj. 9,36%; 7 próbek wywołało u zwierząt gruźlicę rzekomą; jedna posokowate zapalenie otrzewnej; w jednej wreszcie, pochodzącej, co ciekawe, z mleczarni, wyjaławiającej swe wyroby, znalazły się jakieś, nie dające się wyhodować, a zabójcze dla zwierząt prątki. Wszystkie próby, które wywołały gruźlicę prawdziwą lub rzekomą, nie były wyjaławiane (4 z mleczarni, 3 z targu). 20 próbek wreszcie nie wywołało u zwierząt żadnych zmian chorobowych. Z przetworów mleka badał W. nutrozę, eukazynę, t. zw. „Kalk-Casein“ i plasmon czyli kazeon. We

wszystkich tych przetworach znajdują się bakterye (których jadowitości W. zresztą nie badał); jednakże dwa ostatnie przetwory są tak silnie zanieczyszczone bakteryami, że już na podstawie obliczenia ilości bakteryi należy je uważać za nieodpowiednie do użytku. *C.*

Schopf F. **Strutka z włosów** *(trichobezoar)* **w żołądku.** *(Wiener klin. Wochenschrift,* 1899. Nr. 46). Dawniej znachodzono strutki tylko przypadkowo podczas rozbioru zwłok. Od czasu wydoskonalenia chirurgii jamy brzusznej już w siedmiu przypadkach usunięto strutki za pomocą cięcia żołądkowego. Do tych przypadków dołącza autor swój, z rzędu ósmy, w którym wydobył ogromną strutkę, złożoną z włosów, a wypełniającą cały żołądek.

Dziewczynka 12-letnia zgłosiła się z powodu przypadłości żołądkowych do lekarza. Objawy były dosyć dziwne, ponieważ mogła znieść wszystkie pokarmy, z wyjątkiem słodyczy. Jeżeli tylko spożyła cokolwiek słodkiego, lub owoce, następowały nudności i wymioty. Powód istotny tego dziwnego objawu leżał poprostu w tem, że dziewczynka dorwawszy się słodyczy i objadała się niemi nad miarę. Lekarz przy badaniu znalazł guz w brzuchu i posłał dziewczynkę do szpitala. Tam rozpoznano guz ruchomy, twardy, poprzecznie ułożony, przy obmacywaniu mało bolesny, a ponieważ równocześnie nie można było wypukiem oznaczyć śledziony, rozpoznano guz śledzionowy.

Po przecięciu powłok brzusznych pokazała się pomyłka. Guz tworzył żołądek, a raczej jakieś ciała w nim, ponieważ ściany żołądka można było dobrze przesuwać ponad tem ciałem wewnętrznem. Po nacięciu żołądka wydobyto strutkę, złożoną z włosów pozlepianych, która wypełniała dokładnie cały żołądek. Oprócz tego ciągnął się od strutki postronek grubości 1 ctm., który wchodził do dwunastnicy i miał długości aż 40 ctm. Po wydobyciu strutki ranę w żołądku i w powłokach brzusznych zaszyto. Przebieg dalszy był zupełnie prawidłowy. Chora opuściła szpital uleczona.

Strutka, której fotogram podaje również autor, była odlewem wnętrza żołądka. Można na niej rozpoznać wyraźnie krzywiznę małą i wielką, wpust, odźwiernik i t. d. Ciężar strutki w stanie suchym wynosił 160 grm. Składała się ona z włosów rudawych mających do 30 ctm. długości, takich samych, jakie miała dziewczynka na głowie, oraz z włosów czarnych, twardych, o wiele krótszych, bo do 3 ctm. dochodzących na długość. Włosy były razem poplątane, spilśnione.

Dopiero po operacyi ojciec chorej przypomniał sobie, że córka już jako pięcioletnie dziecko zjadała włosy, za co ją nieraz karcił. Bawiła się wówczas często z psem czarnym, którego też włosy musiała zjadać, jak się pokazało ze składu strutki.

Strutki są objawem dosyć częstym u zwierząt. Psy, krowy, owce miewają je nieraz w przewodzie pokarmowym. Konie posiadają oprócz strutek z włosów także strutki z resztek roślin żutych t. zw. *phytobezoary* w kiszce grubej.

Miewają też strutki zwierzęta dzikie, jak kozica, antylopa, lama, wielbłąd, a twory te uchodziły w starożytności za lek*).

U ludzi wydarzają się prawie wyłącznie u kobiet. I tak z 16 znanych przypadków zdarzyła się strutka tylko raz u młodego chłopca. Zresztą były to same młode dziewczęta zazwyczaj histeryczki, połykające włosy. Dawniej, gdy guzów tych nie usuwano drogą operacyjną, przypadki takie kończyły się śmiercią z wycieńczenia, lub wskutek zapalenia otrzewnej z przedziurawienia. Rozpoznanie jest dosyć trudne, chyba, że wychodzą równocześnie włosy z kałem. Wogóle odznaczają się te guzy znaczną ruchomością. Tylko w trzech przypadkach z 16 ogłoszonych rozpoznano strutkę przed operacyą. W jednym z tych rozpoznanych przypadków po wydęciu sztucznem żołądka za pomocą proszków burzących można było dojść do przekonania, że w żołądku jest jakieś ciało wolne ruchome, a dopiero po przyznaniu się chorej, że zjadała oddawna w wielkiej ilości roślinę pewną *(Scorzonera hispanica)*, jako jarzynę, można było rozpoznać strutkę z roślin — *phytobezoar*. W innych przypadkach, nierozpoznanych przed operacyą, rozpoznawano nerkę ruchomą, śledzionę ruchomą, rak żołądka, guz sieci, nagromadzenie kału w kiszce grubej.

Tylko w jednym przypadku guz był nieruchomy, ponieważ wskutek długiego leżenia strutki w żołądku wytworzyło się owrzodzenie ścian żołądka, zapalenie otrzewnej i ustalenie guza. *Dr. St. Eljasz-Radzikowski.*

*) Sławą tą cieszyły się u nas zwłaszcza strutki z przewodu pokarmowego kozic z Tatr. Aptekarze krakowscy starali się o kozice z Tatr w tym celu i miewali u siebie na składzie „strutki kozicze“. Mówi o tem Gabryel Rzączyński: *Historia naturalis curiosa Regni Poloniae, Magni Ducatus Lituaniae etc. Sandomiriae, Anno 1721* na str. 320: *„Non paucae ex his (tj. rupicapris in montibus Tatry) Aegagropilas ferunt... Pharmacopolarum Cracoviensium testimonio...“*
αἴγαγρος = kozica, *pilus* = włos... Strutki używano jako lek przeciw truciznom, czyli jako odtrutkę, zkąd też i nazwa polska bezoaru.
Przyp. *Dr. St. E.-R.*

Dr. S Bernheim. **Leczenie gruźlicy metodą prof. Landerera.** *(Medicine Orientale,* 1899. Nr. 9.). Stosując metodę Landerera w gruźlicy doszedł autor na podstawie swych badań do następujących wniosków: 1. Kwas cynamonowy i zwiazki jego są połączeniami, które możemy uważać za nieszkodliwe, zupełnie nie działające na zdrowy ustrój ludzki. Związki te działają jedynie na gruźlicę, na inne zaś choroby nie wywierają najmniejszego wpływu. 2. Działanie kwasu cynamonowego i jego połączeń objawia się w sposób następujący: począwszy od pierwszych wstrzyknięć wytwarza się hiperleukocytoza, a we krwi pojawiają się wielkie ilości wielojądrzastych eozynochłonnych ciałek białych. Około ogniska gruźliczego wytwarza się stan zapalny, który kończy się wytworzeniem się tkanki łącznej i nowych naczyń. 3. Wstrzykiwanie hetolowe należy zawsze rozpoczynać dawką minimalną, mianowicie 1 miligramem, a podnosząc ją powoli, można dojść do 50 miligramów, której to dawki więcej podnosić nie potrzeba. Zwiększając, nie należy to czynić szablonowo, lecz kierować się ogólnym stanem chorego, uwzględniając gorączkę, krwotoki płucne i rozmiar leukocytozy. Stósownie więc do tego, czy przypadek jest więcej lub mniej ciężkim, stosuje się wstrzykiwania dłużej lub krócej; należy jednak liczyć najkrótszy przeciąg leczenia na 3 miesiące, cięższe przypadki do roku, przyczem chory powinien się znajdować w możliwie najlepszych warunkach higienicznych. 4. Landerer i Bernheim stósowali tę metodę w 284 przypadkach różnych postaci gruźlicy, a z ich badań doświadczalnych, drobnowidowych i klinicznych wynika, że kwas cynamonowy i jego połączenia wpływają bardzo energicznie na gruźlicę, a autorowie podają wielką liczbę polepszeń i wyzdrowień, uzyskanych jedynie tą metodą. 5. Landerer uważa kwas cynamonowy za odtrutkę na prątek gruźlicy i przyjmuje, iż związek ten łączy się z toksynami gruźliczemi, tworząc połączenia nieszkodliwe. Bernheim znów tłómaczy działanie lecznicze fagocytozą; — znaczna ilość leukocytów, pojawiających się po stósowaniu kwasu cynamonowego, ochrania ustrój od działania prątka Kocha i sprawia, iż prątek ten nie wytwarza, względnie mniejszą ilość toksyn. 6. Działanie lecznicze kwasu cynamonowego, względnie hetolu, możemy wygodnie spostrzegać gołem okiem w postaciach gruźlicy przewlekłej, gdzie możemy wprost obserwować hiperleukocytozę, wytwarzanie się tkanki łącznej i blizny włóknistej.
Dr. J. L.

Ciągliński K. **O grypie przewlekłej.** *(Gazeta lekarska,* 1899. Nr. 45). Autor opisuje przypadek grypy *(influenza)* przewlekłej, występującej w r. b. w mniej zwykłej postaci. Pochop po ogłoszenia swego przypadku dała Dr. C. praca prof. Fiłatowa, w której autor ten opisuje zupełnie podobny typ grypy przewlekłej *(Medicinskoje Obozrienie* 1899. Nr. 1). Widać więc z tego, że w epidemii tegorocznej grypy nie był to przypadek odosobniony. W przypadku Dr. Ciaglińskiego stan chorobowy trwał 5 miesięcy, od początku listopada do końca marca Chłopiec 10-letni zasłabł nagle wśród cięższych

objawów z gorączką ponad 39°. Objawy następnie słabły, gorączka była nieznaczna między 37·5 a 38·6 i trwała przez 2 do 3 dni, ustępowała bez chininy, nie miała wcale żadnego toru. Śledziona nie była powiększona. Przerwy między napadami wynosiły 8 dni, 3 tygodnie, 4 tygodnie, 16 dni, po czwartym napadzie przerwa trwała blizko miesiąc, potem znowu napady, na ogół 7 nawrotów choroby. W jednym z napadów były silne dreszcze i osłabienie bez podniesienia ciepłoty — objaw, na który zwraca też uwagę Filatow.

Oprócz tego przypadku spostrzegał autor jeszcze dwa podobne, jeden u chłopca 11-letniego, drugi u kobiety 40-kilkoletniej, ale nie posiada dokładnych danych co do przebiegu.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 6 grudnia 1899.

Przewodniczący kol. prezes prof. Pieniążek. Członków obecnych 28.

Przewodniczący zawiadamia, że kol. Dr. Michał Pluciński przez przeniesienie się ze Lwowa, na mocy statutu, jako członek Towarzystwa lekarzy galicyj., stał się członkiem Towarzystwa.

Kol. prof. Bronisława Kadera przyjęto na członka.

Kol. Doc. Ciechanowski przedstawia okaz tętniaka lewej półkuli mózgu, mierzącego 4 ctm. średnicy, a usadowionego przy tylnym końcu torebki wewnętrznej w ten sposób, że na wewnątrz leży tętniak w głębokości kilku milimetrów pod zewnętrzną ścianą tylnego rogu komórki bocznej lewej, na zewnątrz zaś w głębokości 1—1$^1/_2$ ctm. pod powierzchnią płatu skroniowego lewego. Ściana tętniaka, jednostajnie około 2 mm. gruba, złożona jest, jak wykazuje mikroskop, z jednostajnej tkanki włóknistej. Wnętrze tętniaka wypełnione skrzepami warstwowymi prócz części, przytykającej do torebki wewnętrznej; w części tej daje się wykazać połączenie tętniaka z *a. lenticulooptica*, drugorzędną gałązką tętnicy mózgowej średniej *(a. fossae Sylvii)*, przechodzącą przez tylną część torebki zewnętrznej i zaopatrującą przednie zewnętrzne części wzgórka wzrokowego. Gałązka, na której usadowił się tętniak, jest grubości zwykłego zgłębnika. Tętniaki tętnic mózgowych nie są zbyt częste; według badań Crispa stanowią one zaledwo 1·2% wszystkich tętniaków i zajmują co do częstości przedostatnie miejsce przed tętniakami tętnicy płucnej. Chory, z którego przedstawiony okaz pochodzi, był badany na oddziele I-B szpitala św. Łazarza, prym. Radcy Dr. Krokiewicza; według zapewnień kol. Smolarskiego, sekundaryusza oddziału, nie było za życia żadnych zaburzeń ze strony układu nerwowego. Przy sekcyi znaleziono zapalenie zastawek serca lewego (*endocard. verruc*) (widocznie dłużej już się ciągnące, gdyż istniała niedomykalność zastawki dwudzielnej z następowym przerostem serca) i liczne zawały różnego wieku, oraz blizny pozawałowe w narządach wewnętrznych. W tętnicy głównej znaleziono kilka małych nacieków miażdżycowych; w tętnicach obwodowych, w szczególności mózgowych nie można wykazać nigdzie ani gołem okiem, ani drobnowidowo miażdżycy. (Osobnik liczył 43 l.) Wśród wpływów etyologicznych, które mogły odgrywać rolę w powstaniu tętniaka, nie można więc z góry odrzucić możliwości tętniaka na tle zakaźnego zatoru.

II. Kol. Sternbach przedstawia chorego z oddziału prof. Zarewicza z liszajem żrącym, występującym pod postacią liszaja żrącego brodawkowego i przerostowego, podobnego do kłykcin sączących. Na skórze brzucha i klatki piersiowej stwierdzić można obok tego wysypkę, odpowiadającą *lichen scrophulosorum*. Zmiany liszajowe zajmują na przestrzeni dwóch dłoni wewnętrzną powierzchnię uda lewego i przechodzą w części na pośladek. Przypadek ma być leczony metodą Unny, a po wyleczeniu przedstawiony jeszcze na posiedzeniu Towarzystwa.

W dyskusyi zabierali głos kol. prof. Reiss, który zwracał uwagę, że tę postać liszaja możnaby pomięszać także z *pemphigus vegetans*; kol. Kryński, przypominając podobny przypadek liszaja żrącego, nie mającego skłonności do rozpadu, obserwowany w klinice chirurgicznej i kol. Ciechanowski, który wspomniał o przypadku z oddziału śp. prof. Obalińskiego. Klinicznie rozpoznano nabłoniaka, tymczasem badanie histologiczne stwierdziło liszaj żrący.

III. Kol. Doc. Baurowicz przedstawia chorego z twardzielą pierwowzoru *rhinoscleroma Hebrae*, gdzie zmiana w postaci guza rozpadającego się zajęła jednostajnie całą miękką część nosa; u tego chorego prawdopodobnie wówczas, gdy zmiany twardzielowe zajmowały tylko skrzydło i nozdrze prawe, próbowano gdzieindziej po wycięciu zmian chorobowych dorobienia skrzydła ze skóry policzka, jak obecnie widać, bez skutku. W przypadku tym zmiany twardzielowe, zajmując też podniebienie miękkie, posunęły się wzdłuż łuków, sprowadziły mierny szczękościsk, a nadto przez przyciągnięcie podniebienia miękiego do tylnej ściany gardła spowodowały zupełne oddzielenie jamy gardła od jamy nosowo-gardłowej.

Dla porównania przedstawia kol. B. przypadek co do zmian podobny, gdzie w następstwie przebytych zmian kiłowych późnych, przyszło do przyczepienia się podniebienia miękiego do tylnej ściany gardła tak, iż ledwo mała szczelinka pozostała.

Jak w ostatnim przypadku odzyskać będzie można kauterem połączenie jamy gardła z jamą nosowo-gardłową, to w przypadku twardzieli mniej można się spodziewać trwałego wyniku, co zresztą, wobec niedających się usunąć zmian w nosie, już obecnie niedrożnym, byłoby i tak bez znaczenia. Kol. B. nie spodziewa się wogóle wyników dobrych po doszczętnem wycięciu, a następnie później się wykonać mającej plastyce, sposób tak bardzo zalecony przez Nawratila, — gdyż próby w tym kierunku już niejednokrotnie podjęte zawiodły. Zresztą przypadek ten raz ze względu na rozległość zmian, a powtóre na niewątpliwą łączność tych zmian ze zmianami w głębi nosa i gardła, niewątpliwie nawet po najbardziej doszczętnem wycięciu już w niedługim czasie okaże nawrót choroby w miejscu operowanem, względnie w częściach uzupełnionych plastyką.

W dyskusyi zabierali głos oprócz kol. B., koledzy: Reiss, Zarewicz, Pieniążek i Kryński, odradzając zabieg operacyjny, a natomiast radzi kol. Kryński, celem zmniejszenia guza, robić wkłówania za pomocą żegadła Paquelina.

IV. Kol. Doc. Baurowicz okazuje, używany zresztą już od kilku lat w Niemczech, przyrząd do intubacyi z modyfikacyą Baera, mającą na celu usunięcie niepraktyczności śrubki, trzymającej tak zwaną duszę tubusu. W przyrządzie Baera dusze te są stale połączone z nasadą, zastosowaną do jednego trzonka. Dla porównania przedstawia kol. B. modyfikacyę według Colina, pożyczoną mu łaskawie ze szpitala św. Ludwika, a mającą również na celu inne przymocowanie dusz tubusów do intubatora aniżeli za pomocą śrubki. Kol. B. oświadcza się za przyrządem Baera odznaczającym się prostotą, obok zalety aseptyczności. Kol. B. wspomina wreszcie o przyrządzie Dra Feroud i niedawnej zmianie tegoż przyrządu przez Dr. Bayle, gdzie ta sama „pince dilatatrice,“ jak ją autorzy powyżsi nazywają, służy do intubacyi i ekstubacyi, przez co odpadają zupełnie dusze tubusów; przyrząd ten nazywa kol. B. idealnym i winien on znaleźć wyłączne zastósowanie.

W dyskusyi przemawiali kol. Gertler, Lewkowicz, Pieniążek i prelegent.

Dalej okazuje kol. Baurowicz nożyki pierścieniowe Beckmana do usuwania migdałka trzeciego; w nożykach tych górna połowa pod kątem odgięta ku przodowi okazuje ostrze poziome, częściowo tylko przechodzące na boki pierścienia, podczas gdy reszta pierścienia pozostaje tępą. Ze względu na przebieg ostrza poziomy i nachylenie tegoż ku przodowi, nożyk ten nadzwyczaj dobrze daje się zastósować do górnej ściany jamy nosowo-gardłowej, zkąd to może zaraz za nozdrzami tylnemi usuwać z łatwością wybujałe wyrośla. Kol. B. zaleca bardzo, jeżeli chcemy użyć do operacyi nożyka pierścieniowego, to używać go tylko w modyfikacyi Beckmana; nożyków tych okazuje kol. B. trzy różnej wielkości.

Dr. Ksawery Lewkowicz: sekretarz doroczny.

VI Wiadomości zawodowe i ógólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Reforma egzaminów lekarskich.

— Wiedeńskie czasopisma »*Wiener medicinische Wochenschrift*« i »*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*« zdają w Nr. 52 b. r. obszernie i szczegółowo sprawę z reformy porządku egzaminów ścisłych na Wydziałach lekarskich austryackich. Wprowadzenie tej

reformy ma, jak zapewniają oba czasopisma, czerpiące swe wiadomości podobno z poważnego źródła, nastąpić w najkrótszym już czasie.

Nowa ustawa rygorozalna zmienia bardzo znacznie dotychczasowy typ egzaminów, głównie w czterech kierunkach: 1) znosi swobodę w obiorze czasu egzaminu, wprowadzając natomiast warunkowy przymus; 2) usuwa egzamina wstępne z nauk przyrodniczych i łączy II i III egzamin ścisły w jedną wielką gromadę egzaminów z właściwych nauk lekarskich; 3) kładzie silny nacisk na egzamina praktyczne; 4) wprowadza do egzaminów szereg nowych przedmiotów, dotychczas pomijanych.

Wskutek tego zmieni się także porządek studyów lekarskich. Przedewszystkiem wraz z dawnymi egzaminami wstępnymi z zoologii, botaniki i mineralogii odpadną i wykłady tych przedmiotów w tym zakresie, w jakim dotychczas były obowiązujące. Natomiast wprowadza ustawa wykłady biologii ogólnej.p rowadzone naprzemian co drugie półrocze przez profesorów botaniki i zoologii, i odpowiednio do tego dodaje do przedmiotów, objętych pierwszym egzaminem ścisłym, także biologię ogólną. W ten sposób ma słuchacz pierwszych lat medycyny nabyć podstaw wykształcenia przyrodniczego i wiadomości o najważniejszych zagadnieniach biologicznych, pozbywając się zarazem niepotrzebnego mu balastu, przeszkadzającego tylko w dokładnem korzystaniu z teoryi nauk lekarskich.

Czas, uzyskany w ten sposób, obrócony ma być odtąd na głębsze i szczegółowsze nabycie anatomii, histologii, fizyologii, chemii i fizyki. Te dwa ostatnie przedmioty mają nadto być odtąd wykładane ze szczególnem uwzględnieniem przyszłego lekarskiego zawodu słuchaczy; z chemii wprowadzony zostanie także egzamin praktyczny, aby w ten sposób musieli słuchacze nauczyć się najważniejszych przynajmniej sposobów badania lekarsko- i higienicznochemicznych, potrzebnych im w zawodzie praktycznym, a zarazem uzyskać lepsze przygotowanie do nauki higieny. Anatomia, histologia i fizyologia będą odtąd stanowić każda zupełnie oddzielny przedmiot egzaminu, i to zarówno teoretycznego, jak i praktycznego. W ten sposób p i e r w s z y ścisły egzamin, nie poprzedzony żadnymi już egzaminami wstępnymi, składać się będzie z egzaminu teoretycznego z dwóch przedmiotów; mianowicie biologii ogólnej i fizyki, zastósowanej do potrzeb lekarskich, oraz z egzaminów teoretycznopraktycznych z czterech przedmiotów; to jest anatomii, fizyologii, histologii i chemii (zastósowanej). Egzamin ten musi słuchacz obowiązkowo złożyć w piątem półroczu studyów, jeżeli dalsze półrocza mają mu dawać prawo do składania II i III egzaminu w ustawą zastrzeżonym czasie. W ten sposób egzamin ten jest ściśle związany z pierwszym, dwuletnim okresem przygotowawczych studyów lekarskich; okres ten może sobie słuchacz dowolnie przedłużyć, ale w ten sposób odsunie sobie drugi okres właściwych studyów lekarskich o tyle, o ile z pierwszym egzaminem się opóźni.

Ten drugi okres obejmuje obowiązkowo przynajmniej sześć półroczy; i ten okres można przedłużyć, nie przystępując do dalszych egzaminów, lecz tylko do pewnego kresu: mianowicie pierwszy egzamin ścisły traci swą wagę, jeżeli słuchacz po pięciu latach (10 półroczach) od złożenia pierwszego egzaminu nie zasiędzie do drugiego. Ten d r u g i egzamin wolno składać najwcześniej (tak, jak i dotychczas) po upływie 10 półroczy (i złożeniu pierwszego egzaminu w przepisanym czasie); składa się on z 2 oddzielnych części, odpowiadających mniejwięcej II i III dotychczasowemu egzaminowi ścisłemu, jednakże na przyszłość nie będzie wolno ani, jak dotąd bywało, części tych już rozdzielać na drobniejsze ułamki (odrębne egzamina z pojedynczych przedmiotów), ani też składać obu części w dowolnym czasie, gdyż przerwa między nimi będzie mogła wynosić najwyżej sześć tygodni. Te nowe postanowienia zmierzają do tego, aby usunąć robotę pamięciową, a zmusić słuchaczy do gruntownego przyswojenia sobie całości wiedzy lekarskiej; dotychczas bowiem bardzo często wyuczał się słuchacz jednego przedmiotu na pamięć, tylko do egzaminu, aby go równie szybko zapomnieć i w dalszym ciągu gorączkowo na czas krótki wbić sobie w głowę drugi, trzeci i t. d. przedmiot egzaminowany. Ażeby słuchacz istotnie owładnął całością nauk lekarskich, zaprowadzone też zostanie przy drugim egzaminie ścisłym pobieżne powtórzenie anatomii i fizyologii. Oprócz tego wprowadza nowa ustawa do pierwszej części tego egzaminu (dawnego II rygorozum) obok istniejącego już egzaminu praktyczno-teoretycznego z anatomii patologicznej także egzamin praktyczno-teoretyczny z histologii patologicznej, nie wszędzie dotąd dostatecznie uwzględnianej, oraz obok dawnego teoretycznego egzaminu z farmakologii jeszcze teoretyczny egzamin z higieny.

Druga część drugiego egzaminu ścisłego (dawny III egzamin), którą trzeba będzie składać najdalej w 6 tygodni po pierwszej, obejmie na przyszłość: medycynę wewnętrzną, chirurgię, położnictwo z ginekologią, naukę o chorobach oczu, naukę o chorobach dzieci, choroby umysłowe i nerwowe, choroby skórne i weneryczne, oraz medycynę sądową, razem zatem przedmiotów 8. Z chorób wewnętrznych i z chirurgii odbywać się będzie osobno praktyczny, a osobno teoretyczny egzamin, tak jak to bywało dotychczas (co do chemii, anatomii, fizyologii, histologii normalnej, anatomii i histologii patologicznej łączy nowa ustawa egzamin praktyczny z teoretycznym w jedną całość). Natomiast do egzaminu z położnictwa i ginekologii wymaganem będzie na przyszłość spędzenie dwóch półroczy na odpowiedniej klinice (zamiast, jak dotąd, jednego). Egzamina z chirurgii i medycyny wewnętrznej będą trwać po dwa dni.

Egzaminatorami będą odtąd nietylko profesorowie zwyczajni, ale także nadzwyczajni i docenci, przez co zmniejszy się przeciążenie dotychczasowych egzaminatorów z jednej strony, otworzy się zaś szersze pole do pracy nad praktycznem wykształceniem przyszłych lekarzy całemu gronu nauczycielskiemu z drugiej strony. Komisarz rządowy będzie na przyszłość uczestniczyć tylko w drugim egzaminie ścisłym, tj. w egzaminach właściwie lekarskich.

Zbierając więc krótko zapowiedziane zmiany w porządku egzaminów, spotka odtąd słuchacz medycyny następujące u ł a t w i e n i a: usunięcie zoologii, botaniki i mineralogii z rzędu wykładów obowiązkowych, oraz egzaminów z tych przedmiotów; mniejszą ogólną liczbę egzaminów (dwa ścisłe, to jest z nauk przygotowawczych i z właściwych nauk lekarskich, zamiast 6:3 wstępnych i 3 ścisłych); usunięcie rozdziału niektórych egzaminów na dwie części, a zaprowadzenie jednoczesnego egzaminu teoretyczno-praktycznego. Natomiast przybywają następujące u t r u d n i e n i a: względnie przymusowy termin egzaminów; obowiązkowe studya praktyczne w chemii, histologii normalnej i patologicznej: owładnięcie gruntowne nieobowiązkowych dotąd nauk, mianowicie: psychiatryi i neuropatologii, pedyatryi, dermatologii i sifilidologii, a zapoznanie się bliższe z dentystyką, otyatryą i szczepieniem ospy.

Nauka medycyny, nieprzedłużona co do czasu, rozpadnie się na dwa okresy: przygotowawczy, zamknięty I egzaminem ścisłym z 6 przedmiotów (teoretycznie: fizyka i biologia, teoretyczno-praktycznie: chemia, anatomia, fizyologia i histologia) i okres właściwych nauk lekarskich, zakończony II egzaminem ścisłym z 12 przedmiotów (część I, oprócz pobieżnego powtórzenia anatomii i fizyologii: teoretycznie: farmakologia i higiena, teoretyczno-praktycznie: anatomia patologiczna, histologia patologiczna: część II: medycyna wewnętrzna i chirurgia [osobno teorya, osobno praktyka], oraz położnictwo, okulistyka, psychiatrya i neuropatologia, pedyatrya, dermatologia i syfilidologia, medycyna sądowa).

VII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków, dnia 28 grudnia.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w czasie od 9 września do 15 grudnia b. r. 8 posiedzeń.

Na pierwszem posiedzeniu Wydziału, odbytem 9 września b. r., nastąpił podział czynności pomiędzy pojedynczych członków Wydziału. Na posiedzeniach następnych zajmował się Wydział, między innemi mniej ważnemi, następującemi sprawami: 1) uchwalił treść memoryału, który ma być wniesiony do Rady Państwa w sprawie zaopatrzenia wdów i sierót po lekarzach, zmarłych na choroby zakaźne, których się nabawili wśród wykonywania swego zawodu; 2) zredagowano i uchwalono przedstawienie do Wydziału krajowego i c. k. Namiestnictwa, by szczepienia ospy oddawano lekarzom, którzy się zgłoszą z gotowością wykonywania tej czynności; 3) zredagowano i uchwalono rezolucyę do Wydziału krajowego, by przy obsadzaniu posad lekarzy okręgowych uwzględniał przedewszystkiem lekarzy w miejscu osiadłych; 4) Wydział odbył naradę z gronem lekarzy dentystów, zamieszkałych we Lwowie, w sprawie techników dentystycznych. W myśl tych obrad Wydział uchwalił wystósować rezolucyę do c. k. Namiestnictwa i zawezwał wszystkich lekarzy dentystów do zgłoszenia w Izbie wszelkich wiadomych im nadużyć, popełnianych przez techników dentystycznych w wykonywaniu zawodu. — 5) Uchwalono poczynić kroki w celu przeprowadzenia zmian w regulaminie, obowiązującym lekarzy kolejowych; 6) przeprowadzono wstępną dyskusyę nad zaprowadzeniem kasy zapomogowo pożyczkowej i funduszu emerytalnego dla lekarzy i ich ro-

dzin; 7) uwolniono od opłaty rocznej jużto w połowie, jużto w $^1/_3$ części 13 lekarzy; 8) udzielono 50 złr. zapomogi jednemu lekarzowi z powodu choroby; 9) uchwalono zawiadomić wszystkich do Izby przynależnych lekarzy, by podania o uwolnienienie od opłaty wnosili na ręce członków Izby, wybranych z okręgu ich zamieszkania.

Wydział Izby, jako Rada honorowa, zajmował się 10 sprawami i wydał następujące orzeczenia: *a*) w 3 przypadkach udzielił ostrzeżenia; *b*) w 1 przypadku upomnienia: *c*) 2 lekarzy skazał na grzywnę 25 złr.; *d*) jednego lekarza za odmawianie obowiązkowego zgłoszenia się w Izbie — na grzywnę porządkową w kwocie 5 koron, która ma być co miesiąc zdwajaną, aż do uczynienia zadość przepisom ustawy; *e*) trzy sprawy są w toku.

Prezydent: *Dr. Festenburg.*

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Michał Kirkor i Kazimierz Szczepański.

* Dnia 21 b. m. otwarto we Lwowie »Dom zdrowia«, którego właścicielem jest dr. Eugeniusz Weigel. Tym sposobem zapełnioną została wielka luka w instytucyach lekarskich Lwowa, a tem samem usunie się wiele dotychczasowych trudności w sprawowaniu praktyki lekarskiej, zwłaszcza dla chorych zamiejscowych. Lwowski »Dom zdrowia« przyjmuje cierpiących na wszystkie choroby, z wyjątkiem zakaźnych; urządzenie jego wzorowe, celowi odpowiednie, zabezpiecza chorym wygodę i opiekę. Sala operacyjna czyni zadość wszystkim, a dodać należy nie małym, wymaganiom dzisiejszym.

Nowy »Dom zdrowia« ma 2 klasy, co ułatwi leczenie się w nim i ludziom mniej zamożnym.

* Sekretarz rosyjskiego Towarzystwa ochrony zdrowia ludu, dr. Hubert, polak, otrzymał od londyńskiego Towarzystwa imienia Jennera 1000 funt. sterl. za pracę o szczepieniu ospy ochronnej.

* Podczas epidemii moru w Kołobówce zużytkowano w celach odkażania 700 litrów formaliny i 150 pudów kwasu karbolowego.

* Wiedeńskie »Gremium chirurgiczne» postanowiło przyłączyć się do »Związku ekonomicznego« lekarzy wiedeńskich.

* W Niemczech wyszły w ostatnich dniach następujące dzieła: *Lehrbuch der speciellen Chirurgie* Königa — ostatni tom VII-go wydania. — *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie* przez dra E. Flataua i dra Jacobsohna, pod redakcyą prof. Mendla. *Lehrbuch für Heilgehilfen und Massöre* przez Granier (Berlin, II-gie wydanie).

* Władze brazylijskie postanowiły dopuścić do praktyki lekarskiej w całem państwie lekarzy europejskich, posiadających dyplom, nabyty w jednym z większych Uniwersytetów europejskich.

* *Wiener medic. Wochenschrift* obchodzić będzie w roku 1900 pięćdziesięcioletni jubileusz swego istnienia.

* Znana firma „Henryk Mattoni«, rozesłała lekarzom, jak i lat poprzednich, przy noworocznych życzeniach, artystycznie wykonany kalendarz ścienny.

* Zarząd kolei francuskich obniżył cenę jazdy dla członków XIII międzynarodowego Kongresu lekarskiego o 50%. Udający się na Kongres zapłaci całkowitą kwotę na granicy Francyi, a z powrotem, po należytem ostemplowaniu biletu, nic już płacić nie będzie. Zła strona tej sprawy polega na tem, że powrót musi się odbyć tą samą drogą i przez tę samą stacyę graniczną. Inne państwa, na poczynione starania, nie dały jeszcze odpowiedzi.

(J. G.), Wydział kraj. Królestwa Czech zwraca, pismem z dnia 14. VI. 1899 r. uwagę wszystkich Wydziałów powiatowych, że szpital pragski, jak również szpitale prowincyonalne, bywają często przepełnione (ze szkodą głównie samych chorych) i to chorymi, którzy właściwie nie leczenia, lecz głównie przytułku i opieki potrzebują. Są to kaleki, starcy, chorzy nieuleczalni itd. Otóż Wydział krajowy wzywa Wydziały powiatowe, by dla tych biedaków tworzyły schroniska i domy opieki (Versorgungs u. Siechenhäuser), przez co z jednej strony szpitale będą miały więcej miejsca i lepsze warunki higieniczne dla swych chorych, zaś starcy, kaleki, nieuleczalni i t. d. znajdą lepsze i odpowiedniejsze pomieszczenie. Wydział kraj. dodaje uwagę, że za utrzymanie biednych w takich zakładach sam zwraca połowę kosztów utrzymania i wedle możności popiera powstawanie takich zakładów.

Galicyjski Wydział krajowy wprawdzie zarządził co trzeba, ażeby w szpitalach przebywali tylko istotnie chorzy i co jest ściśle przestrzegane; lecz za to ulice roją się od kalek i starców żebrzących, choć mamy tyle różnych instytucyj dobroczynnych, rozporządzających milionowemi fundacyami. Przyczyna leży bez wątpienia w braku organizacyi opieki nad biednymi, o którą się z wielu stron dopominają. Lecz zapewne nie małą rolę odgrywa tu również brak sprawozdań publicznych z czynności tych instytucyj. Bo choć niewątpliwie każda z nich przedkłada swym członkom roczne sprawozdanie, przecież do wiadomości ogółu one się nie dostają. Gdyby sobie władza raz zadała ten trud zestawienia wydatków na utrzymanie, wsparcia, zapomogi, posagi i t. d. rocznie we wszystkich tych stowarzyszeniach, suma wypadłaby z pewnością niestosunkowo wielka w stosunku n. p. do liczby mieszkańców Krakowa. I to dopiero otworzyłoby nowe drogi, zmusiłoby pojedyncze stowarzyszenia do łączenia się i organizacyi, by uniknąć wyzysku przez niezasługujących na wsparcie próżniaków, a co najważniejsza, wywołałoby to silne przekonanie, — dziś tylko przez jednostki bronione, — że wsparcie i jałmużna są upakarzające, a najczęściej bezcelowe, natomiast że obowiązkiem i całem dążeniem społeczeństwa winno być dostarczenie każdemu, nawet kalekom i starcom, o ile pracować mogą, odpowiedniego zajęcia w zamian za utrzymanie i opiekę.

Mianowania i odznaczenia. Prosektor anatomii w Tybindze, dr. Heidenhain, mianowany został prof. nadzwyczajnym. Radca sekcyjny w ministerstwie spraw wewnętrznych dr. J. Daimer, otrzymał tytuł i charakter radcy ministeryalnego. Doc. dr. Kimla R. i Schrutz A. otrzymali tytuł nadzw. profesorów w czeskim Uniw. w Pradze. Prof. Marchand z Marburga otrzymał i przyjął wezwanie do objęcia katedry po Birch-Hirschfeldzie.

Nekrologia. W Mohylowie zakończył życie Dr. Ignacy Jeśman w 48 roku życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Medycynie* Nr. 50: Kopczyńskiego St., Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu, oraz kilka słów o tak zw. *pseudoparalysis luetica* (ciąg dal.). Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 51: Dydyńskiego L.: Wiąd rdzenia u dzieci, oraz kilka uwag o wiądzie rdzenia na tle syfilisu dziedzicznego. Mączewskiego W.: Kilka uwag o operacyjnem leczeniu spraw ropnych w uchu środkowem. Dra Bernhardta E.: Przypadek wątroby ruchomej, czyli wędrującej, wraz z krótkim poglądem na obecny stan nauki o tem cierpieniu. W *Kronice lekarskiej* Nr. 24: Dra Piotrowskiego J.: Z kazuistyki szpitalnej. W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 12: Dra Stankiewicza Cz.: O wolnych krwotokach brzusznych w przebiegu ciąży zamacicznej. Dra Klarnera Sz.: Ze statystyki lekarskiej ludności prowincyi. Dra Troczewskiego A.: Szpital św. Walentego w Kutnie, oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincyi. W *Medycynie* Nr. 51: Kopczyńskiego St.: Przyczynek do symptomatologii i anatomii patologicznej przymiotu mózgu, oraz kilka słów o tak zw. *pseudoparalysis luetica* (ciąg dal.). Orłowskiego W.: Statystyka szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie z roku 1897 i 1898. Dra Popiela W.: Drgawki porodowe w świetle badań współczesnych. W *Nowinach lekarskich* Nr. 1 (1900 r.) Dra Piątkowskiego Maryana: O przyrządzie Rieglera do ilościowego oznaczania cukru w moczu. Dra Kostaneckiego N.: W obronie stosowania surowicy przeciwbłoniczej na wszelki przypadek.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Talko-Hryncewicz: Zamietki po antropołogii siewiernych Kitajcew. Moskwa, 1899.

— Dr. Korczyński Ludomił: Rys dziejów kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell., od jej założenia, do roku 1899.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

...uje konkurs na posadę ... a. stałej płacy, ... połączonych z ... a nie prowizoryczna.

... rozpisuje konkurs ... do dnia 1...

... ogłasza następujące ... imienia Dra. Adama ...

... wieku bieżącego.

2. Zasady określenia niezdolności do pracy i zarobkowania po uszkodzeniach skutkiem nieszczęśliwych wypadków.

3. ... odrębności w przebiegu i etyologii chorób u ludności żydowskiej w naszym kraju.

4. Pharmacopoea ... w szerokiem rozumieniu tego wyrazu. Praktyczny przewodnik taniego ordynowania środków lekarskich i opatrunkowych.

5. Anatomia patologiczna i etiologia szankra miękkiego.

6. Uodwiecnie i ... gorączki ... trzcielowej.

7. Anatomia patologiczna i etyologia dysenteryi.

8. Anatomia patologiczna i etyologia Enteritidis follicularis.

9. Wpływ ... pepsyny w chorobach żołądka.

10. Zbadać doświadczalnie na zdrowych i chorych wydzielanie soku żołądkowego pod wpływem roztworów różnego stężenia dwuwęglanu sodu.

11. Zbadać ... odradzające formaliny.

12. Porównawcza wartość metod operacyjnych przetok pęcherzowych u kobiet ... na podstawie własnego doświadczenia.

Termin do złożenia rozpraw oznacza się trzechletni, to jest do dnia 19 października roku 1902. Nagród konkursowych na rzeczony ... konkursowy ... się trzy, za trzy prace uznane za najlepsze z pośrednich ... Pierwsza nagroda wynosić będzie Rb. 450, druga Rb. 300 ... Rb. 150. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała ... 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i mieszkanie ich ... zkania mają być podane w osobnych kopertach, ... opatrzonych stosownemi dewizami. Prawo ... uwieńczonych zastrzega sobie Towarzystwo lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa za Sekretarza stałego

Członek Zarządu: *W. Kosmowski.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.